

PËRMBAJTJA

EDITORIALI:

- Politika mbi optimizimin e fuqisë punëtore të kujdesit shëndetësor3

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE:

- Trajnim: “Edukimi në vazhdim i stafit mjekësor Spitalor dhe Parësor Vlorë 2025”9
- Dr. Peppo L., - Konferenca Kombëtare e Shoqatës Shqiptare të Kardiologjisë 202510
- Ceremonia e themelimit të Kolegjit Pan-Shqiptar të Kirurgëve11
- Konferencë Mjekësore: “Lezha Enigma Klinike 002” – 1 Prill 2026, Ishull Lezhë12

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE:

- Takimi Plenar i CEOM – 26-28 Mars 2026, Lubjanë-Slloveni13

KAZUISTIKË:

- Dr. Allko O., Prof.Dr. Basho J., - Një rishkim gjithëpërfshirës i udhërrëfyesve të praktikës klinike EASL, mbi menaxhimin e Hepokarcinomës14
- Prof.Dr. Qirjazi B., - Paraliza faciale periferike e izoluar në Herpes Zoster Oticus. Raportim rasti21

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE:

- Dr. Nelaj E., Xhixhabesi K., Dr. Kecaj F., - “Burnout” tek mjekët: Nga shenjat e hershme tek ndikimi në kujdesin ndaj pacientit24
- Dr. Gjeli A., Dr. Asllani J., Prof.Dr. Qirko E., Prof.Dr. Priftanji A., - Anafilaksia: Një rishikim i literaturës mbi epidemiologjinë, shkaktarët, kriteret diagnostike dhe menaxhimi; në kuadër të Ditës Botërore të Anafilaksisë28

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES:

- Dr. Pecani A., Dr. Agolli L., Dr. Mezini A., Dr. Argjiri Dh., Dr. Hysa E., Dr. Bala S., - Artriti reumatoid i ndërlikuar me intersticiopati pulmonare: Një sfidë aktuale në mjekësinë moderne34
- Prof.Asc. Bilali V., Dr. Bilali S., Dr. Leka E., Dr. Këlliçi I., Dr. Ferko Sh., Dr. Nika I., Dr. Mediu N., Dr. Megjidi M., Inf. Topi A., Inf. Salliu E., - Trajtimi i hemorroideve të gradës I-II me ligaturë me lak gome: Eksperienca jonë 4-vjeçare42
- Dr. Mone E., - Si të përdorim më mirë kortizonikët tek fëmijët me kriza të azmës bronkiale në Shërbimin Parësor Pediatrik49

NEKROLOGJI:

- Dr. Vullnet DIKA, Dr. Arlinda TOMÇINI, Dr. Vjollca PAÇO, Dr. George SAKELLARIOU, Dr. Ndue SIMONI, Dr. Mihal (Keli) MUKA, Dr. Drita ADEMI, Dr. Josif MEÇE53-60

CONTENT

EDITORIAL:

- Policy on the optimization of the healthcare workforce3

WORLDWIDE ALBANIAN ACTIVITIES:

- Training: “Continuing education of hospital and primary medical staff in Vlore 2025”9
- Dr. Peppo L., - National Conference of the Albanian Society of Cardiology 202510
- Founding ceremony of the Pan-Albanian College of Surgeons11
- Medical Conference: “Lezha Enigma Clinic 002” – April 1. 2026 Lezha Island12

INTERNATIONAL ACTIVITIES:

- CEOM Plenary Meeting – 26-28 March 2026, Ljubljana-Slovenia13

CASES PRESENTATION:

- Dr. Allko O., Prof.Dr. Basho J., - A comprehensive review of EASL clinical practice guidelines on the management of hepatocarcinoma14
- Prof.Dr. Qirjazi B., - Isolated peripheral facial paralysis in Herpes Zoster Oticus. Case report21

GENERAL PRESENTATIONS:

- Dr. Nelaj E., Xhixhabesi K., Dr. Kecaj F., - Burnout in Physicians: From Early Signs to Impact on Patient Care24
- Dr. Gjeli A., Dr. Asllani J., Prof.Dr. Qirko E., Prof.Dr. Priftanji A., - Anaphylaxis: A literature review on epidemiology, causes, diagnostic criteria and management, in the context of World Anaphylaxis Day28

FAMILY DOCTORS' ISSUES:

- Dr. Pecani A., Dr. Agolli L., Dr. Mezini A., Dr. Argjiri Dh., Dr. Hysa E., Dr. Bala S., - Rheumatoid arthrititis complicated with pulmonary interstitial pathologies: A current challenge in modern medicine34
- Prof.Asc. Bilali V., Dr. Bilali S., Dr. Leka E., Dr. Këlliçi I., Dr. Ferko Sh., Dr. Nika I., Dr. Mediu N., Dr. Megjidi M., Inf. Topi A., Inf. Salliu E., - Treatment of Grade I-II Hemorrhoids with Rubber Loop Ligation: Our 4-year experience42
- Dr. Mone E., - Best use of corticosteroids in children with bronchial asthma attacks in Pediatric Primary Care49

OBITUARIES:

- Dr. Arlinda TOMÇINI, Dr. Vjollca PAÇO, Dr. George SAKELLARIOU, Dr. Ndue SIMONI, Dr. Mihal (Keli) MUKA, Dr. Drita ADEMI, Dr. Josif MEÇE53-60



POLITIKA MBI OPTIMIZIMIN E FUQISË PUNËTORE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Rekomandime:

- Çelësi për përmirësimin e performancës dhe efikasitetit të shërbimit shëndetësor është një fuqi punëtore e plotë dhe e mirë motivuar. Qasja në mjedise dhe pajisje, nivelet e duhura të personelit dhe kushtet e sigurta të punës, si dhe përdorimi elektronik i zgjidhjeve të problemeve të shëndetit për përdoruesit, mund të ndihmojnë në përmirësimin e ofrimit të kujdesit shëndetësor cilësor, të sigurt, efikas, të barabartë dhe të arritshëm.
- Koncepti i optimizimit në aspektin e ripërcaktimit të ekipeve dhe përzgjedhjes së aftësive dhe përdorimit të teknologjive dixhitale, duke përfshirë, por pa u kufizuar në inteligjencën artificiale, nuk duhet të drejtohet nga përmbajtja e kostove, por nga përmirësimi i cilësisë së kujdesit dhe rezultateve të pacientëve, si dhe shpërndarja e burimeve.
- Zvogëlimi i ngarkesës së panevojshme administrative dhe burokratike duhet të jetë një objektivi kryesor i optimizimit, për të mbrojtur mirëqenien e mjekëve dhe për të siguruar që koha klinike ti kushtohet kujdesit ndaj pacientit.
- Zhvendosja e detyrave nuk duhet të zëvendësojë investimet afatgjata në staf, trajnimin dhe kushte pune të sigurta. Zhvendosja e detyrave është emri që tani i jepet një procesi ku detyra specifike u transferohen, kur është e përshtatshme, punonjësve të shëndetësisë me trajnim më të shkurtër dhe me më pak kualifikime.
- Autoritetet kombëtare duhet të punojnë së bashku me profesionistët mjekësor, rregullatorët dhe organizatat përfaqësuese të profesionistëve të kujdesit shëndetësor për të mbrojtur standardet mjekësore dhe përgjegjësitë profesionale përmes ruajtjes së kujdesit të udhëhequr nga mjeku. Ekipet shumëdisiplinore, të kordinuara nga një mjek, duhet të shihen si standardi i artë.
- Parimet etike dhe një fushëveprim i sigurtë i praktikës, i përcaktuar qartë janë thelbësore për përcaktimin e praktikës së mirë kur stafi i kujdesit shëndetësor jo-mjekësor merr përsipër detyra të reja.
- **CPME kundërshton zëvendësimin e mjekut me role të pa trajnuara në mënyrë të pamjaftueshme që kompromentojnë cilësinë e vazhdimësisë së kujdesit dhe sigurinë.**
- **CPME thekson rreziqet e mbështetjes në mjetet dixhitale për të adresuar mungesat e fuqisë punëtore, dhe nënvizon se mjetet e validuara mund të mbështesin në vend që të zëvendësojnë ekspertizën klinike.**
- **CPME mbështet procese transparente dhe gjithë përfshirëse të hartimit të politikave, ku mjekët konsultohen dhe angazhohen.**

Hyrje

Rekrutimi dhe mbajtja e mjekëve është gjithnjë më e pamjaftueshme, për të përmbushur kërkesën në rritje për kujdes shëndetësor. Një popullësi në plakje dhe me kërkesa gjithnjë e më komplekse për kujdes kanë tejkalluar burimet e disponueshme, ndërsa rënia e atraktivitetit të profesionit

I EDITORIALI

mjekësor dhe rritja pasuese e largimit nga puna kërcënojnë të drejtën për kujdes shëndetësor dhe angazhimin për mbulim universal shëndetësor për të gjithë evropianët. Në nivel ndërkombëtar, kjo perspektivë paqyrohet në Kornizën e OBSH-së për Veprim mbi Fuqinë Punëtore të Shëndetit dhe Kujdesit⁽¹⁾, ku midis pesë shtyllave të saj, promovimi i optimizimit të fuqisë punëtore, ripërcaktimi i ekipeve dhe përzjerjes së aftësive, dhe përdorimi i zgjidhjeve dixhitale me fokus në përmirësimin e performancës dhe efikasitetit pozicionohet gjithnjë e më shumë si një parim thelbësor i reformës së kujdesit shëndetësor.

Çelësi për optimizimin e performancës së kujdesit shëndetësor është një fuqi punëtore e pajisur mirë dhe e motivuar: Mjekëve duhet tu ofrohen pajisjet dhe mjediset për të ofruar kujdes të sigurtë dhe efektiv. Vështirësitë në aksesin në diagnostikë, shtretërit e pacientëve të shtruar, klinikën dhe hapësirën e sallës së operacionit shkaktojnë vonesa të vazhdueshme në kujdesin ndaj pacientëve.

Nivelet e mjaftueshme të personelit dhe kushtet e sigurta të punës do të ndihmojnë në uljen e rrezikut të lodhjes nga puna, do të mbëshesin rekrutimin dhe mbajtjen e punonjësve, dhe do të zvogëlojnë rrezikun e incidenteve me sigurinë e pacientëve.

Mungesa e personelit të ekipeve shumëdisiplinore aleate të profesionistëve të kujdesit shëndetësor, si dhe stafit administrativ, vendos barrë shtesë mbi punonjësit ekzistues.

Investimi në të dhënat elektronike të kujdesit shëndetësor dhe sisteme të tjera të automatizuara, mund të ndihmojë në uljen e gabimeve dhe përsëritjeve, si dhe uljen e barrës administrative. Sistemet duhet të jenë miqësore për përdoruesit dhe të përshtatshme për qëllimin e tyre në një mjedis klinik të ngarkuar.

Me qëllim përmirësimin e rezultateve dhe stabilizimin e sistemeve shëndetësore, koncepti i “optimizimit” të shërbimeve shëndetësore në aspektin e ripërcaktimit të ekipeve dhe përzjerjes së aftësive dhe përdorimit të teknologjisë dixhitale, përfshirë inteligjencën artificiale, synon të ofrojë një kornizë koherente. Mjekët evropian, në rolet që përballen me pacientin dhe jo me të, janë të përkushtuar për të ofruar kujdes me cilësi të lartë brenda burimeve të disponueshme dhe në kontekstin e teknologjive në zhvillim. Përpjekjet për të optimizuar shërbimet e kujdesit shëndetësor duhet të udhëhiqen para së gjithash nga të drejtat e pacienëve, parandalimin efektiv aty ku është e mundur, përfitimi klinik dhe standardet etike, si dhe koncepti i ekipeve të udhëhequra nga mjekët.

Pa masa mbrojtëse të përshtatshme, koncepti rrezikon të reduktohet në masa të ngushta të efikasitetit afatshkurtër që mund të jenë masa të pavlefshme përfaqësuese për rezultate më të mira shëndetësore, të cilat dëmtojnë standardet mjekësore dhe ulin besimin e pacientit.

Produktiviteti

CPME paralamëron kundër zbatimit të koncepteve të ngushta industriale të produktivitetit në kujdesin shëndetësor. Produktiviteti është një masë se sa prodhohet një masë inputi, dhe nuk arrin të marrë parasysh nevojat individuale, preferencat e pacientëve dhe rrethanat sociale, dhe përqëndrohet në një grup shumë të ngushtë imputesh dhe rezultatesh⁽²⁾. Përmirësimi i efikasitetit, nga ana tjetër, ka të bëjë me maksimizimin e vlerës për paratë në aspektin e burimeve të shpenzuara për të përmirësuar cilësinë e kujdesit dhe rezultatet e shëndetit të popullatës⁽³⁾.



‘Kujdes shëndetësor Prudent’ kundrejt ‘Kujdesit me Vlerë të Ulët’

CPME thekson rëndësinë e dhënies së përparësive të ‘kujdesit shëndetësor të kujdesshëm’, një koncept që përputhet më mirë me parimet e përshtatshmërisë klinike, cilësisë dhe sigurisë së pacientit, në vend që të mbështetet në nocionin potencialisht mashtrues të ‘kujdesit me vlerë të ulët’. Publikimet kanë nënkuptuar se shpenzimet për kujdesin shëndetësor të ofruar nga profesionistë të kualifikuar janë të kota nëse kujdesi mund të ofrohet edhe nga persona me kualifikim më të ulët. Nga ky arsytim, shërbimet e kujdesit shëndetësor që konsiderohen si jo efektive nga ana e kostos mund të quhen “kujdes me vlerë të ulët”. CPME paralajmëron kundër përdorimit të këtij përkufizimi pasi është mashtrues dhe interpretime të tilla rrezikojnë të keqpërdoren për të justifikuar zëvendësimin e pasigurtë të ekspertizës mjekësore. Ndërsa termi “kujdes me vlerë të ulët” mund të pëdoret në konteskte të caktuara, si për shembull për të përshkruar kujdesin e bazuar në udhëzime klinike të vjetëruara, CPME paralajmëron kundër përdorimit të tij më të gjerë aty ku mund të interpretohet kryesisht përmes një këndvështrimi i kostos ose i kualifikimit. CPME konsideron se koncepti i “kujdesit shëndetësor të kujdesshëm”⁽⁴⁾ kap më saktë objektivat e përshtatshmërisë klinike, cilësisë dhe sigurisë të pacientit, dhe për këtë arsye nuk e rekomandon përdorimin e termi “kujdes me vlerë të ulët”.

Zhvendosja e detyrës

Termi “zhvendosje detyre” përdoret për të përshkruar një situatë ku një detyrë që kryhet normalisht nga një mjek i transferohet një profesionisti shëndetësor me një nivel të ndryshëm ose më të ulët arsimimi dhe trajnimit, ose një detyrë të kufizuar, pa pasur një edukim formal shëndetësor⁽⁵⁾. Ndërsa në delegimin e detyrës, përgjegjësia i mbetet mjekut që trajton, në zhvendosjen e detyrës përgjegjësia transferohet nga mjeku tek një profesionist tjetër shëndetësor dhe mund të ketë potencialin të sjellë rrezikun e uljes së cilësisë së kujdesit ndaj pacientit nëse nuk kryhet siç duhet. Diskutimet mbi mënyrën e përdorimit më efektiv të kompetencave të profesionistëve të kujdesit shëndetësor kanë marrë në konsideratë edhe konceptin e “ndarjes së detyrave”, që është rishpërndarja racionale e përgjegjësiave midis ekipeve të fuqisë punëtore shëndetësore. Detyra ose role specifike ndahen, midis punonjësve të shëndetësisë më pak të specializuar për të përdorur personelin e disponueshëm në mënyrë efektive. Duhet të shoqërohet me masa të përshtatshme në aspektin e edukimit, mbikëqyerjes, mbështetjes së menaxhimit, licencimit, rregullimit dhe shpërblimit⁽⁶⁾. Çdo rishpërndarje e tillë e detyrave ndërvepron me konceptin e fushëveprimit të praktikës (SOP), i cili i referohet kufijve të të gjitha njohurive, aftësive dhe përvojës së një profesionisti të kujdesit shëndetësor⁽⁷⁾.

Ndërsa zhvendosja e detyrave tradicionalisht është shoqëruar me vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme që përballen me mungesa të konsiderueshme burimesh dhe profesionistësh të kualifikuar⁽⁸⁾, ku shpesh justifikohet si e vetmja alternativë ndaj mos ofrimit të kujdesit; argumente të ngjashme po bëhen gjithmonë e më shumë në Evropë në përgjigje të mungesave dhe shpërndarjes së pabarabartë të mjekëve. Në zonat rurale dhe të pa-shërbyera në veçanti, zhvendosja e detyrave shpesh paraqitet si një mënyrë për të ruajtur aksesin në kujdes. CPME paralajmëron se masa të tilla nuk mund të zëvendësojnë planifikimin gjithpërfshirës të fuqisë punëtore dhe investimet për të siguruar furnizim të mjaftueshëm dhe të barabartë të mjekëve në të gjitha rajonet. Zhvendosja e detyrave është bërë gjithashtu një tipar i axhendave të politikave shëndetësore evropiane dhe ndërkombëtare në një kuptim më të gjerë, ku është përcaktuar si pjesë e përpjekjeve më të gjera për të optimizuar ofrimin e shërbimeve⁽⁹⁾. Disa vende të BE-së



I EDITORIALI

kanë ndjekur iniciativa për zhvendosjen e detyrave si pjesë e reformave më të gjera të sistemit shëndetësor. Ky evolucion ngre pyetje kritike në lidhje me rolet, kompetencën, llogaridhënien kufijtë e delegimit dhe zhvendosjes në kujdesin mjekësor.

Transferimi i detyrave mund të ndihmojë në optimizimin e burimeve nëse hartohet në mënyrë të sigurt dhe zbatohet siç duhet, për tu lejuar mjekëve të pëqendrohen më shumë në kujdesin ndaj pacientit dhe detyrat që kërkojnë posaçërisht ekspertizën e tyre.

CPME nënvizon se ligjvënësit duhet të konsultohen dhe të kërkojnë pëlqimin e profesionistit mjekësor kur shqyrtojnë transferimin e sigurt të aktiviteteve që tradicionalisht janë të rezervuara për mjekët dhe profesionistët e tjerë të shëndetit. Brenda një institucioni shëndetësor, duhet që vendimet në lidhje me shpërndarjen e detyrave kur është e mundur, të përfshijnë ekip më të gjerë të kujdesit shëndetësor⁽¹⁰⁾. Përfshirja në udhëheqjen dhe vlerësimin e delegimit të detyrave, ndarjes së detyrave dhe zhvendosjes së tyre, është thelbësore për të siguruar zbatimin e duhur dhe të sigurtë të tyre, duke ruajtur sigurinë e pacientit dhe cilësinë e kujdesit. Mjekët nuk mund të jenë ligjërisht përgjegjës për detyrat, vlerësimet ose veprimet mbi të cilat nuk kanë mbikëqyrje ose kontroll.

Mbetet thelbësore të dallohet zhvendosja e detyrave, delegimi dhe ndarja nga bashkëpunimi ndërprofesional. Bashkëpunimi ndërprofesional përkufizohet si bashkëpunim midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor që janë të licencuar/të rregulluar, me arsim të lartë, të siguruar, dhe që i përmbahen kodeve të rrepta të etikës dhe punojnë brenda fushës së tyre të kompetencës. Investimi në bashkëpunim ndërprofesional duhet të ndiqet për të forcuar punën në grup dhe për të siguruar që ekspertiza plotësuese e profesionistëve të kujdesit shëndetësor të mobilizohet në mbështetje të kujdesit mjekësor, dhe jo në zëvendësimin e tij.

Prandaj, CPME arrin në përfundimin se:

- Zhvendosja e detyrave, ndarja dhe delegimi mund të zbatohen vetëm sipas marrëveshjeve të strukturara dhe formale, që i japin përparësi sigurisë së pacientit, mbrojnë llogaridhënien profesionale dhe mbështesin cilësinë e kujdesit dhe parimet e kujdesit, të udhëhequr nga mjeku.
- Është thelbësore të përcaktohet dhe të zbatohet një fushë veprimi paraprake praktike e mbështetur nga trajnime dhe kualifikime të përshtatshme, të cilat i nënshtrohen kontrollit të cilësisë.
- Përdorimi i tij duhet të justifikohet nga një nevojë e demonstrueshme shërbimi dhe të kufizohet në detyrat që janë të përshtatshme për tu transferuar, dhe për të siguruar që koha e lirë për mjekët ti kushtohet kujdesit ndaj pacientit dhe jo detyrave administrative ose ndihmëse.
- Përgjegjësia ligjore dhe llogaridhënia përfundimtare duhet të përcaktohen në mënyrë të qartë, me rrugë të qarta mbikëqyrjeje dhe përshkallëzimi. Këto rregullime duhet të sqarohen dhe të kuptohen në mënyrë të qartë nga të gjithë anëtarët e ekipit të kujdesit.
- Profesionistët të cilëve u caktohen detyra të reja duhet të kenë trajnimin, kompetencën dhe njohjen e nevojshme brenda fushëveprimit të praktikës të tyre.
- Efektet e zhvendosjes së detyrave duhet të vlerësohen në mënyrë sistematike, si nëpërmjet kërkimit ashtu edhe duke përdorur parametra cilësorë, dhe të përshtaten nëse është e nevojshme.
- Politikëbërësit evropianë duhet të udhëhiqen gjithashtu nga kornizat ndërkombëtare ekzistuese, të tilla si: Deklarata e Shoqatës Botërore Mjekësore (WMA) mbi Fushën e Praktikës, Ndarjen e Detyrave dhe Zhvendosja e Detyrave, e cila thekson nevojën për struktura formale, llogaridhënie të qartë dhe masa mbrojtëse për sigurinë e pacientit⁽¹¹⁾.
- Zhvendosja e detyrave nuk duhet të trajtohet si zëvendësim për trajninin dhe punësimin e një numri të mjaftueshëm mjekësh dhe profesionistësh të tjerë të kujdesit shëndetësor. Planifikimi i fuqisë punëtore duhet të shohë përtej numrit të detyrave dhe gjithashtu të vlerësojë cilësinë dhe sigurinë e tyre.



- Zhvendosja e detyrave nuk duhet të nënvlerësojë ndikimin e saj tek mjekët, të cilët mbajnë përgjegjësi në rritje për mbikëqyrjen, trajnimin dhe menaxhimin e ndërlikimeve. Si rezultat, këto detyra kërkojnë kohë dhe burime, dhe nuk duhet të bien në kurriz të mundësive të trajnimit të mjekëve të rinj ose sigurisë së pacientit⁽¹²⁾.

Profesione në zhvillim

Sfida të ngjashme lindin në diskutimet mbi profesionet në zhvillim, ku rolet e reja duhet të përcaktohen me kujdes për të mbështetur, dhe jo për të zëvendësuar mjekët. Shfaqja e profesioneve të tilla shpesh ka ndjekur ndryshime të mëdha në sistemet shëndetësore, duke përfshirë ndryshimet në modelet e sëmundjeve, përparimet në teknologjitë mjekësore dhe normat profesionale në zhvillim. Këto zhvillime kanë nxitur një diskutim për aftësi dhe funksione të reja, duke krijuar role të specializuara që synojnë të mbështesin efikasitetin dhe të adresojnë nevojat gjithnjë e më komplekse të pacientëve. Profesione të tilla, të integruara siç duhet, mund të kontribuojnë në lehtësimin e mjekëve nga detyrat rutinë, për shembull përmes mbështetjes në përpunimin e të dhënave të pacientëve ose kryerjen e punëve administrative, duke u mundësuar kështu mjekëve ti kushtojnë më shumë kohë kujdesit të drejtpërdrejtë ndaj pacientit.

Megjithatë, zhvillimet e fundit ngrenë shqetësime. Në disa vende, futja e praktikuesve jo-mjekë, siç janë bashkëpunëtorët mjekësorë ose asistentët e mjekut, ka përkuar me përpjekjet për të kompensuar mungesat e fuqisë punëtore mjekësore. Në Mbretërinë e Bashkuar, “bashkëpunëtorët e mjekëve” ndonjëherë janë vendosur për të mbuluar boshllëqet në hapësirat mjekësore, pa njohje të mjaftueshme dhe të trajnimit të tyre më të kufizuar, dhe pa u ofruar mjekëve trajnimin, kohën dhe qartësinë e nevojshme për mbikëqyrjen e duhur. Praktika të tilla rrezikojnë uljen e standardeve të kujdesit, kompromentimin e sigurisë të pacientit dhe krijimin e presioneve shtesë mbi mjekët mbikëqyrës. CPME mbështet fuqimisht kolegët e saj në Mbretërinë e Bashkuar në kundërshtimin e zëvendësimit të mjekëve nga asistentë/bashkëpunëtorë mjekësh⁽¹³⁾.

Për të siguruar që profesionet e reja kontribuojnë pozitivisht në ofrimin e kujdesit shëndetësor, CPME arrin në përfundimin se:

- Është thelbësore që rolet dhe përgjegjësitë e tyre të përcaktohen qartë me tituj profesionalë të qartë.
- Praktikuesit jo-mjekë nuk duhet të lejohen të vizitojnë, ekzaminojnë, diagnostikojnë ose trajtojnë pacientë të padiferencuar në mënyrë të pavarur.
- Rolet, akreditimet ose trajnimet e përmirësuara për praktikuesit jo-mjekë nuk i zvogëlojnë mundësitë e të nxënësve praktik të mjekëve rezidentë dhe studentëve të mjekësisë.
- Mjekëve u ofrohen udhëzime, trajnime dhe burime të mjaftueshme për të mbështetur mbikëqyrjen efektive.
- Profesionet e reja duhet të rregullohen, dhe duhet të ketë rregulla të qarta mbi përgjegjësinë dhe mbikëqyrjen.

Teknologjitë Dixhitale dhe IA

Mjetet dixhitale nuk mund të zëvendësojnë nevojën për nivele të sigurta të personelit dhe numër të mjaftueshëm mjekësh të trajnuar. CPME del me përfundimin se:

- Duhet të ketë një parim të qartë, që IA nuk përdoret për të zëvendësuar ose për të konkuruar me profesionistët e shëndetësisë, dhe as për të zvogëluar autonominë e pacientit dhe vendimmarrjen e përbashkët.



I EDITORIALI

- Mjekët duhet të jenë të përfshirë fuqishëm në hartimin, monitorimin, qeverisjen dhe zbatimin e inteligjencës artificiale brenda kujdesit shëndetësor.
- IA nuk mund të zëvendësojë mjekët në adresimin e krizës së fuqisë punëtore shëndetësore në Evropë. Ndërsa mjetet dixhitale mund të thjeshtojnë detyrat administrative ose të ofrojnë mbështetje analitike, ato nuk mund të menaxhojnë pacientë të padiferencuar, të marrin përgjegjësi për gjykimet klinike komplekse ose të mbajnë përgjegjësi profesionale për rezultatet.
- Mungesat me të cilat përballen sistemet shëndetësore evropiane rrjedhin nga mungesa e profesionistëve të trajnuar dhe të disponueshëm, jo nga mungesa e teknologjisë. Mbështetja tek IA si zëvendësim i fuqisë punëtore rrezikon kujdes të pasigurt, humbje të besimit dhe fragmentim të mëtejshëm.
- Përveç kësaj, vendosja e sigurtë dhe efektive e teknologjive dixhitale kërkon masa mbrojtëse dhe kushte zbatimi të përshtatshme:
- Teknologjitë dixhitale duhet të zbatohen vetëm me pritshmëri realiste në lidhje me ndikimin e tyre në efikasitet dhe ngarkesë pune, dhe të mbështeten nga integrimi i duhur në rrjedhat e punës klinike, trajnimit i duhur dhe vlerësimi i vazhdueshëm.
- Transformimi dixhital i kujdesit shëndetësor nuk duhet të përkeqësojë pabarazitë e aksesit të ofruar në kujdes; popullatat e cënueshme duhet të mbrohen nga përjashtimi për shkak të njohurive të kufizuara dixhitale ose aksesit në teknologji.
- Prandaj, IA duhet të kuptohet si një mjet që plotëson punën e mjekëve dhe ekipeve të tyre duke ofruar kohë për kujdesin e drejtpërdrejtë të pacientit dhe duke mbrojtur cilësinë dhe sigurinë e shërbimeve⁽¹⁴⁾.

Koncepti i optimizimit në aspektin e ripërcaktimit të ekipeve dhe përzgjedhjes së aftësive dhe përdorimit të teknologjive dixhitale, duke përfshirë, por pa u kufizuar në inteligjencën artificiale, nuk duhet të drejtohet nga përmbajtja e kostove, por nga përmirësimi i cilësisë së kujdesit dhe rezultateve të pacientëve, si dhe shpërndarja efikase e burimeve.

Referenca:

- 1 WHO (2023) *Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023-2030*
- 2 Cylus J, Papanicolas I and Smith PC, *Identifying the causes of inefficiencies in health systems, Eurohealth Measuring Efficiency in Healthcare 2017; 23(2)*.
- 3 Eurohealth *Measuring Efficiency in Healthcare 2017; 23(2)*.
- 4 *The four principles of prudent healthcare are: (1) Achieve better health and wellbeing with the public, patients and professionals as equal partners through co-production, (2) Provide care for those with greatest health needs first, making effective use of all skills and resource, (3) Only do what is needed – no more, no less – and to do no harm and (4) Reduce inappropriate variation using evidence-based practice consistently and transparently.* Buss P, Howson, H., O'Neill, C., & Berwick, D. (2022). 'Values to value' for recovery and renewal: prudent healthcare the key to transforming the health and care system. *Journal of the Royal Society of Medicine, 115(12)*, <https://doi.org/10.1177/01410768221142026>
- 5 *World Medical Association Statement on Scope of Practice, Task Sharing and Task Shifting (2025)*
- 6 WHO (2021). *Health Workforce-related terminology: Terminology work carried out by the WHO Language department at the request of the Health Workforce Department.* <https://www.who.int/publications/m/item/health-workforce-terminology>
- 7 *World Medical Association Statement on Scope of Practice, Task Sharing and Task Shifting from the Medical Profession (2025)*
- 8 *Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Task Shifting and health system design. (2019)*
- 9 *Bucharest Declaration on Health and Care Workforce (2023)*
- 10 *CPME Policy on Health Workforce (2021)*
- 11 *World Medical Association Statement on Scope of Practice, Task Sharing and Task Shifting from the Medical Profession (2025)*
- 12 *CPME policy on the impact of task shifting on doctors in training (2011)*
- 13 *CPME Statement on doctors' right to strike and physician substitution (2023)*
- 14 *CPME Policy on the deployment of AI in Healthcare (2024)*



**TRAJNIM: “EDUKIMI NË VAZHDIM I STAFIT MJEKËSOR SPITALOR
DHE PARËSOR VLORË 2025”**

27 Dhjetor 2025, Vlorë



Në kuadër të Planifikimit Institucional të Aktiviteteve të Edukimit në Vazhdim në datën 27.12.2025 Këshilli Rajonal i Mjekut Vlorë organizoi trajnimin me Temë: “Edukimi në vazhdim i stafit mjekësor Spitalor dhe Parësor Vlorë 2025”. Para planifikimit të aktivitetit u evidentuan nevojat për zhvillimin e këtij aktiviteti.

Falë aftësisë së lektorëve u zhvillua një aktivitet cilësor si në përzgjedhjen e temave, zhvillimit të tyre me mjete didaktike, librat e protokolleve në shërbimin spitalor e parësor, studime rasti dhe prezantime rastesh të ndërhyrjeve në shërbimin spitalor Vlorë dhe prezantimit cilësor me mjete audio vizive (Videoprojektor).

Aktiviteti u zhvillua në Sallën e Telemedicinës të Spitali Rajonal Vlorë. Aktiviteti filloi me prezantimin e ndërsjelltë midis lektorëve dhe pjesëmarrësve.

Temat e trajtuara ishin:

1. Trajtimi kirurgjikal i tumoreve beninje dhe malinje të gjendrave të mëdha të pështymës. Dr. Everest DEDE

I VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

2. Strategjitë në Trajtimin e Refluktës Veziko-Uretrale në moshën pediatrike .Vlerësimi i qasjeve bashkëkohore. Dr. Jorgia BUCAJ
3. Rruga e referimit të pacientëve me sëmundje tumorale dhe trajtimi medikamentoz. Dr. Juljana Cuni
4. Steven-Johnson Syndrom M. Pneumoniae. Dr. Altin CANE
5. Rishikimi i Studimeve rreth Hepatitit B në Shqipëri sugjeron nevojën për përpjekje të mëtejshme për të luftuar prevalencën e konsiderueshme të Virusit të Hepatitit B. Dr. Jerina JAHO

Trajnimi u bë interaktiv ku prezantuesit dhe pjesëmarrësit bënë pyetje dhe diskutime mbi temat dhe secili dha eksperiencën e tij për rastet që kishin të përshkruar në prezantimet përkatëse. Gjatë aktivitetit u shfaqën edhe video me përmbajtje nga temat që u diskutuan. Pjesëmarrësit shprehën vlerësimin e tyre në Formularët e Vlerësimit, ku aktiviteti përmbushi të gjithë pritshmëritë dhe u vlerësua nga ASCKSh-ja me 4 (katër) kredite.

KONFERENCA KOMBËTARE E SHOQATËS SHQIPTARE TË KARDIOLOGJISË

Në Dhjetor 2025 u mbajt Konferenca Kombëtare e Shoqatës Shqiptare të Kardiologjisë, në të cilën morën pjesë profesorë e mjekë nga Kosova, Maqedonia, Mali i Zi, Italia, Gjermania dhe Greqia. Kjo është konferenca më e rëndësishme ku kardiologët paraqesin tema të rëndësishme dhe postera. Fushat qenë të ndryshme nga kardiologjia, kardiokirurgjia, raste klinike. Seancat u drejtuan nga profesorë të njohur me eksperiencë të gjatë drejtuese, si: Anesti Kondili, Mihal Tase, Artan Goda, Mimoza Lezha, Ali Refatllari, Gani Bajraktari, Altin Veshi, Alban Dibra.

Të ftuar të huaj ishin profesorë të njohur si Karsten Tschöpe me temën “Kardiopatia mieloide në Transthyretin”. Ustav Latorchik me problemin e madh të yndyrave të larta në gjak dhe si luftohen ato për parandalimin e sëmundjeve të vazave.

Tematikat e prezantuara ishin:

- “Diagnoza e valvulopative dhe roli i ECHO kardiakë” Prof.Asc. Albana Doko, Prof. Ali Refatllari
- “Problemet e grave shtatëzana përgjatë lindjes”. Prof Artan Goda
- “Barnat e duhura për gratë shtatëzana” Prof. Mimoza Lezha
- “Sëmundjet që shfaqen te gratë shtatëzana” Dr. Aurel Demiraj

Seanca e dytë u drejtua nga profesorët Alban Dibra, Mimoza Lezha, Ali Refatllari dhe temat e mbajtura ishin:

- “Infarkti i miokardit në Kosovë, përvoja 11-vjeçare” Prof. Gani Bajraktari
- “Një teknikë e hollësishme në riparimin e aneurizmës së aortës tipi A” Dr. Altin Veshaj
- “Rreth sëmundjeve të aortës dhe riparimin e tyre” Prof.Asc. Selman Dumani dhe Prof.Asc. Ermal Likaj
- “Historiku i zhvillimit të Kardiologjisë në Shqipëri” Prof. Anesti Kondili

Seanca e tretë vijoi me temat

- “Revaskularizim me teknika të ndryshme” dr. Armand Gjani
- “Përgatitja me barna para revaskularizimit të arterjeve koronare” Dr. Mirand Gina



• “Kujdesi që duhet bërë gjatë taktikave të revaskularizimit të arterjeve koronare” Dr. Artan Kristo
Në fund të konferencës u paraqitën posterat e përgatitura paraprakisht, të cilat ishin shumë interesante. Posteri më i mirë u vlerësua posteri i dr. Daniela Teferiçi
Në fund të konferencës u mbajt Asamblea e Përgjithshme e Shoqatës, ku u zgjodhën drejtuesit e rinj.

Dr. Leonidha PEPPO

CEREMONIA E THEMELIMIT TË KOLEGJIT PAN-SHQIPTAR TË KIRURGËVE

6 Shkurt 2026, Tiranë

Në dt. 6 Shkurt 2026, në Tirana International Hotel u mbajt ceremonia e themelimit të Kolegjit Pan-Shqipëtar të Kirurgëve (KPSHK). Në këtë ceremoni kishte kirurgë përfaqësues nga Shqipëria, Kosova, Maqedonia e Veriut, Austria, Bosnja dhe Hercegovina, Gjermania, Zvicra, Shtetet e Bashkuara të Amerikës, dhe vende të tjera të botës ku ushtrojnë profesionin kirurgët shqiptarë.

Themelimi ishte një moment i rëndësishëm në angazhimin e vazhdueshëm për ngritjen e standardeve dhe praktikave kirurgjikale në rajon dhe më gjerë. Ky është kulmimi i projektit-pilot shtatëvjeçar, i cili rezultoi me themelimin e suksesshëm të Kolegjit të Kirurgëve të Kosovës.

Misioni i KPSHK është të krijoj një mjedis bashkëpunues ku njohuritë, aftësitë dhe burimet të shkëmbehen ndërmjet profesionistëve të komunitetit kirurgjik. Duke bashkuar përpjekjet tona përtej kufijve, synojmë të mbështesim Ministrinë e Shëndetësisë dhe institucionet qeveritare në zbatim të standardeve më të larta të mundshme të kujdesit kirurgjikal.

Pjesëmarrja e përfaqësuesve të Urdhrit të Mjekëve të Shqipërisë ishte një shenjë e qartë e mbështetjes së përbashkët të qeverive për avancimin e ekselencës kirurgjikale. Pjesëmarrja e UMSH-së është frymëzim për kolegët tanë në fushën e kirurgjisë dhe njëkohësisht thekson rëndësisë e bashkëpunimit ndërmjet vendeve të rajonit, të përkushtuara për përmirësimin e të gjithave disiplinave klinike kirurgjikale.

Grupi themelues:

Rifat LATIFI, Kryesues, SHBA
Arben BEQIRI, Kryesues vendor
Osman ZHURI, Kosovë
Irir HASANI, Maqedoni e Veriut
Lumnie KQIKU, Austri
Mentor AHMETI, SHBA
Valon BARALIU, Gjermani
Ilijana HAXHIBEQIRI, Bosnjë-Hercegovinë



KONFERENCË MJEKËSORE: “LEZHA ENIGMA KLINIKE 002”

1 Prill 2026, Ishull Lezhë

Në dt. 1 Prill 2026, Këshilli Rajonal Lezhë mbajti në ambjentet e Ishull Lezhës konferencën “Lezha Enigma Klinike 002”, për mjekët anëtarët të rajonit.

Konferencën e hapi Presidenti i Rajonit Dr. Sandër MARKU, dhe u përshëndet nga Presidenti i UMSH Dr. Dritan TREPÇA.

Konferenca ishte organizuar në dy sesione: ku sesionin e parë, u moderua nga dr. Sandër Marku dhe dr. Llesh Marku; ku u mbajtën temat:

- Diagnoza prenatale e gastrokizës dhe rëndësia e koordinimit multidisciplinar. Raportim rasti; dr. Llesh Marku
- Sfidat e kirurgjisë laparoskopike në spitalet rajonale. Rast klinik; dr. Aurel Bardhi
- Tromboza e sinusit sigmoid si ndërlikim intrakranial i Otomastoiditit akut në pediatri; dr. Ermioni Prifti
- Anemia ferriprive refraktare, si shenjë e heshtur e Celiakisë tek fëmijët- raportim rasti dhe reflektim klinik; dr. Jonida Mero
- Amiloidoza Hereditare nga Transtiretina [ATTRv] e lidhur me mutacionin p. Arg54Gly me paraqitje Okulare dhe Kardiake; dr. Sabina Sherri

Në sesionin e dytë të moderuar dr. Enxhi Vrapit dhe dr. Amaria Rama u mbajtën temat:

- Hemoragji Postpartum e komplikuar me koagulim intravaskular të Desiminuar [KID]: Referim rasti dhe rëndësia e menaxhimit multidisciplinar; dr. Enxhi Vrapit
- Anestezia Epidurale Torako-Lumbare për kolecistomi të hapur në pacient me sëmundje të avancuar të Parkinsonit – Raportim Rasti; dr. Everest Dega
- Torsioni adneksial gjatë gravidancës: dy raste klinike të rralla; dr. Jon Cane
- Menigeomë apo metastazë cerebrale? Raste klinike të formacioneve intrakraniale dhe rëndësia e diagnozës diferenciale midis tyre; dr. Anamaria Rama
- Sfidat diagnostike përtej Hiperemezës, raportim rasti i kolecistitit akut në tremujorin e parë; dr. Lorela Hysi
- Rast klinik. Endoklardit infektiv; dr. Albano Deda

Konferenca u mbyll me konkluzionet dhe vlerësimin e saj nga mjekët pjesëmarrës.

Konferenca u akreditua nga ASCK me 5 Kredite.



TAKIMI PLENAR I CEOM

26-28 Mars 2026, Lubjanë Sloveni

Me ftesën e Dhomës së Mjekëve të Slovenisë, më 26-28 Mars, në Lubjanë u zhvillua takimi plenar i CEOM (Këshilli Evropian i Urdhrave të Mjekëve). Morën pjesë pothuajse gjithë anëtarët e këtij organizmi profesional, të rëndësishëm evropian (mungonin Mbretëria e Bashkuar, Holanda dhe Qipro). Ishin ftuar si vëzhgues Hungaria dhe Bullgaria (të larguara prej disa vitesh) si dhe Maqedonia e veriut. UMSH u përfaqësuar nga një delegacion i kryesuar nga presidenti Dr. Dritan TREPÇA.

Në seancën hyrëse përshëndeti Dr. B. Beovic, President i dhomës Slovene si dhe Dr. J. Santos President i CEOM. Më tej Dr. Kerzmann bëri apelin e delegacioneve pjesëmarrëse. Ai bëri të ditur edhe kërkesën e Dhomës së Mjekëve të Republikës së Maqedonisë së Veriut për tu bërë anëtare e CEOM. Pas votimit, me shumicë dërmuese votash, u pranua antarësimi me të drejta të plota.

Në seancën pasuese nga vendasit u paraqitën 2 prezantime: - Prezantimi shkurtër i Slovenisë si dhe shërbimet shëndetësore në të nga Dr. B. Beovic.

- Trajtimet mjekësore postuniversitare në Sloveni nga juristja T. Sapec.

Më tej u vazhdua me: Rekomandime etike dhe deontologjike të CEOM nga presidenti Santos si dhe referimi: Masa për të plotësuar “shkretëtirën mjekësore” në Francë dhe në vende të tjera, nga S. Rasse dhe Ph. Cathala.

Në një seancë të veçantë u diskutua mbi vëzhguesin evropian të dhunës ndaj mjekëve. Të gjitha delegacionet folën për gjendjen aktuale të këtij problem, në vendet e tyre, për unifikimin e të dhënave në përputhje me formularin përkatës si dhe për sygjerime se si ta përmirësojmë ndjekjen e këtij problem. Kjo seancë u mbyll me prezantimin: Dita Evropiane për dhunën ndaj personelit mjekësor nga Dr. J. Santos.

Me shumë interes u dëgjuan 2 referime:

- Rrezultate nga vëzhgimi mbi telemjekësinë nga Dr. K. Kerzmann (zv.president I).
- Vendosja e trajnimit të detyruar mbi përdorimin e sigurtë të IA në mjekësi dhe çertifikimi i mjekëve nga Dr. A. Hexadaktilos (Greqi).

Pas pushimit të drekës u vazhdua me përshëndetjet nga organizata ndërkombëtare homologe si WMA (Shoqata Botërore e Mjekësisë), AEMH (Shoqata Evropiane e Mjekëve të Spitaleve), CPME (Komiteti i Përherëshëm i Mjekëve Evropian), EJD (Shoqata e Mjekëve të Rinj Evropian) dhe UEMO (Shoqata Evropiane e Mjekëve të Përgjithshëm), etj...

Në vazhdim u dëgjua një raportim nga të dhënat e pyetësorit mbi terapinë dixhitale në Itali dhe në Evropë nga F. Alberti (Itali).

Pas këtij referimi Delegacioni Kroat paraqiti kërkesën për të ftuar takimin e radhës në Dubrovnik. Në mbyllje Dr. Santos bëri konkluzionet e takimit.



NJË RISHIKIM GJITHËPËRFSHIRËS I UDHËRRYESVE TË PRAKTIKËS KLINIKE EASL, MBI MENAXHIMIN E HEPATOKARCINOMËS

*Dr. Oksana ALLKO, Prof. Dr. Jovan BASHO
Shërbimi Gastroenterologji/Hepatologji
Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”*

Abstract

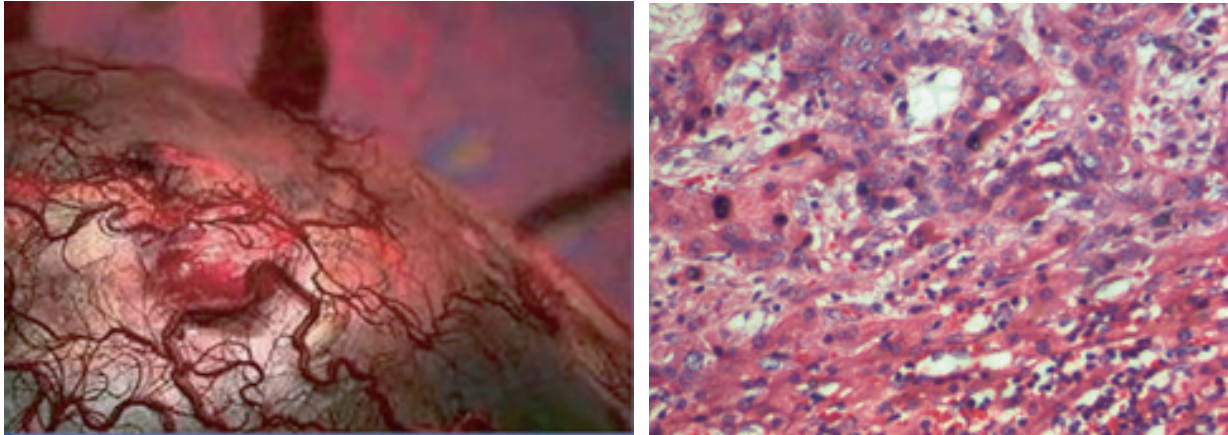
Hepatocellular carcinoma (HCC) accounts for approximately 90% of primary liver cancers and represents a major global health burden, driven primarily by chronic liver disease and cirrhosis. The clinical practice guidelines of European Association for the Study of the Liver (EASL) provide a multidisciplinary, evidence-based framework for the prevention, follow-up, diagnosis, staging and treatment of HCC. The latest update reflects significant advances since the 2018 guidelines, including the adoption of personalized follow-up strategies based on individual risk, standardized non-invasive diagnosis using LI-RADS (Liver Imaging Report and Data System), improved curative and locoregional therapies, expanded integration of liver transplantation and the establishment of immunotherapy-based combination therapies as standard first-line treatment.

This review provides a detailed and structured summary of the EASL guidelines, synthesizing the main recommendations and their clinical rationale across the continuum of HCC follow-up and treatment. Preventive strategies focus on antiviral therapy for HBV and HCV, lifestyle modification and vaccination, while follow-up recommendations emphasize the performance of ultrasound every six months in patients with cirrhosis who are candidates for treatment. Diagnostic steps highlight the key role of CT scan, MRI and CEUS (Contrast-Enhanced Ultrasound), interpreted according to LI-RADS criteria, reserving biopsy for indeterminate cases.

Therapeutic recommendations are formulated according to the Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) staging system, but allow flexibility in modifying treatment based on patient and tumor-specific factors. Curative treatments, including resection, ablation, and liver transplantation, are discussed along with locoregional therapies, such as trans arterial chemoembolization, radioembolization, and radiotherapy. For advanced disease, the guidelines prioritize immunotherapy, with subsequent line options tailored to prior therapy and liver function.

By integrating scientific evidence with clinical practice, these guidelines emphasize the importance of multidisciplinary decision-making and patient-centered care. This comprehensive summary aims to support clinicians, general practitioners, and researchers in understanding and implementing the current EASL recommendations, highlighting current limitations and future research priorities in the management of HCC.





Hepatokarcinoma

1. Hyrje

Hepatokarcinoma (HCC) është kanceri i gjashtë më i zakonshëm në nivel global dhe shkak i tretë kryesor i vdekjeve të lidhura me kancerin⁽¹⁾. Zhvillimi i saj është i lidhur ngushtë me sëmundjen kronike të mëlçisë, veçanërisht cirrozën për shkak të virusit të hepatitit B (HBV)⁽³⁾, virusit të hepatitit C (HCV)⁽⁴⁾, sëmundjes së mëlçisë të lidhur me alkoolin⁽⁵⁾ dhe sëmundjes steatotike të mëlçisë të shoqëruar me disfunksionin metabolik (MASLD). Kompleksiteti i menaxhimit të HCC rrjedh nga bashkëjetesa e malinjitetit dhe insuficiencës hepatike, shumëllojshmëria e opsioneve diagnostikuese e terapeutike dhe prognoza heterogjene të pacientit.

Udhëzimet e praktikës klinike të European Association for the Study of the Liver (EASL) ofrojnë rekomandime të bazuara në prova, që synojnë të mbështesin mjekët në menaxhimin e pacientëve me HCC. Përditësimi i fundit bazohet në udhëzimet e vitit 2018⁽²⁾ dhe pasqyron përparimet e shpejta në imazheri, kirurgji, terapinë loko-regjionle, radio-onkologjinë dhe trajtime sistemike, veçanërisht imunoterapia. Në qendër të udhërrëfyesve është koncepti i kujdesit të personalizuar të ofruar nga një ekip multidisciplinar (MDT).

2. Metodologjia e Zhvillimit të Udhërrëfyesit

Udhëzimet EASL u zhvilluan duke ndjekur standardet ndërkombëtare të përcaktuara nga Rrjeti Ndërkombëtar i Udhëzimeve⁽⁶⁾. Pyetjet kryesore klinike u formuluan duke përdorur skemën PICO (Patient, Intervention, Comparison, Outcome). Evidencat u rishikuan dhe u vlerësuan në mënyrë sistematike sipas niveleve të dhënave të Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM)⁽⁷⁾. Rekomandimet u klasifikuan si të forta ose të dobëta, bazuar në cilësinë e evidencave, ekuilibrin rrezik-përfitim, realizueshmërinë dhe preferencat e pacientëve. Konsensusi u arrit përmes procesit Delphi që përfshinte ekspertë dhe përfaqësues të pacientëve.

3. Parandalimi i Karcinomës Hepatocelulare

3.1 Terapia Antivirale

Parandalimi efektiv i hepatokarcinomës fillon me menaxhimin e sëmundjes themelore të mëlçisë. Terapia antivirale luan një rol kyç. Në infeksionin nga hepatiti B (HBV)⁽⁸⁾ trajtimi afatgjatë me



I KAZUISTIKË

inhibitorë të transkriptazës reverse (NtRTIs)^(9,10), p.sh.: Entekavir ose Tenofovir, rekomandohet fuqimisht për të zvogëluar rrezikun e hepatokarcinomës de novo dhe përsëritjes së saj, megjithëse rreziku nuk eliminohet plotësisht^(9,11). Infeksioni nga hepatiti C (HCV) trajtohet me antiviralët me veprim të drejtpërdrejtë (DAA)⁽¹²⁻¹⁶⁾, të cilët zvogëlojnë rrezikun e komplikacioneve të lidhura me cirrozën dhe hepatokarcinomën qelizore, duke arritur përgjigje të qëndrueshme virologjike^(14,17-22). Te pacientët me hepatokarcinomë qelizore të trajtuar, DAA-të mund të ofrohen pas një përgjigjeje të plotë ndaj tumorit, megjithëse ndikimi i tyre në përsëritje mbetet ende i pasigurtë^(12,13,15,23,24).

3.2 Ndërhyrje në stilin e jetës

Modifikimet në stilin e jetës, rekomandohen si masa parandaluese shtesë, si ndërpreja totale e alkoolit^(25,26,27), ndërprerja e pirjes së duhanit⁽²⁸⁾ dhe humbja e peshës⁽²⁹⁾ tek pacientët obezë, për të zvogëluar morbiditetin e lidhur me mëlçinë dhe për të ulur rrezikun e hepatokarcinomës qelizore. Konsumi i kafesë mund të rekomandohet, pasi të dhënat sugjerojnë një lidhje mbrojtëse mes kafesë dhe zhvillimit të hepatokarcinomës⁽³⁰⁻³⁷⁾.

3.3 Parandalimi Farmakologjik

Pavarësisht të dhënave observuese, EASL aktualisht nuk e rekomandon përdorimin e statinave, aspirinës ose metforminës për parandalimin e HCC, për shkak të të dhënave të pamjaftueshme dhe heterogjene⁽³⁸⁾.

3.4 Vaksinimi kundër hepatitit B

Vaksinimi kundër hepatitit B rekomandohet fuqimisht për individët seronegativë me rrezik të lartë, pasi zvogëlon në mënyrë efektive incidencën dhe vdekshmërinë nga HCC të lidhur me HBV⁽³⁹⁻⁴¹⁾.

4. Njekja e hepatokarcinomës qelizore

4.1 Popullata e Synuar

Ndjekja rekomandohet fuqimisht për pacientët me cirrozë hepatike, që janë kandidatë për terapi me qëllim kurativ. Në pacientët me fibrozë të avancuar (F3), por që nuk kanë kaluar në cirrozë hepatike, ndjekja rutinë e tyre aktualisht nuk rekomandohet për shkak të provave të pamjaftueshme, pavarësisht një rreziku më të lartë krahasuar me popullatën e përgjithshme⁽⁴²⁻⁴⁴⁾.

4.2 Modalitetet e ndjekjes së pacientëve

Në modalitetet e ndjekjes së pacientëve me cirrozë hepatike, për të detektuar në kohë hepatokarcinomën qelizore përfshihet ekografia çdo 6 muaj, e cila mbetet mjeti standard. Ekografia plus alfa-fetoproteinën (AFP) rrit sensitivitetin, por zvogëlon specificitetin dhe konsiderohet një opsion i mundshëm⁽⁴⁵⁾. Mjetet më të avancuara si MRI dhe pikëzimi sipas GALAD (gender, age, AFP-L3, AFP, DCP) janë premtuese, por ende nuk rekomandohen për përdorim rutinë.

4.3 Ndjekja e bazuar në risk

EASL mbështet një ndryshim drejt strategjive të ndjekjes së personalizuar, të bazuara në risk, duke integruar variablat klinike, etiologjinë e sëmundjes së mëlçisë dhe modelet e reja të parashikimit.

5. Diagnoza e hepatokarcinomës qelizore

5.1 Diagnoza e Bazuar në Imazhe

Diagnoza jo-invazive bazohet në imazhe dinamike të përforcuara me kontrast (CT, MRI ose CEUS) tek pacientët me rrezik të lartë. Karakteristikat dalluese përfshijnë, përforcimin në fazë arteriale dhe washout në fazë venoze, portale ose të vonuar⁽⁴⁶⁾.

5.2 Integrimi LI-RADS

Udhëzimet rekomandojnë përdorimin e LI-RADS (Liver Imaging Reporting and Data System), për të standardizuar marrjen e të dhënave, interpretimin dhe raportimin e tyre.



Kategoritë LI-RADS (LR-1 deri në LR-5, LR-M, LR-TIV) ofrojnë probabilitete të shkallëzuar të HCC dhe udhëzojnë për vendimmarrje në menaxhimin e sëmundjes⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾.

5.3 Roli i Biopsisë

Biopsia e tumorit indikohet, kur nuk plotësohen kriteret imazherike për diagnozën jo-invazive ose kur pritet që histologjia të ketë rol të rëndësishëm në menaxhimin e sëmundjes⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾. Biopsia transkutane hepatike ka një specificitet të lartë, por sensitiviteti mund të jetë i kufizuar dhe duhet të merren në konsideratë rreziqe të tilla, si: hemoragjia dhe mbjellja e tumorit përgjatë trajektit që ndjek agia e biopsisë.

6. Stadifikimi dhe Vlerësimi Prognostik

Sistemi i stadifikimit të Kancerit të Mëlçisë sipas Klinikës së Barcelonës (BCLC- Barcelona Clinic Liver Cancer) mbetet sistemi kryesor për klasifikimin sipas diagnozës dhe përcaktimin e mjekimit adekuat⁽⁵²⁾. Ky sistem integron përmasat e tumorit, përhapjen lokoregjionale apo metastatike të tij, funksionin e mëlçisë dhe gjendjen e përgjithshme të pacientit. Udhëzimet e përditësuara theksojnë natyrën dinamike të stadifikimit dhe nevojën për rivlerësim, ndërsa sëmundja dhe përgjigjia ndaj trajtimit evoluojnë.

7. Trajtimet me Qëllim Kurativ

7.1 Rezekcioni Kirurgjikal

Rezekcioni kirurgjikal rekomandohet për pacientë të zgjedhur, me funksion të ruajtur të mëlçisë dhe me një tumor të rezequeshëm. Qasjet minimal-invazive inkurajohen, kur kemi të bëjmë me një staf të specializuar, qofshin ato dhe raste komplekse^(53,54).

7.2 Transplanti i Mëlçisë

Transplanti i mëlçisë ofron mundësinë më të mirë për shërim tek pacientët me HCC në fazë të hershme dhe cirrozë bashkë-ekzistuese. Udhërrëfyesit nxjerrin në pah kriteret specifike për zgjedhje të pacientëve të cilët mund të përfitojnë nga transplanti hepatic, si dhe integrimin e transplantit në format multimodale të trajtimit⁽⁵⁵⁾.

7.3 Ablacioni

Ablacioni perkutan (radiofrekuencë ose mikrowave) rekomandohet për tumore në fazë shumë të hershme dhe të hershme, kur kirurgjia nuk është e realizueshme, duke arritur rezultate të krahasueshme me rezekcionin në raste të përzgjedhura⁽⁵⁶⁾.

8. Terapitë Lokoregjionale

8.1 Kimioembolizimi Transarterial (TACE)

TACE mbetet trajtimi standard për HCC në fazën e ndërmjetme (BCLC B)⁽⁵⁷⁾, me përzgjedhje të kujdesshme të pacientit për të shmangur dekompensimin e mëlçisë.

8.2 Radioembolizimi Transarterial (TARE)

TARE njihet si një terapi alternative lokoregjionale, veçanërisht tek pacientët me trombozë të venës porta, ose si një strategji për ulje të stadiit të tumorit⁽⁵⁸⁾.

8.3 Radioterapia

Radioterapia, duke përfshirë edhe radioterapinë stereotaktike të trupit (SBRT), po përfshihet gjithnjë e më shumë në menaxhimin multidisiplinar, veçanërisht për pacientët e papërshtatshëm për trajtime të tjera lokoregjionale.



I KAZUISTIKË

9. Terapitë Sistemike

9.1 Trajtimi i Linjës së Parë

Imunoterapia e kombinuar me frenuesit e pikave të kontrollit imunitar dhe agjentët anti-angiogjenikë, është bërë terapia standarde e linjës së parë për HCC të avancuar, duke zëvendësuar Sorafenibin në shumicën e pacientëve. Këtu mund të përmendim Kyetruda (Pembrolizumab), si linjë të parë trajtimi⁽⁵⁹⁾.

9.2 Linjat Pasuese të Terapisë

Agjentë dhe imunoterapi të shumëfishta të synuara janë të disponueshme për linjat e mëvonshme, duke theksuar dhe një herë se trajtimit duhet bazuar në ekspozimin e mëparshëm, funksionin e mëlçisë dhe tolerancën që ka i sëmuri ndaj terapisë.

10. Kujdesi Multidisiplinar

Udhërrëfyesit theksojnë fuqimisht vendimmarrjen e bazuar në MDT, duke përfshirë hepatologjinë, onkologjinë, radiologjinë, kirurgjinë, patologjinë dhe kujdesin paliativ. Preferencat e pacientëve, cilësia e jetës dhe elementët etike janë thelbësore për përzgjedhjen e trajtimit.

11. Diskutime dhe Rëndësia Klinike

Udhëzimet e përditësuara të Praktikës Klinike EASL mbi HCC, përfaqësojnë një evolucion të rëndësishëm në menaxhimin konceptual dhe praktik të këtij malinjiteti kompleks. Ato pasqyrojnë zgjerimin e gamës së opsioneve diagnostikuese dhe terapeutike, dhe njohjen gjithnjë e në rritje të HCC, e cila nuk është një sëmundje uniforme, por një spektër i ndikuar nga biologjia e tumorit, funksioni i mëlçisë dhe faktorët që lidhen me pacientin. Theksi në personalizim, kujdes multidisiplinar dhe përcaktimin në dinamike të trajtimit, shënon një hap të ri të trajtimit të hepatokarcinomës qelizore.

Nga një perspektivë klinike, integrimi i strategjive të ndjekjes bazuar në risk, adreson shqetësimet e hershme në lidhje me ndjekjen e tepërt të pacientëve me risk të ulët dhe nënvlerësimin e pacientëve në grupet me risk më të lartë. Në mënyrë të ngjashme, miratimi i standardizimit LI-RADS rrit qëndrueshmërinë diagnostike në të gjitha qendrat, duke lehtësuar kështu dhe komunikimin midis klinikistëve. Zgjerimi i opsioneve të terapisë sistemike, veçanërisht kombinimet e bazuara në imunoterapi, ka përmirësuar ndjeshëm mbijetesën në pacientët me sëmundje të avancuar dhe ka riformësuar strategjinë e trajtimit. Megjithatë, kompleksiteti në rritje i menaxhimit të HCC gjithashtu vendos kërkesa më të mëdha në sistemet e kujdesit shëndetësor, duke kërkuar qasje të një imazherie të avancuar, radiologji intervencionuese, programe të transplantit hepatic, ekspertizë onkologjike dhe struktura të koordinuara MDT. Këto sfida nxjerrin në pah rëndësinë e përshtatjes kontekstuale të udhëzimeve me burimet lokale.

12. Pikat e forta, kufizimet dhe e ardhmja

12.1 Pikat e forta të udhëzimeve EASL

Një nga pikat e forta kryesore të udhërrëfyesve të EASL për HCC, është rigoroziteti i tyre metodologjik. Rekomandimet bazohen në evidenca të vlerësuara sistematikisht, në mënyrë transparente sipas kritereve të përcaktuara nga OCEBM (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine) dhe përpunohen përmes një procesi të strukturuar konsensusi Delphi që përfshin përfaqësuesit e pacientëve. Kjo rrit si besueshmërinë shkencore ashtu edhe rëndësinë klinike. Një tjetër pikë e fortë është kuadri holistik dhe multidisiplinar. Udhëzimet vazhdimisht theksojnë integrimin e hepatologjisë, radiologjisë, kirurgjisë, onkologjisë, patologjisë dhe kujdesit mbështetës.



Kjo pasqyron praktikat më të mira të botës reale dhe pranon se rezultatet optimale në HCC, nuk mund të arrihen përmes vendimmarrjes së izoluar të bazuar në specialitete. Standardizimi i imazherisë përmes LI-RADS është një përparim veçanërisht me ndikim të lartë. Duke miratuar LI-RADS për CT, MRI dhe CEUS, EASL promovon terminologji uniforme, përmirëson saktësinë diagnostikuese dhe zvogëlon ndryshueshmërinë midis institucioneve. Kjo është veçanërisht e vlefshme në vlerësimin e transplantit dhe pjesëmarrjen në studime klinike. Udhëzimet gjithashtu demonstrojnë një reagim ndaj inovacionit, veçanërisht në terapinë sistemike. Për më tepër, njohja e radioterapisë dhe teknikave kirurgjikale minimal-invazive zgjeron opsionet terapeutike për pacientët e përzgjedhur. Së fundmi, lëvizja e qartë drejt strategjive të personalizuar dhe të bazuara në risk, veçanërisht në ndjekjen e pacientit dhe përshtatjen apo ndryshimin e trajtimit sipas nevojës, përfaqëson një qasje që përputhet me parimet e mjekësisë së avancuar.

12.2 Kufizimet

Pavarësisht pikave të tyre të forta, duhet të pranohen disa kufizime. Një sfidë themelore qëndron në heterogjenitetin dhe cilësinë e provave të disponueshme. Shumë rekomandime, veçanërisht në optimizimin e ndjekjes, modifikimin e stilit të jetës dhe parandalimit farmakologjik, mbështeten vetëm në të dhëna observuese, me një heterogjenitet të konsiderueshëm dhe bias të mundshëm. Si rezultat, rekomandime të shumta mbeten të dobëta pavarësisht konsensusit të fortë. Një kufizim tjetër është mungesa e provave prospektive të randomizuara në fusha kyçe, të tilla si: modelet e ndjekjes të bazuara në risk, roli i biomarkerave përtej AFP-së dhe renditja optimale e terapive lokoregjionale dhe sistemike. Kjo kufizon aftësinë për të nxjerrë përfundime të forta në lidhje me përfitimin në mbijetesë dhe kosto-efektivitetin. Përgjithësueshmëria e udhëzimeve mund të kufizohet gjithashtu nga disponueshmëria e burimeve. Modalitetet e avancuara të imazherisë, transplantit të mëlçisë, TARE, SBRT dhe imunoterapia mund të mos jenë të arritshme në të gjitha nivelet e kujdesit shëndetësor. Ndërsa EASL pranon nevojën për përshtatje lokale, udhëzimet praktike për mjediset me burime të ulëta mbeten të kufizuara. Përveç kësaj, ndërsa LI-RADS përmirëson standardizimin, ndryshueshmëria e saj ndër-interpretues të ndryshëm dhe performanca e moderuar diagnostike në kategoritë e ndërmjetme (LR-3 dhe LR-4), sjellin pasiguri të vazhdueshme dhe mund të rrisin mbështetjen në biopsi ose imazhe ndjekëse me intervale të shkurtra. Së fundmi, rrezultatet e raportuara nga pacientët, masat e marra për cilësinë së jetës dhe integrimi i kujdesit paliativ janë të nën-përfaqësuar në udhëzimet aktuale, pavarësisht rëndësisë së tyre në rritje në kujdesin onkologjik.

12.3 E ardhmja

Udhërrëfyesit e ardhshëm të EASL do të përfitojnë nga disa zhvillime kyçe. **Së pari**, validimi prospektiv i strategjive të ndjekjes së shtresëzuar sipas riskut është thelbësor për të përcaktuar se cilët pacientë përfitojnë vërtet nga modalitetet e intensifikuara ose alternative të skrinimit, të tilla si: MRI ose algoritmet e bazuara në biomarkera. **Së dyti**, përparimet në zbulimin e biomarkerave, duke përfshirë liquid biopsy, ADN-në e tumorit që qarkullon dhe profilizimin molekular, mund të plotësojnë imazherinë dhe të mundësojnë zbulimin më të hershëm, prognozën dhe përzgjedhjen e trajtimit. **Së treti**, pejsazhi në zhvillim i sekuencimit të terapisë sistemike kërkon rivlerësim të vazhdueshëm. Krahasimet kokë më kokë të kombinimeve të imunoterapisë, kohëzgjatja optimale e terapisë dhe integrimi me trajtimet lokoregjionale, mbeten përparësi në qendër të vëmendjes së kërkimit shkencor. **Së katërti**, nevojitet një theks më i madh në zbatim, për të kuptuar se si rekomandimet e udhërrëfyesve përkthehen në praktikën reale, veçanërisht në sisteme të ndryshme të kujdesit shëndetësor. **Së fundmi**, udhëzimet e ardhshme duhet të përfshijnë gjithnjë e më shumë rrezultatet e përqendruara tek pacienti, mbijetesë dhe kujdesi paliativ për të siguruar që përparimet terapeutike të përkthehen në përmirësime domethënëse, si në mbijetesë ashtu edhe në cilësinë e jetës së pacientit.



13. Përfundim

Udhëzimet e praktikës klinike EASL ofrojnë një kornizë gjithëpërfshirëse dhe të bazuar në prova për menaxhimin e HCC. Duke integruar parandalimin, zbulimin e hershëm, diagnozën e saktë dhe terapinë multimodale brenda një modeli multidisiplinar. Udhëzimet synojnë të optimizojnë mbijetesën dhe cilësinë e jetës për pacientët me HCC. Hulumtimi i vazhdueshëm dhe përditësimet periodike do të mbeten thelbësore, ndërsa skema terapeutike vazhdon të evoluojë.

Referenca:

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394–424.
2. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *J Hepatol.* 2018;69(1):182–236.
3. European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol.* 2017;67(2):370–398.
4. European Association for the Study of the Liver. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. *J Hepatol.* 2020;73(5):1170–1218.
5. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol.* 2018;69(1):154–181.
6. Cornberg M, van Bömmel F, Petersen J, et al. Clinical practice guidelines of the European Association for the Study of the Liver: advancing methodology but preserving practicability. *J Hepatol.* 2019;70(1):5–7.
7. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. *The Oxford levels of evidence 2.* Oxford: OCEBM; 2011.
8. Liaw YF, Sung JJ, Chow WC, et al. Lamivudine for patients with chronic hepatitis B and advanced liver disease. *N Engl J Med.* 2004;351(15):1521–1531.
9. Hou JL, Zhao W, Lee C, et al. Outcomes of long-term treatment of chronic HBV infection with entecavir or other agents: results from a randomized trial in 24 countries. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18(2):457–467.e21.
10. Gordon SC, Lamerato LE, Rupp LB, et al. Antiviral therapy for chronic hepatitis B virus infection and development of hepatocellular carcinoma in a US population. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2014;12(5):885–893.
11. Arends P, Sonneveld MJ, Zoutendijk R, et al. Entecavir treatment does not eliminate the risk of hepatocellular carcinoma in chronic hepatitis B: limited role for risk scores in Caucasians. *Gut.* 2015;64(8):1289–1295.
12. Waziry R, Hajarizadeh B, Grebely J, et al. Hepatocellular carcinoma risk following direct-acting antiviral HCV therapy: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *J Hepatol.* 2017;67(6):1204–1212.
13. Saraiya N, Yopp AC, Rich NE, et al. Systematic review with meta-analysis: recurrence of hepatocellular carcinoma following direct-acting antiviral therapy. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;48(2):127–137.
14. You MW, Jang JW, Kim YJ, et al. Impact of liver stiffness measurement on hepatocellular carcinoma development in chronic hepatitis C patients treated with direct-acting antivirals: a systematic review and time-to-event meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2021;36(3):601–608.
15. Sahakyan Y, Lee-Kim V, Wong WWL, et al. Impact of direct-acting antiviral regimens on mortality and morbidity outcomes in patients with chronic hepatitis C: a systematic review and meta-analysis. *J Viral Hepat.* 2021;28(5):739–754.
16. Sapena V, Enea M, Torres F, et al. Hepatocellular carcinoma recurrence after direct-acting antiviral therapy: an individual patient data meta-analysis. *Gut.* 2022;71(3):593–604.
17. Leslie J, He Y, Shen J, et al. Metabolic dysfunction and cancer in HCV: shared pathways and mutual interactions. *J Hepatol.* 2022;77(1):219–236.
18. Ji D, Chen GF, Wang C, et al. Non-alcoholic fatty liver disease is a risk factor for occurrence of hepatocellular carcinoma after sustained virologic response in chronic hepatitis C patients: a prospective four-year follow-up study. *Metabol Open.* 2021;10:100090.
19. Abdelhamed W, El-Kassas M. Hepatocellular carcinoma and hepatitis C virus treatments: the bold and the beautiful. *J Viral Hepat.* 2023;30(2):148–159.
20. Calvaruso V, Craxi A. Hepatic benefits of HCV cure. *J Hepatol.* 2020;73(6):1548–1556.
21. Degasperis E, D'Ambrosio R, Iavarone M, et al. Factors associated with increased risk of de novo or recurrent hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis treated with direct-acting antivirals for HCV infection. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(6):1183–1191.e7.



22. Ciancio A, Bosio R, Bo S, et al. Long-term follow-up of diabetic and non-diabetic patients with chronic hepatitis C successfully treated with direct-acting antiviral agents. *Liver Int.* 2021;41(2):276–287.
23. Manthravadi S, Paleti S, Pandya P. Impact of sustained viral response post-curative therapy of hepatitis C-related hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer.* 2017;140(5):1042–1049.
24. Singh S, Nautiyal A, Loke YK. Oral direct-acting antivirals and the incidence or recurrence of hepatocellular carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Frontline Gastroenterol.* 2018;9(4):262–270.
25. Rodriguez M, et al. Impact of alcohol abstinence on the risk of hepatocellular carcinoma in patients with alcohol-related liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol.* 2021;116(12):2390–2398.
26. Tsukuma H, Hiyama T, Tanaka S, et al. Risk factors for hepatocellular carcinoma among patients with chronic liver disease. *N Engl J Med.* 1993;328(25):1797–1801.
27. Kraglund F, Jepsen P, Vilstrup H, et al. Alcohol use and hepatocellular carcinoma risk in patients with alcohol-related liver disease. *Liver Int.* 2023;58(11):1321–1327.
28. Lee YC, Cohet C, Yang YC, et al. Meta-analysis of epidemiologic studies on cigarette smoking and liver cancer. *Int J Epidemiol.* 2009;38(6):1497–1511.
29. Zhang J, Wu Y, Zhang X, et al. Statin use and reduced risk of hepatocellular carcinoma among patients with nonalcoholic fatty liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2023;35(4):353–358.
30. Shimazu T, Tsubono Y, Kuriyama S, et al. Coffee consumption and the risk of primary liver cancer: pooled analysis of two prospective studies in Japan. *Int J Cancer.* 2005;116(1):150–154.
31. Kurozawa Y, Ogimoto I, Shibata A, et al. Coffee and risk of death from hepatocellular carcinoma in a large cohort study in Japan. *Br J Cancer.* 2005;93(5):607–610. Etj.....

PARALIZA FACIALE PERIFERIKE E IZOLUAR NË HERPES ZOSTER OTICUS RAPORTIM RASTI

Prof. Dr. Birkena QIRJAZI
FM, UMT

Abstrakt:

Herpes Zoster Oticus (HZO) represents a late manifestation of the reactivation of the Varicella Zoster Virus (VZV), which causes inflammation of the geniculate ganglion of cranial nerve VII. Clinically, it typically presents with facial nerve paralysis, otalgia, and a vesicular rash in the external ear—often accompanied by sensorineural hearing loss and vertigo—forming the classic triad of Ramsay–Hunt Syndrome.

This report describes the case of a 53-year-old woman who presented with acute peripheral facial nerve paralysis and auricular pain, but without a vesicular rash and without hearing loss. Serologic testing confirmed previous exposure to VZV. Early treatment with intravenous acyclovir and corticosteroids resulted in partial improvement, although facial nerve neurological deficits persisted during follow-up.

This case highlights the importance of recognizing atypical presentations of HZO in order to enable prompt management and reduce the risk of long-term neurological complications.

Hyrje:

Herpes Zoster Oticus (HZO) përfaqëson riaktivizimin e virusit Varicella Zoster (VZV) në ganglionet sensore të nervit facial dhe, në formën e tij tipike, manifestohet si Sindroma Ramsay–Hunt. Kjo sindromë karakterizohet nga triada klasike: paralizë faciale ipsilaterale, rash vezikular



I KAZUISTIKË

dhe prekje të nervit të 8 kranial. Kjo e fundit manifestohet me vertigo dhe dëmtim senso-neural të dëgjimit^(1,2). Në raste të tjera, më të thjeshta kemi thjesht manifestime kutane në veshin e jashtëm, ose në formën e dytë, shtrohet dhe paraliza faciale periferike.

Kur dhimbja e fortë aurikulare i paraprin paralizës së nervit facial, në mungesë të shenjave kutane, gjendja klasifikohet si *zoster sine herpete*. Kjo formë përbën deri në 30% të paraqitjeve të HZO dhe shpesh është e vështirë të diferencohet nga paraliza e Bell, e cila gjithashtu mund të paraqitet me otalgji, por zakonisht jo me intensitet kaq të lartë⁽³⁾.

Paraliza faciale e lidhur me HZO ka një prognozë dukshëm më të rezervuar krahasuar me paralizën e Bell: vetëm rreth 70% e pacientëve shërohen në mënyrë të plotë ose pothuajse të plotë, kundrejt mbi 90% në paralizën e Bell^(4,5).

Diagnoza e hershme dhe fillimi i menjëhershëm i terapisë antivirale të kombinuar me kortikosteroide janë thelbësore për optimizimin e rezultateve klinike dhe për parandalimin e dëmtimeve afatgjata të nervit facial. Po kështu, mendohet që trajtimi i hershëm ul dhe probabilitetin për neuralgji post-herpetike.

Këtu paraqitet rasti i një femre 53-vjeçare, e cila u paraqit në Shërbimi ORL, QSUT, me paralizë akute periferike të nervit facial në kontekst të Herpes Zoster Oticus.

Prezantimi i rastit:

Një femër 53-vjeçare u paraqit në Shërbimin ORL, QSUT, me dobësi të anës së djathtë të fytyrës, dhimbje dhe enjtje aurikulare dexter dhe përreth gjëndrës parotis dexter. Ajo referonte fillimin e dhimbjes 3 ditë më parë, e ndjekur nga paraliza faciale një ditë para shtrimit.

Gjatë ekzaminimit fizik, gjendja e përgjithshme e pacientes dukej relativisht e mirë. Ekzaminimi fizik tregoi paralizë faciale periferike të plotë (grada VI House-Brackmann) në anën e djathtë, me edematizim dhe hiperemi të rajoneve parotide dhe aurikulare, por pa rash vezikular. Membrana timpanike dexter ishte intakte dhe audiometria konfirmoi dëgjimin e ruajtur.

CT kokë-qafë pa kontrast nuk zbuloi patologji akute intrakraniale, por tregoi sekrecione në kanalin e jashtëm auditiv. IgG për VZV ishte pozitive (36.3 IU/ml), ndërsa IgM ishte negative, duke konfirmuar diagnozën e HZO.

Trajtimi u fillua me aciklovir oral, prednizolon IV. Audiometria përjashtoi humbjen e dëgjimit sensorineural, duke përjashtuar Sindromën Ramsay-Hunt.

Pavarësisht terapisë, paraliza faciale vazhdoi deri në ditën e 15, megjithëse simptomat e dhimbjes u përmirësuan deri në zhdukje. Ekzaminimet imazherike dhe laboratorike pasuese mbetën të qëndrueshme, dhe pacientja vazhdoi trajtimin me kortikosteroide dhe terapi antivirale.

Diskutim:

HZO kërkon indeks të lartë dyshimi klinik, sidomos në paraqitjet pa rashin vezikular tipik. Zoster sine herpete (ZSH) është një entitet i njohur, ku VZV riaktivizohet pa manifestime dermatologjike. Kur shkaku i paralizës akute faciale është i paqartë klinikisht, studimet imazherike dhe serologjike mund të jenë të dobishme⁽³⁾. Testimi serologjik tek pacienti ynë tregoi një riaktivizim të VZV.



Administrimi i shpejtë i antiviralëve dhe kortikosteroideve është treguar se përmirëson rikuperimin e nervit facial (nervi kranial VII), veçanërisht kur fillon brenda 72 orëve nga fillimi i simptomave⁽⁶⁾. Ky rast përforcon nevojën për të pasur dyshim të lartë dhe ndërhyrje të hershme në paralizën faciale atipike, edhe në mungesë të shpërthimeve klasike vezikulare nga VZV.

Përfundim:

Paraliza faciale e izoluar për shkak të HZO mund të ndodhë pa lezione vezikulare ose humbje të dëgjimit. Mjekët duhet të mbajnë një indeks të lartë dyshimi për diagnozë të hershme. Fillimi në kohë i terapisë antivirale dhe kortikosteroide është thelbësor në përmirësimin e rezultateve dhe minimizimin e pasojave afatgjata.

Referenca:

1. Paiva ALC, Araujo JLV, Ferraz VR, Veiga JCE. Facial paralysis due to Ramsay Hunt syndrome - A rare condition. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2017 Apr;63(4):301-302.
2. Adour KK. Otolological complications of herpes zoster. *Ann Neurol*. 1994;35(Suppl):S62–
3. doi: 10.1002/ana.410350718.
4. Hohman MH, Hadlock TA. Etiology, diagnosis, and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. *Laryngoscope*. 2014 Jul;124(7):E283-93.
5. Monsanto RD, Bittencourt AG, Bobato Neto NJ, Beilke SC, Lorenzetti FT, Salomone R. Treatment and Prognosis of Facial Palsy on Ramsay Hunt Syndrome: Results Based on a Review of the Literature. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2016 Oct;20(4):394-400.
6. Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, Davenport RJ, Vale LD, Clarkson JE, Hammersley V, Hayavi S, McAteer A, Stewart K, Daly F. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med*. 2007 Oct 18;357(16):1598-607.
7. Murakami S, Hato N, Horiuchi J, et al. Treatment of Ramsay Hunt syndrome with acyclovir–prednisone: Significance of early diagnosis and therapy. *Ann Neurol*. 1997;41(3):353–357. doi:10.1002/ana.410410312.



“BURNOUT” TEK MJEKËT: NGA SHENJAT E HERSHME TEK NDIKIMI NË KUJDESIN NDAJ PACIENTIT

Dr. Ergita NELAJI, Kei XHIXHABESI², Dr. Irida KECAJI

¹*Departamenti i Sëmundjeve të Brendshme, QSUNT, Tiranë*

²*Universiteti Mesdhetar i Shqipërisë, Tiranë,*

Abstract

Introduction: Burnout is a syndrome resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed, and it is particularly prevalent among healthcare professionals. This article aims to describe the concept of burnout among physicians, the contributing factors within the Albanian healthcare system, its impact on patient care, and practical strategies for its prevention and management.

Methods: This narrative review is based on international literature from the last 10 years and a contextual analysis of physicians' working conditions in Albania.

Results: Burnout is characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and a reduced sense of personal accomplishment. Contributing factors include high workload, understaffing, bureaucratic pressures, and lack of structural support. Burnout directly affects healthcare quality by increasing the risk of medical errors, reducing empathy, and impairing clinical decision-making. Individual and institutional strategies for prevention and management include early self-assessment, setting healthy boundaries, providing psychological support for staff, and implementing organizational reforms to improve physician well-being.

Conclusions: Physician burnout is a real and impactful phenomenon with clinical and systemic consequences. Early recognition and a systemic approach to prevention and management can improve both physician well-being and the quality of patient care.

Keywords: burnout, physicians, chronic stress, healthcare quality, professional well-being.

Hyrje

“Burnout” është një sindromë që përkufizohet nga Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO) si *fenomen që ndodh si rezultat i stresit kronik në vendin e punës, që nuk është menaxhuar me sukses*. Tek mjekët, kjo gjendje është e lidhur ngushtë me natyrën e punës që përfshin përgjegjësi të larta, vendimmarrje të menjëhershme dhe ekspozim të vazhdueshëm ndaj ngarkesës emocionale. Burnout është bërë një nga sfidat më serioze të shëndetit publik në sistemet shëndetësore të zhvilluara dhe në zhvillim, duke ndikuar në cilësinë e kujdesit ndaj pacientëve dhe në shëndetin e vetë profesionistëve të kujdesit shëndetësor.

Studimet ndërkombëtare raportojnë një prevalencë të lartë të burnout-it tek mjekët, me variacione sipas specialitetit dhe vendit. Një meta-analizë e JAMA që përfshiu mbi 45,000 mjekë gjeti se 30–



60% e tyre përjetojnë të paktën një nga tre komponentët kryesorë të sindromës. Në disa sisteme shëndetësore me ngarkesë të lartë, nivelet arrijnë deri në 70% tek mjekët e urgjencës dhe 65% tek mjekët e kujdesit parësor, duke e pozicionuar burnout-in si një krizë globale të shëndetit publik. Në Shqipëri, ky fenomen është më pak i dokumentuar, por faktorët që e nxisin janë të pranishëm dhe të fortë: mungesa e stafit, mbingarkesa në punë, mungesa e strukturave mbështetëse dhe presioni i lartë emocional.

Shenjat dhe simptomat klinike të burnout-it tek mjekët

Burnout-i tek profesionistët e shëndetit përfaqëson një sindromë komplekse që lind si rezultat i ekspozimit të zgjatur ndaj stresit kronik në vendin e punës, veçanërisht kur kërkesat profesionale tejkalojnë burimet emocionale dhe fizike të individit. Ai manifestohet kryesisht në tre dimensione themelore, të cilat përbëjnë bazën e vlerësimit klinik të fenomenit.

Së pari, lodhja emocionale dhe fizike shfaqet përmes ndjenjës së raskapitjes së vazhdueshme, mungesës së energjisë, motivimit dhe aftësisë për rikuperim pas orëve të gjata ose situatave stresuese. Mjeku mund të ndihet i shteruar emocionalisht, i paaftë për t'u përballur me kërkesat e pacientëve apo me ngarkesën e punës.

Së dyti, depersonalizimi dhe cinizmi përfshijnë një distancim emocional nga pacientët dhe kolegët, që shpesh manifestohet me qëndrime indiferente, ftohtësi ose mungesë empatie në marrëdhënien mjek-pacient. Ky mekanizëm mbrojtës psikologjik, megjithëse i pavetëdijshëm, synon të reduktojë stresin, por në fakt dëmton cilësinë e kujdesit dhe kënaqësinë profesionale.

Së treti, ulja e ndjenjës së arritjes personale lidhet me perceptimin e paaftësisë për të bërë ndryshim pozitiv në punë. Mjeku fillon të ndjejë humbje të besimit në arritjet profesionale, ndjesi pakënaqësie dhe mungesë të krenarisë për rezultatet e arritura, çka përforcon ndjenjën e tij të dështimit dhe pakuptimësisë.

Shenjat e hershme të burnout-it janë shpesh të vështira për t'u identifikuar dhe mund të kalojnë pa u vënë re. Ato përfshijnë pagjumësi, irritueshmëri, vështirësi në përqendrim, ndjenjë ankthi, rënie të performancës dhe humbje graduale të motivimit. Këto simptoma shpesh i atribuohen lodhjes së përditshme, por nëse neglizhohen, ato mund të evoluojnë drejt një gjendje të thelluar emocionale dhe profesionale që ndikon drejtpërdrejt në cilësinë e kujdesit ndaj pacientit dhe mirëqenien e vetë mjekut.

Faktorët nxitës në sistemin shëndetësor shqiptar

Fenomeni i burnout-it tek mjekët në Shqipëri ndikohet nga një sërë faktorësh strukturorë, organizativë dhe psikologjikë, që ndërveprojnë për të krijuar një ambient pune kronikisht stresues. Këta faktorë nuk lidhen vetëm me ngarkesën individuale të punës, por pasqyrojnë edhe sfidat më të gjera të sistemit shëndetësor.

Një ndër faktorët më të rëndësishëm është ngarkesa e lartë e punës, e cila shpesh shoqërohet me numër të kufizuar të stafit mjekësor dhe infermieror. Kjo krijon presion të vazhdueshëm për të përballuar fluksin e pacientëve, shpesh përtej kapaciteteve reale të shërbimit. Orari i tejzgjatur i punës, mungesa e pushimeve të rregullta dhe mungesa e mbështetjes organizative, përbëjnë elementë shtesë që çojnë drejt lodhjes kronike dhe mungesës së rikuperimit fizik e emocional.

Një tjetër faktor thelbësor është presioni administrativ dhe burokratik, i cili i shton barrë kohës së kufizuar të mjekut, duke ulur kohën e dedikuar për kujdesin klinik dhe duke rritur ndjenjën e



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

frustrimit profesional. Kushtet e punës shpesh janë nën standardet optimale, që nga infrastruktura fizike e deri tek mungesa e mjeteve diagnostike apo terapike, duke e detyruar mjekun të punojë në kushte të vështira dhe me ndjenjë përgjegjësie të rënduar.

Së fundi, mungesa e programeve të strukturuar për mirëqenien e stafit shëndetësor, si këshillimi psikologjik, supervizimi profesional apo politikat për balancimin e jetës dhe punës, përforcon rrezikun e shfaqjes së burnout-it.

Në tërësi, kombinimi i këtyre faktorëve krijon një mjedis pune me stres të vazhdueshëm, ku mjeku ekspozohet ndaj presionit emocional, përgjegjësive të larta dhe mungesës së mbështetjes sistematike. Kjo situatë jo vetëm rrezikon mirëqenien e profesionistëve të shëndetit, por ndikon drejtpërdrejt edhe në cilësinë e kujdesit ndaj pacientit dhe qëndrueshmërinë afatgjatë të sistemit shëndetësor shqiptar.

Ndikimi i burnout-it në cilësinë e kujdesit ndaj pacientit

Burnout-i nuk është thjesht një problem personal i profesionistëve të shëndetit, por një çështje thelbësore që prek sigurinë dhe cilësinë e kujdesit shëndetësor. Studimet ndërkombëtare kanë treguar një lidhje të qartë dhe të qëndrueshme midis niveleve të larta të burnout-it tek mjekët dhe përkeqësimit të rezultateve klinike. Konkretisht, burnout-i shoqërohet me:

- rritje të gabimeve mjekësore dhe vendimarrjeve të pasakta klinike;
- ulje të empatisë dhe të aftësisë për komunikim efektiv me pacientët;
- reduktim të përqendrimit dhe cilësisë së vendimmarrjes profesionale;
- mungesa më të shpeshta në punë dhe rritje të largimeve nga profesioni.

Studimet longitudinale kanë treguar se mjekët me nivele të larta të burnout-it kanë dyfish rrezik për gabime mjekësore. Analizat e Mayo Clinic kanë raportuar se çdo rritje me 1 pikë në shkallën e lodhjes emocionale (MBI) rrit me 16% probabilitetin e raportimit të gabimeve klinike. Po ashtu, institucionet me nivele të larta të burnout-it tek personeli, përjetojnë 20–35% rritje të largimeve nga puna brenda vitit, duke kompromentuar qëndrueshmërinë e stafit dhe cilësinë e kujdesit. Këto pasoja nuk ndikojnë vetëm në mirëqenien e pacientëve, por edhe në stabilitetin dhe qëndrueshmërinë afatgjatë të sistemit shëndetësor. Prandaj, trajtimi i burnout-it duhet të konsiderohet një prioritet strategjik për institucionet shëndetësore, si pjesë e politikave të cilësisë dhe sigurisë në kujdesin mjekësor.

Strategji për menaxhimin dhe parandalimin e burnout-it

Përballja me fenomenin e burnout-it kërkon një qasje të shumëanshme, që kombinon përgjegjësinë individuale të profesionistit me mbështetjen institucionale dhe sistematike. Vetëm përmes ndërhyrjeve të koordinuara në të dyja nivelet mund të arrihet parandalimi dhe ulja e ndikimit të tij në cilësinë e kujdesit shëndetësor.

Strategji individuale

Në nivel individual, thelbësore është vetëdija dhe vetëvlerësimi periodik i shenjave të hershme të lodhjes emocionale, depersonalizimit apo ndjenjës së mungesës së arritjeve. Profesionistët e shëndetit duhet të praktikojnë vendosjen e kufijve të shëndetshëm ndërmjet punës dhe jetës personale, duke siguruar kohë për pushim dhe rikuperim psiko-fizik. Gjithashtu, ndërtimi i rrjeteve mbështetëse, si në rrethin profesional ashtu edhe në atë personal, ndihmon në përballimin



më të mirë të stresit dhe izolimit emocional. Aktiviteti fizik i rregullt, praktikat e relaksimit (si meditimi apo yoga) dhe kujdesi ndaj shëndetit mendor, janë elementë kyç për ruajtjen e ekuilibrit personal dhe parandalimin e burnout-it.

Strategji institucionale dhe sistemike

Në nivel organizativ, institucionet shëndetësore duhet të adoptojnë politika që mbrojnë mirëqenien e stafit. Riorganizimi i orareve të punës, sigurimi i pushimeve adekuate dhe shmangia e mbingarkesës kronike, janë hapa thelbësorë për reduktimin e lodhjes profesionale.

Krahas kësaj, krijimi i programeve të mbështetjes psikologjike për personelin mjekësor, si këshillimi individual apo në grup, ofron një mjet efektiv për menaxhimin e stresit. Trajnimet periodike për menaxhimin e stresit, komunikimin dhe zhvillimin e aftësive emocionale ndihmojnë në forcimin e aftësisë për t'u përballur, përshtatur dhe rikuperuar pas situatave stresuese pa humbur motivimin dhe cilësinë e punës.

Së fundi, institucionet duhet të nxisin një kulturë të hapur dhe jo stigmatizuese, ku burnout-i të njihet si një fenomen real dhe i adresueshëm, jo si shenjë dobësie personale. Kjo qasje e re është themelore për ndërtimin e një sistemi shëndetësor më të qëndrueshëm, empatik dhe të sigurt për pacientin dhe profesionistin njëkohësisht.

Përfundime:

Burnout-i tek mjekët përfaqëson një problem serioz dhe gjithnjë në rritje, që prek jo vetëm mirëqenien profesionale dhe shëndetin mendor të personelit mjekësor, por edhe cilësinë e kujdesit ndaj pacientëve dhe stabilitetin e sistemit shëndetësor në tërësi. Ai është rezultat i një kombinimi kompleks faktorësh personalë, organizativë dhe sistemikë, që ndërveprojnë për të krijuar një gjendje të vazhdueshme stresi dhe rraskapitjeje profesionale. Ndërhyrjet individuale, si vetëvlerësimi, ekuilibri punë-jetë dhe kujdesi për shëndetin mendor, janë të domosdoshme, por jo të mjaftueshme në mungesë të një qasjeje të integruar. Vetëm përmes strategjive institucionale dhe reformave organizative, që përfshijnë mbështetje psikologjike, kushte pune të përshtatshme dhe promovim të kulturës së mirëqenies profesionale, mund të parandalohet dhe të menaxhohet në mënyrë efektive ky fenomen. Njohja e hershme e shenjave të burnout-it, krijimi i një kulture mbështetëse dhe ndërtimi i mekanizmave institucionale të parandalimit janë elementë kyç për ruajtjen e shëndetit të mjekëve dhe garantimin e një kujdesi cilësor, të sigurt dhe njerëzor për pacientët.

Referenca:

1. Burnout an "occupational phenomenon": *International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization; 2019. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
2. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018 Sep 18;320(11):1131-1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777. PMID: 30326495; PMCID: PMC6233645.
3. Bianchi R, Schonfeld IS. Examining the evidence base for burnout. *Bull World Health Organ*. 2023;101(11):743-745. doi:10.2471/BLT.23.289996
4. Khammissa RAG, Nemutandani S, Feller G, Lemmer J, Feller L. Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management. *J Int Med Res*. 2022;50(9):3000605221106428. doi:10.1177/03000605221106428
5. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, Peters D, Hodgkinson A, Riley R, Esmail A. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and

- Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018 Oct 1;178(10):1317-1331. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.3713. Retraction in: JAMA Intern Med. 2020 Jul 1;180(7):931. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.1755. Erratum in: JAMA Intern Med. 2019 Apr 1;179(4):596. doi: 10.1001/jamainternmed.2019.0155. PMID: 30193239; PMCID: PMC6233757.*
6. Bianchi R, Verkuilen J, Schonfeld IS, Hakanen JJ, Jansson-Fröjmark M, Manzano-García G, et al. Is burnout a depressive condition? A 14-sample meta-analytic and bifactor analytic study. *Clin Psychol Sci.* 2021. Jul;9(4):579–97. 10.1177/2167702620979597
 7. Guthrie C, Dormann C, Voelkle MC. Reciprocal effects between job stressors and burnout: a continuous time meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2020. Dec;146(12):1146–73. 10.1037/bul0000304
 8. Bianchi R, Verkuilen J, Sowden JF, Schonfeld IS. Towards a new approach to job-related distress: a three-sample study of the Occupational Depression Inventory. *Stress Health.* 2023. Feb;39(1):137–53. 10.1002/smi.3177
 9. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016;15(2):103–111.
 10. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine.* 2018;283(6):516–529.
 11. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being. *Mayo Clinic Proceedings.* 2017;92(1):129–146.
 12. Dyrbye LN, et al. Physician burnout and the health care workforce. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(11):2615–2648.
 13. Patel RS et al. Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral Sciences.* 2018;8(11):98.
 14. Tawfik DS et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades. *Pediatrics.* 2017;139(6).
 15. Sinsky C, Shanafelt T. Reducing burnout and improving patient care: the role of workflows. *JAMA.* 2016;316(16):1649–1650.
 16. West CP et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016;388(10057):2272–2281.
 17. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine.* 2014;12(6):573–576.
 18. Shanafelt TD, Schein E. Healing the professional culture of medicine. *Mayo Clinic Proceedings.* 2022;97(7):1161–1172.
 19. Panagioti M et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine.* 2017;177(2):195–205.

ANAFILAKSIA: NJË RISHIKIM I LITERATURËS MBI EPIDEMIOLOGJINË, SHKAKTARËT, KRITERET DIAGNOSTIKE DHE MENAXHIMI NË KUADËR TË DITËS BOTËRORE TË ANAFILAKSISË

Dr. Albana GJELI1, Dr. Julijana ASLLANI2, Prof.dr. Etleva QIRKO2, Prof.dr. Alfred PRIFTANJII2

¹ QSh nr. 1 Elbasan

² Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Mjekësisë

“Në 21 Nëntor të vitit 2024 Akademia Evropiane e Alergjisë, Astmës dhe Imunologjisë Klinike ka nisur fushatën e ndërgjegjësimit mbi anafilaksinë duke lancuar për herë të parë në datën 21 Nëntor si Ditën Botërore të Anafilaksisë.”

Abstract

Background: Anaphylaxis is a severe, systemic, and potentially life-threatening hypersensitivity reaction with rapid onset and multiorgan involvement. In November 2024, the European Academy



of Allergy, Asthma and Clinical Immunology (EAACI) launched the first World Anaphylaxis Day to raise global awareness of this condition.

Objective: This narrative review summarizes current evidence on the definition, epidemiology, etiological triggers, diagnostic criteria, pathophysiology, and management of anaphylaxis.

Methods: A comprehensive review of international guidelines and contemporary literature from WAO, EAACI, AAAAI, ASCIA, NIAID/FAAN and WHO was conducted, focusing on diagnostic standards, risk factors, and acute and long-term management strategies.

Results: Anaphylaxis affects an estimated 1.5–7.9 per 100 000 individuals annually, with foods being the predominant triggers in children and medications in adults. Additional phenotypes include exercise-induced anaphylaxis, wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis (WDEIA), α -gal syndrome, pork–cat syndrome, insect venom allergy, and idiopathic anaphylaxis. Mechanisms involve IgE-mediated, complement-mediated, and non-immunologic mast-cell activation. Clinical features typically involve cutaneous, respiratory, cardiovascular, and gastrointestinal systems. Diagnosis is based on NIAID/FAAN criteria, supported by skin tests, specific IgE, component-resolved diagnostics, and serum tryptase. Major risk modifiers include mastocytosis, atopy, elevated baseline tryptase, exercise, infections, medications, and alcohol.

Conclusion: Intramuscular epinephrine remains the first-line, life-saving treatment, and delays in its administration increase morbidity and mortality. Long-term management requires precise identification of triggers, individualized risk assessment, provision of epinephrine auto-injectors, and personalized emergency action plans. Global awareness initiatives such as World Anaphylaxis Day are essential to improve recognition, timely treatment, and prevention.

Keywords

Anaphylaxis; Food allergy; Drug-induced anaphylaxis; Insect venom allergy; Exercise-induced anaphylaxis; Epinephrine;

1. PËRKUFIZIMI DHE KRITERET DIAGNOSTIKE

Anafilaksia përkufizohet si një reaksion i rëndë, sistemik dhe jetëkërcënues i hipersensibilitetit, i karakterizuar nga fillimi i shpejtë dhe përfshirje multiorganore. Organizatat ndërkombëtare WAO, EAACI, AAAAI, ASCIA, NIAID dhe OBSH theksojnë natyrën akute, potencialisht fatale, dhe domosdoshmërinë e trajtimit të menjëhershëm me adrenalinë. Kriteret NIAID/FAAN të vitit 2006 mbeten standard global për diagnostikimin klinik të anafilaksisë dhe bazohen në kombinimin e manifestimeve kutane, respiratore, kardiovaskulare dhe gastrointestinale.

2. EPIDEMIOLOGJIA

Incidenca reale e anafilaksisë është e vështirë të llogaritet, por studimet evropiane raportojnë një shtrirje prej 1.5–7.9 raste për 100,000 persona dhe prevalencë rreth 0.3%. Rreth 1 në 300 persona përjetojnë një episod anafilaktik gjatë jetës. Grupmosha 0–4 vjeç është më e prekur dhe ushqimet kryesojnë si shkaktarë.

Në moshat e rritura, barnat bëhen triggerët kryesorë. Mortaliteti mbetet shumë i ulët (0.0001%), megjithatë menaxhimi i gabuar ose vonesat në trajtim rrisin ndjeshëm rrezikun.

3. ETIOLOGJIA DHE TRIGERAT

3.1 Anafilaksia ushqimore

Ushqimet janë triggerët më të shpeshtë në fëmijë dhe adoleshentë. Incidenca varion 0.14–7/100 persona. Ushqimet përgjegjëse ndryshojnë gjeografikisht:

SHBA/Evropë: qumështi, veza, kikiriku, frutat e thata, peshku.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Azi: peshku, butakët.

Evropa Jugore: alergjenët e LTP.

Lindja e Mesme: farat e susamit.

Tek fëmijët prevalojnë veza, qumështi, kikiriku, gruri, ndërsa tek adultët prevalojnë frutat e thata, farat, frutat e freskëta, ushqimet e detit.

3.2 Anafilaksia e induktuar nga barnat

Barnat janë shkaktarët kryesorë tek adultët dhe të dytët tek fëmijët. Incidenca: 0.04–3.1%, fataliteti deri 0.65%.

Klasat kryesore të barnave përfshijnë:

AIJS	aktualisht shkaktari më i shpeshtë në shumë qendra alergologjike
Beta-laktamikët	përgjegjës për ~14% AIM; amoksicilina më e shpeshta
Beta-laktamikët	moxifloxacina dhe ciprofloxacina
Lëndët e kontrastit	incidenca e ulur, por mbeten shkaktarë të rëndësishëm të rasteve fatale
Anafilaksia peri-operative	NMBAs, antibiotikët, lateksi
PPI-të	rritje e dukshme e rasteve vitet e fundit

3.3 Helmi i insekteve (Hymenopterët)

Rreth 2–3% e adultëve dhe 1% e fëmijëve kanë reaksione sistemike. Rreziku rritet në rastet me mastocitozë, triptazë të lartë, sëmundje kardiake dhe barnat, si: beta-blokues/ACEI.

Përveç formave të zakonshme të anafilaksisë ushqimore, nga barnat dhe nga helmi i insekteve, ekzistojnë edhe fenotipe më të rralla, shpesh të nënvlerësuara klinikisht. Këto forma karakterizohen nga mekanizma të veçantë imunologjikë, prezantim atipik dhe shpesh kërkojnë teste të specializuara për diagnozë.

3.4 Anafilaksia e induktuar nga eforti (AIE)

Anafilaksia e induktuar nga eforti është një formë në të cilën aktiviteti fizik vepron si nxitës i degranulimit të mastociteve. Shpesh është “multifaktoriale”, pra kërkon më shumë se një shkaktar (p.sh.: ushqim + efort). Ndalimi i aktivitetit sjell përmirësim të simptomave. Individët atopikë janë më të predispozuar.

Një variant i veçantë është anafilaksia e induktuar nga gluteni e varur nga eforti.

3.5 Anafilaksia nga gluteni e varur nga eforti (WDEIA – Wheat-Dependent Exercise-Induced Anaphylaxis)

Kjo formë lidhet me sensibilizimin ndaj komponentit ω -5 gliadinë, por simptomat shfaqen vetëm kur ekspozimi ndaj ushqimit kombinohet me:

- aktivitet fizik,
- alkool,
- NSAID,
- menstruacionet,
- ose infeksionet.

Është një ndër format më të studiuara të AIE dhe shpesh prezantohet me reaksione të rënda kardiovaskulare.

3.6 Sindroma α -gal (α -gal syndrome)

Një formë unike e anafilaksisë, e shkaktuar nga IgE kundrejt galaktozë- α -1,3-galaktozës, zakonisht pas pickimit të rriqrave. Ka tre karakteristika kryesore:



shfaqje të vonuar (3–6 orë pas konsumit të mishit të kuq ose produkteve me gelatinë), shpesh episodike dhe e paparashikueshme, e ndikuar nga faktorë si alkooli dhe eforti.

Mishrat e kuq (viçi, qengji, derri) dhe derivatet mund të shkaktojnë reaksione të rënda.

3.7 Pork–Cat Syndrome

Një sindromë e rrallë e ndërmjetësuar nga IgE, ku pacientët e sensibilizuar ndaj epitelit të macës bëjnë reaksione të kryqëzuara me albuminën e derrit. Manifestimet zakonisht shfaqen brenda minutave pas konsumit të mishit të derrit. Ndryshe nga sindroma α -gal, ky fenotip:

ka shfaqje të menjëhershme, jo të vonuar,

lidhet me albuminën serike të derrit, jo me karbohidratit α -gal.

3.8 Anafilaksia idiopatike

Kur, pas vlerësimit të plotë, nuk identifikohet dot shkaktari kemi të bëjmë me Anafilaksi idiopatike. Prezantimi klinik është i gjatshëm me çdo formë tjetër anafilaksie.

4. MEKANIZMAT FIZIOPATOLOGJIKË

Anafilaksia mund të zhvillohet përmes:– Rrugës Ig E- vartëse: – mekanizmi klasik: aktivizim i Fc ϵ RI → çlirim mediatorësh (histaminë, leukotriene, PGD₂).

Ig G- vartëse: e dokumentuar kryesisht në modele eksperimentale; përfshin aktivizimin e makrofagëve dhe FAT.

Aktivizimit të komplementit: çlirim të C3a dhe C5a që shkaktojnë degranulim të mastociteve.

Mekanizmave jo-imunologjikë (pseudoanafilaksi): aktivizim direkt i receptorit MRGPRX2 nga opioidet, vancomicina, etanoli dhe agjentë të tjerë.

5. MANIFESTIMET KLINIKE

Manifestimet shfaqen zakonisht brenda minutash dhe mund të përfshijnë simptoma:

Kutane: urtikarie, angioedemë, eritemë. (80–90% e rasteve)

Respiratore: dispne, wheezing, stridor, edemë laringu. (70%)

Kardiovaskulare: hipotension, takikardi, kolaps. (40–50%)

Gastrointestinale: krampe, të vjella, diarre. (45%)

Tek një pjesë e pacientëve (10–20%) mungojnë shenjat kutane, por këto raste nuk duhet të nënvlerësohen pasi mund të jenë edhe forma fatale.

6. FAKTORËT E RREZIKUT DHE KOFATORËT

Endogjenë

- Mosha (adultët shfaqin raste më të rënda).
- Gjinitë (meshkujt më të rrezikuar në moshat e vogla; femrat në mosha adulte).
- Mastocitoza.
- Atopia.
- Nivelet e larta të triptazës.

Ekzogjenë

- Aktiviteti fizik.
- Barnat (beta-blokues, ACEI).
- Alkooli, stresi, infeksionet.
- Cikli menstrual.
- Pagjumësia.



I PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

Anafilaksia mund të jetë:

Unifazike– më e zakonshmeja.

Bifazike– 0.4–14.7%, rikthim i simptomave brenda 1–72 orëve.

E zgjatur– shumë e rrallë, simptomat zgjasin orë–ditë.

7. DIAGNOZA

Diagnoza vendoset kur plotësohet një nga tre skenarët klasikë:

- Fillim akut me prekje kutane/mukozale;
- Prekje respiratore dhe/ose;
- Hipotension/kolaps.
- Shfaqje e shpejtë dhe prekje e dy ose më shumë sistemeve pas ekspozimit ndaj alergjenit të njohur.
- Hipotension i menjëhershëm pas ekspozimit ndaj një alergjeni të njohur.

Duhet theksuar se mungesa e urtikaries apo e hipotensionit nuk përjashton anafilaksinë, dhe gjykimi klinik mbetet thelbësor. Klinikisht, duhet dokumentuar:

- Historia e ekspozimit
- Manifestimet sistemike
- Prania e kofaktorëve
- Testet ndihmëse në përcaktimin e diagnozës përfshijnë:
 - Testet kutane (2–4 javë pas episodit) – të vlefshme për ushqimet, hymenopterët, disa barna.
 - IgE specifike – për alergji ushqimore dhe helmin e insekteve.

Diagnoza e bazuar në komponentë – rrit specifitetin, sidomos për ushqimet dhe hymenopterët.

Triptaza serike – rritet brenda 30 min, piku në 1–2 orë, normalizohet brenda 24–48 orësh.

BAT dhe testet e provokimit – vetëm në kushte të kontrolluara.

Diagnoza diferenciale përfshin: krizë astmatike, emboli pulmonare, reaksion vazovagal, hipoglicemi, aspirim trupi të huaj, disfunkcion të kordave vokale, çrregullime të ritmit, etj...

8. MENAXHIMI AKUT

Epinefrina IM është mjekimi i linjës së parë.

Doza: 0.01 mg/kg (maks 0.5 mg adultë, 0.3 mg fëmijë)

Administrimi bëhet në pjesën laterale të kofshës

Mund të përsëritet çdo 5 minuta në mungesë të përgjigjes

Adrenalina nuk ka kundërrindikacione absolute në anafilaksi. Kortikosteroidet dhe antihistaminikët janë terapi shtesë dhe nuk zëvendësojnë epinefrinën. Lëngjet IV, oksigjeni dhe bronkodilatatorët përdoren sipas nevojës klinike.

9. MENAXHIMI AFATGJATË

- Menaxhimi afatgjatë përfshin tre elementë kryesorë:
- Identifikimi i shkaktarit – thelbësor për parandalim.
- Vlerësimi i rrezikut individual – sëmundjet shoqëruese, kofaktorët, atopia, mastocitoza.
- Përshkrimi i autoinjektorëve të adrenalines kur është e nevojshme.

Autoinjektorët e adrenalines (AIE) rekomandohen në:

- Anafilaksi të mëparshme nga ushqimet, lateksi, hymenopterët, aeroalergenët
- Anafilaksi idiopatike
- Anafilaksi e induktuar nga eforti
- Astmë persistente + alergji ushqimore



- Reaksione sistemike nga pickimet tek adultët dhe >1 episod tek fëmijët
- Çrregullime të mastociteve

Plani personal i emergjencës është i domosdoshëm për çdo pacient me rrezik.

Referenca:

1. Abrams, E. M., Alqurashi, W., Fischer, D. A. et al. (2024). Anaphylaxis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 20 (Suppl 3), 62.
2. Antolín-Amérigo, D., Vidal-Albareda, C., González de Olano, D., & de la Hoz-Caballer, B. (2024). Current update on anaphylaxis: anaphylaxis management in recent guidelines. *European Annals of Allergy and Clinical Immunology*, 56(2), 51–64.
3. Wang, J., Lieberman, J. A., Wallace, D. V., Wasserman, S., & Golden, D. B. K. (2024). Anaphylaxis in Practice: A Guide to the 2023 Practice Parameter Update. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 12, 2325–2336.
4. Sipahi Cimen, S., Suleyman, A., Yucel, E., Guler, N., & Tamay, Z. (2023). Evaluation of the triggers and the treatment models of anaphylaxis in pediatric patients. *North Clinical Istanbul*, 10(5), 609–617.
5. Khalaf, R., Abrams, E., Simons, E., Ruiz, J., & Ben-Shoshan, M. (2025). Symptomatology and Management of Adult Anaphylaxis according to Trigger: A Cross-Sectional Study. *International Archives of Allergy and Immunology*, 186(5), 454–464.
6. Mirijello, A., De Cosmo, S., & ... (2022). Adult anaphylaxis: A state-of-the-art review. *European Journal of Internal Medicine*, 101, 114–122.
7. Ellis, A. K., Hossenbaccus, L., Linton, S. et al. (2025). Biphasic anaphylaxis in a Canadian tertiary care centre: an evaluation of incidence and risk factors. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 21, 7.
8. Jares, E. J., Cardona, V., Gómez, R. M., Bernstein, J. A., Rosario Filho, N. A., Cherrez-Ojeda, I. et al. (2023). Latin American anaphylaxis registry. *World Allergy Organization Journal*, 16(2), 100748.
9. Sato, S., Kodachi, T., Yanagida, N., & Ebisawa, M. (2025).
10. Recent Insights into the Epidemiology and Management of Anaphylaxis. *Balkan Medical Journal*, 42(5), 393–404.

ARTRITI REUMATOID I NDËRLIKUAR ME INTERSTICIOPATI PULMONARE: NJË SFIDË AKTUALE NË MJEKËSINË MODERNE

Dr. Arbi PECANII, Dr. Loreta AGOLLI², Dr. Arian MEZINI², Dr. Dhimitraq ARGJIRI², Dr. Emira HYSA³, Dr. Silvana BALAJ

¹*Reumatologji, Shërbimi Mjekësi Interne, Fakulteti i Mjekësisë, Qendra Spitalore “Shefqet Ndroqi”, Tiranë*

²*Klinika e Pneumologjisë, Fakulteti i Mjekësisë, Qendra Spitalore “Shefqet Ndroqi”, Tiranë*

³*Shërbimi Imazherisë, Qendra Spitalore “Shefqet Ndroqi”, Tiranë*

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is a systemic autoimmune disease in which extra-articular manifestations significantly influence morbidity and mortality. Interstitial lung disease (ILD) is the most frequent and clinically relevant pulmonary complication of RA, often developing insidiously and remaining underdiagnosed due to mild or nonspecific respiratory symptoms. In some patients, ILD may precede articular involvement, emphasizing the need for high clinical awareness.

This review summarizes current evidence on the relationship between RA and ILD, with a focus on early identification, diagnostic strategies, and modern therapeutic approaches. Male sex, advanced age, smoking history, high titers of rheumatoid factor and anti-citrullinated protein antibodies, and high RA disease activity are associated with increased risk of ILD. High-resolution computed tomography (HRCT) is the diagnostic gold standard that allows identification of key radiological patterns, particularly usual interstitial pneumonia (UIP) and nonspecific interstitial pneumonia (NSIP), which have important prognostic and therapeutic implications.

Regular monitoring with pulmonary function tests and imaging is essential to assess disease progression. Advances in treatment, including biologic agents such as rituximab and abatacept, immunosuppressive therapies like mycophenolate mofetil, and JAK inhibitors, have improved disease control. In patients with progressive fibrotic disease, antifibrotic agents such as nintedanib and pirfenidone may slow functional decline.

In conclusion, early diagnosis and a personalized, multidisciplinary approach are crucial to improving outcomes and quality of life in patients with RA-ILD.

Hyrje

Artriti Reumatoid (AR) është një sëmundje autoimmune sistemike me etiologji ende të panjohur, ku faktorë të shumtë gjenetikë dhe mjedisorë mendohet se luajnë një rol të rëndësishëm në patogjenezën



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

e sëmundjes⁽¹⁾. AR karakterizohet kryesisht nga poliartrit simetrik eroziv (si në Fig.1) dhe përbën një barrë të rëndësishme shëndetësore globale, me predominim tek femrat. Gjatë shekullit të fundit është vërejtur rritje e incidences të AR, duke prekur aktualisht mbi 17.6 milionë individë në mbarë botën⁽²⁾. AR shfaqet zakonisht me fillim të ngadaltë, shpesh me simptoma jo specifike, si: lodhje, dobësi trupore, e më tej ngurtësim mëngjezor mbi 30 minuta, enjtje të artikulacioneve, e shpesh ka ecuri progresive që karakterizohet nga dëmtime të kërcit dhe kockës⁽³⁾.



Figura 1. Deformime të duarve në Artrit Reumatoid

pasojë e inflamacionit kronik articular, që dëmton ligamentet dhe tendinat, duke shkaktuar devijim dhe humbje të funksionit të artikulacionit.

- a) devijimi ulnar (zhvendosje e dorës drejt ulnës),
- b) deformimi "qafa e mjellmës" (hiperekstension i artikulacionit interfalangeal proksimal dhe fleksion i atij distal)
- c) deformimi boutonnière (fleksion i artikulacionit interfalangeal proksimal dhe hiperekstension i atij distal)
- d) "gishti i autostopit" (deformim në formë Z i gishtit të madh).

Diagnoza e AR mbështetet kryesisht në shenjat klinike dhe praninë e shënjesve serologjikë, si faktori reumatoid (FR) dhe antitrupat drejtuar proteinave të citrulinuara (anti-CCP)⁽⁴⁾. Përveç formës klasike të AR me prekje artikulare, evidentohen edhe manifestimet ekstra-artikulare që ndodhin në rreth 50% të pacientëve, ku prekja pulmonare është ndër më të shpeshtat (60% - 70% e pacientëve) (Fig.2)⁽⁵⁾.

Sëmundja intersticiale pulmonare (SIP) përfaqëson ndërlikimin më të zakonshëm pulmonar të AR, me ndikim të madh në morbiditetin dhe mortalitetin e këtyre pacientëve⁽⁶⁾. Vetëm 10% e pacientëve me AR paraqesin simptomatologji respiratore të lidhura me SIP, ndërkohë që ndryshime intersticiale evidentohen me anë të imazherisë në 67% të këtyre pacientëve. Kjo tregon se dëmtimet pulmonare mund të jenë të pranishme shumë më herët se sa të shfaqen simptomat klinike dhe, në disa raste, edhe përpara manifestimeve artikulare⁽⁷⁾.

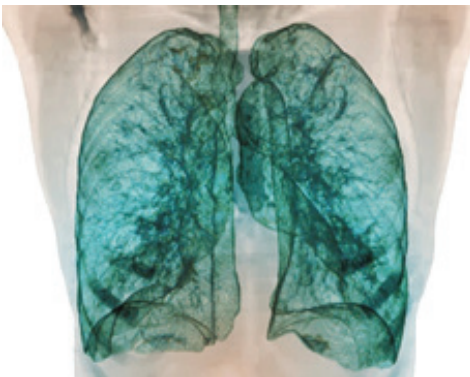


Figura 2.1. Ndërlikimet Pulmonare të Artritit Reumatoid.

- a) Noduj Reumatizmal
- b) Sëmundje Intersticiale
- c) Artrit të art. Cryoaritenoid
- d) Obstruksion, Bronchiectasis
- e) Versament Pleural
- f) Vaskulit
- g) Dobësim të muskulaturës respiratore
- h) Infeksione

Për të përditësuar njohuritë mbi diagnozën, monitorimin dhe menaxhimin e pacientëve me artrit reumatoid të ndërlikuar me sëmundje intersticiale pulmonare (AR-SIP) analizuam artikuj të publikuar në databaza të njohura si PubMed, Web of Science, etj., përfshirë triale klinike të randomizuara, studime observacionale dhe meta-analiza. Parametrat e vlerësuar përfshinin funksionin respirator, progresionin radiologjik, sigurinë e trajtimeve dhe mortalitetin.

2. Diagnoza e AR – SIP

2.1. Kur duhet dyshuar sëmundja intersticiale pulmonare tek pacientët me AR

Pacientët me AR zakonisht paraqesin simptoma respiratore të lehta dhe shpesh jo specifike, çka

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

ndikon drejtpërdrejt në diagnostikim duke e vonuar atë⁽⁸⁾. Shenjat paralajmëruese që duhet të nxisin dyshimin për SIP përfshijnë:

- dispne progresive gjatë sforcimit;
- kollë të thatë persistente;
- krepitacione bazale të tipit “velcro” kryesisht gjatë inspirimit;
- shfaqja e thonjve në formë “xham sahati”;
- lodhje të menjëhershme, të pashpjeguar ndaj aktivitetit fizik të zakonshëm⁽⁹⁾.

Ndonëse nuk ka një kombinim faktorësh që ndikojnë në zhvillimin e intersticiopatisë, pacientët me AR që paraqesin këta faktorë rreziku duhet të vlerësohen me kujdes të veçantë:

- gjinia mashkullore;
- mosha e avancuar në momentin e fillimit ose të diagnozës së AR;
- histori e pirjes së duhanit (faktori i vetëm i parandalueshëm);
- titra të lartë të RF dhe/ose anti-CCP;
- aktivitet i lartë i sëmundjes reumatologjike;
- histori familjare për AR-SIP ose fibrozë pulmonare idiopatike;
- predispozita gjenetike specifike (p.sh.: varianti genik MUC5B)^(8,9).

Prania e shenjave klinike, veçanërisht në pacientët me faktorë rreziku të njohur, duhet të nxisë një vlerësim të strukturuar dhe të hershëm për përfshirje pulmonare. Identifikimi në faza të hershme i SIP tek pacientët me AR është thelbësor për përmirësimin e prognozës dhe për orientimin e duhur të strategjive terapeutike dhe të monitorimit afatgjatë.

2.2 Cilat janë ekzaminimet diagnostike në AR-SIP

Në rast se dyshojmë për SIP në një pacient me AR, procesi diagnostik zakonisht përfshin:

- » një anamnezë të detajuar dhe ekzaminim fizik të plotë;
- » provat funksionale respiratore, të cilat vlerësojnë kapacitetin pulmonar (FVC), ku ulja e kapacitetit difuziv për monoksidin e karbonit (DLCO) përfaqëson shpesh një tregues të hershëm dhe sensitiv;
- » tomografinë kompjuterike me rezolucion të lartë (HRCT) të toraksit, e cila konsiderohet standardi i artë për diagnozën dhe për përcaktimin e modelit të përfshirjes pulmonare;
- » vlerësim kardiologjik në rastet kur dyshohet hipertensioni pulmonar⁽¹⁰⁾.

Diskutimi multidisiplinar ndërmjet reumatologëve, pneumologëve dhe radiologëve përbën standardin optimal për vendosjen e diagnozës përfundimtare dhe planifikimin e menaxhimit terapeutik^(9,10).



Figura 2.2. Kabinetet Diagnostike në Qendrën Spitalore “Shefqet Ndroqi”, Tiranë

2.3 Cilat janë imazhet radiologjike në AR – SIP

Imazhet kryesore radiologjike të SIP në AR përfshijnë:

Pneumoninë Interstiale të Zakonshme (njohur si UIP) që karakterizohet nga retikulacione fibrotike bazale dhe subpleurale, imazhe si “hojet e bletëve”, bronkiektazi traksioni. UIP lidhet me ecuri jo të favorshme të sëmundjes⁽¹¹⁾.

Pneumoninë Interstiale jo Specifike (njohur si NSIP) në të cilën mbizotërojnë opacitetet “ground-glass”, shpesh bilaterale, shoqëruar edhe me opacitete retikulare. NSIP ka ecuri më të favorshme dhe përgjigjet mjaft mirë ndaj trajtimit me immunosupresorë⁽¹²⁾.

Pneumoninë e Organizuar (njohur si OP) me konsolidime shpesh periferike ose peribronkiale, opacitete “ground glass”, noduj dhe dilatim bronkial. OP përgjigjet mirë ndaj trajtimit me barna. Sëmundja Inflamatorë e Rrugëve Ajrore paraqitet me imazhe të trashjes të murit bronkial, bronkiektazi; paraqet ecuri pozitive^(11,12).

Identifikimi i UIP, NSIP dhe OP ndihmon në dallimin e AR – SIP nga sëmundje të tjera pulmonare dhe lejojnë parashikimin e prognozës. Në Fig.3 paraqiten imazhet radiologjike më të zakonshme të hasura në pacientë me AR- SIP.

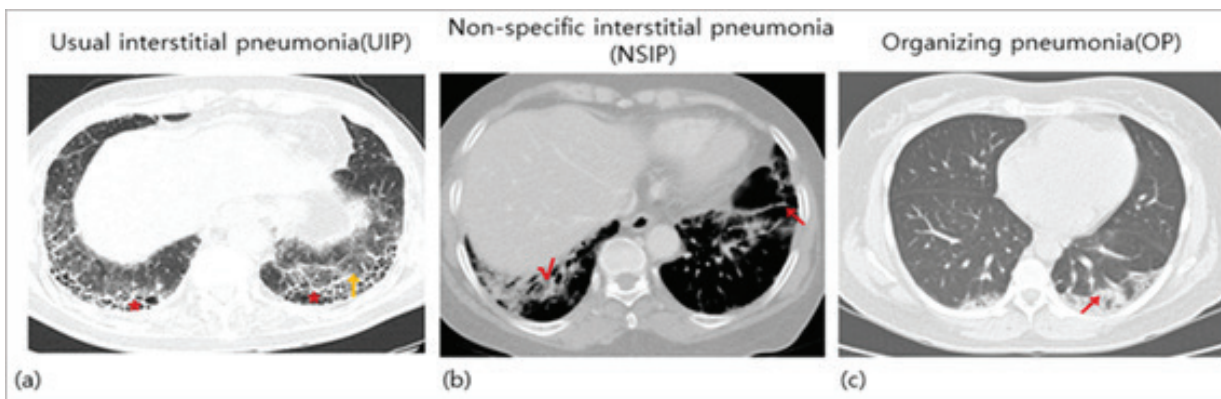


Figura 3. Paraqitje imazherike UIP, NSIP dhe OP në pacientë me AR - SIP

3. Monitorimi i pacientëve me AR – SIP

Monitorimi i pacientëve me AR – SIP duhet të jetë gjithmonë i personalizuar, duke marrë parasysh rrezikun individual dhe ecurinë e sëmundjes⁽¹³⁾. Vlerësimi i funksionit respirator rekomandohet të kryhet çdo 3-6 muaj për të zbuluar herët ndryshimet në kapacitetin pulmonar. Kontrolli imazherik me CT zakonisht kryhet çdo 12 – 24 muaj por mund të përshejtohet në rast përkeqësimi klinik. Në këtë mënyrë vlerësojmë në kohë ecurinë e sëmundjes, përshtasim trajtimin, duke optimizuar rezultate afatgjata për pacientin⁽¹³⁾.

4. Trajtimi

Në trajtimin e SIP shkaktuar nga AR, është mjaft e rëndësishme ndërhyrja e hershme, veçanërisht në format progresive ose simptomatike me qëllim kontrollin e njëkohshëm të aktivitetit të sëmundjes artikulare dhe pulmonare, si dhe përdorimin e masave mbështetëse dhe terapive specifike⁽⁵⁾. Menaxhimi i këtyre pacientëve kërkon bashkëpunim të ngushtë mes reumatologëve dhe pneumologëve për një vlerësim të plotë dhe vendimmarrje të saktë terapeutike. Trajtimi duhet të jetë i personalizuar, duke marrë parasysh gravitetin e sëmundjes, komorbiditetet, rrezikun e infeksioneve dhe imazhin specifik radiologjik të SIP^(5,14). Vendimmarrja e përbashkët mjek-patient ndihmon në balancimin e përfitimeve dhe rreziqeve të trajtimit, dhe përfshin trajtimin farmakologjik dhe jo-farmakologjik.

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

4.1. Trajtimi farmakologjik

Trajtimi farmakologjik synon të frenojë inflamacionin dhe të ngadalësojë procesin e fibrozës.

4.1.1. Barnat imunosupresor konvencionale

Metotreksati (MTX) dhe Leflunomidi (LEF), janë barnat imunosupresor më të hershëm të përdorur në trajtimin e AR⁽⁵⁾. Ndonëse janë mjaft efektive në kontrollin e simptomatologjisë artikulare, përdorimi i këtyre barnave shoqërohet me rrezik për të zhvilluar pneumoni të induktuar prej tyre⁽¹⁴⁾, ndaj dhe kërkohet kujdes i veçantë, sidomos tek pacientët me SIP ekzistues. Megjithatë, studimet më të fundit tregojnë se MTX nuk rrit rrezikun e zhvillimit të SIP në AR, siç mendohej më parë, dhe mund të vazhdohet tek shumica e pacientëve; madje, në disa studime vëzhguese është lidhur me ulje të avancimit të sëmundjes dhe mortalitetit. Leflunomidi mund të përdoret me kujdes tek pacientët pa shenja të pneumonisë të induktuar, por tek pacientët me SIP progressive zakonisht nuk preferohet⁽¹⁵⁾.

Azathioprina (AZA) zakonisht rekomandohet si linjë e parë trajtimi në pacientët me SIP në terren të AR. Studimet vëzhguese tregojnë se AZA përmirëson ndjeshëm funksionin pulmonar në këta pacientë. Megjithatë, AZA mbart rrezik të shtuar infeksionesh, veçanërisht kur përdoret në kombinim me kortikosteroide e imunosupresor të tjerë⁽¹⁶⁾.

Mikofenolat mofetili (MMF) ka një rol të rëndësishëm në kontrollin e inflamacionit dhe përmirësimin e funksionit pulmonar në pacientët me AR-SIP, veçanërisht në ata pacientë me pneumoni interstiale jospesifike (NSIP) ku frenon edhe aktivitetin e fibroblasteve. MMF ka ndikim minimal mbi simptomat artikulare, ndaj shpesh kërkohet kombinimi me imunosupresor të tjerë⁽¹⁷⁾.

Ciklofosfamidi (CYC) përdoret vetëm në rastet e rënda dhe me ecuri progresive; është efektiv, por shoqërohet me toksicitet të lartë të palcës kockore, veshkave si dhe infeksione. Përdorimi i tij kërkon kujdes të veçantë dhe monitorim të vazhdueshëm⁽¹⁸⁾.

4.1.2. Glukokortikoidet mund të përdoren në periudha të shkurtra, veçanërisht për të ulur inflamacionin akut. Përdorimi afatgjatë zakonisht nuk rekomandohet për shkak të efekteve anësore dhe sepse rrisin rrezikun e infeksioneve.

4.1.3. Barnat biologjike

Rituksimabi (RTX) është një nga barnat më të mbështetura nga evidencat shkencore në trajtimin e SIP të shkaktuar nga AR. Ai vepron në limfocitet B CD20+ duke reduktuar inflamacionin si në artikulacione ashtu edhe në mushkëri, duke përmirësuar FVC dhe DLCO-në⁽¹⁹⁾. RTX është mjaft efikas në pacientë me pneumoni interstiale të zakonshme (UIP), sidomos në rastet refraktare ose kur terapi të tjera nuk kanë dhënë rezultat. Megjithatë, gjatë përdorimit të RTX duhet patur në konsideratë rreziku i infeksioneve, si dhe fakti që në disa raste duhet kombinuar me barna të tjera, përfshirë barnat antifibrotike, për të siguruar një efekt më të qëndrueshëm afatgjatë^(15,19).

Abatacepti (ABA) konsiderohet trajtim i linjës së parë në shumë forma të AR - SIP, pasi duke frenuar bashkë-stimulimin e limfociteve T, arrin të kontrollojë mjaft mirë si sëmundjen artikulare ashtu edhe atë pulmonare. Studimet raportojnë se në 70%–90% të pacientëve, arrihet përmirësim i



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

funksionit pulmonar (përfshirë FVC dhe DLC), si dhe stabilitet e përmirësim i imazhit radiologjik. Për më tepër, ai karakterizohet nga një profil sigurie shumë i favorshëm me rrezik më të ulët infeksionesh serioze ndaj dhe po përdoret gjithnjë e më shumë në praktikën klinike⁽²⁰⁾.

Tocilizumabi (TCZ) është e fkas në trajtimin e SIP në pacientët me AR ndonse evidencat janë më pak të qëndrueshme krahasuar me barna të tjerë biologjikë ndaj dhe përdorimi i tij rekomandohet në mënyrë selektive⁽¹⁵⁾. Studimet sugjerojnë se tocilizumabi ka një profil sigurie të mirë por ai nuk vepron drejtpërdrejt në frenimin e procesit fibrotik pulmonar, por kontrollon inflamacionin sistematik që nxit sëmundjen duke përmirësuar aktivitetin e AR, si dhe të biomarkerëve pulmonarë (MMP-3 dhe KL-6) brenda 6 muajve nga fillimi i terapisë⁽²¹⁾. Si immunosupresor, tocilizumabi rrit rrezikun e infeksioneve respiratore, të cilat mund të shkaktojnë ose përkeqësojnë eksacerbimet e ILD-së, ndaj monitorimi i kujdesshëm dhe trajtimi i hershëm i infeksioneve janë thelbësore. Disa të dhëna sugjerojnë se pacientët me inflamacion bazal shumë të lartë mund të përfitojnë më tepër nga rituksimabi, por tocilizumabi mbetet një opsion i vlefshëm terapeutik kur përdoret me kujdes^(15,21).

Inhibitorët e TNF (Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab dhe Infliximab) zakonisht nuk konsiderohen trajtim i përshtatshëm për sëmundjen intersteciale të mushkërive në terren të artritis reumatoid, pasi disa studime i kanë lidhur me përkeqësim të shpejtë të prekjes pulmonare ose me shfaqje të re të zonave të intersticiopatisë⁽⁵⁾. Frenimi i TNF mund të ketë efekte profibrotike, duke nxitur procesin e fibrozës pulmonare. Megjithatë, prania e sëmundjes pulmonare nuk përbën gjithmonë një kundërrindikacion absolut për përdorimin e tyre dhe kërkon vendimmarrje të individualizuar me monitorim të ngushtë⁽¹⁵⁾.

4.1.4. Inhibitorët e JAK (tofacitinib, baricitinib, upadacitinib) bllokojnë rrugën e Janus kinazës (JAK), e cila është thelbësore për prodhimin e citokinave inflamatore dhe proliferimin e qelizave imunitare të përfshira si në artritin reumatoid ashtu edhe në procesin fibrotik të intersticiopatisë⁽²²⁾. Duke frenuar këtë rrugë, JAK-inhibitorët mund të ngadalësojnë fibrozën pulmonare. Studimet tregojnë se pacientët që trajtohen me JAKi shpesh ruajnë funksion pulmonar të qëndrueshëm vlerësuar me FVC dhe DLCO si dhe stabilitet të lezimeve pulmonare dhe kanë progresion më të ulët. Gjithashtu, është vërejtur ulje e niveleve serike të biomarkerëve, si KL-6, të lidhur me fibrozën aktive. JAKi duhen përdorur në format e moderuara të SIP por me AR aktive⁽²³⁾. Gjithmonë duhet patur në konsideratë rreziku trombotik dhe infektiv që paraqesin këto barna ndaj dhe pacientët duhen vlerësuar për faktorët riskant që paraqesin, përpara fillimit të terapisë^(22,23).

4.1.5. Barnat antifibrotik

Nintedanib vepron duke frenuar tirozin-kinazat, çka ngadalëson procesin fibrotik në mushkëri, redukton depozitim të kolagenit dhe markuesit inflamator (NETs dhe komplekset e komplementit), duke përmirësuar me 59% FVC-në në këta pacientë. Studimet konfirmojnë efikasitet dhe tolerueshmëri të mirë, edhe në kombinim me immunosupresorët konvencional. Efektet anësore janë kryesisht gastrointestinale dhe zakonisht të menaxhueshme⁽²⁴⁾.

Pirfenidoni është rekomanduar si linjë trajtimi në pacientët me AR-SIP progresive rezistentë ndaj terapive të tjera. Ai ngadalëson rënien e FVC-së në pacientët me pneumoni intersteciale të zakonshme. Konsiderohet si terapi e sigurt me efekte anësore të menaxhueshme (nausea, rash, etj..) ⁽²⁵⁾.

4.2. Trajtimi jo farmakologjik

Trajtimi jo-farmakologjik përbën një komponent thelbësor të menaxhimit të pacientëve me AR-SIP, duke synuar reduktimin e komplikacioneve, përmirësimin e funksionit respirator dhe



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

rritjen e cilësisë së jetës. Këto masa plotësojnë trajtimin farmakologjik dhe janë veçanërisht të rëndësishme në menaxhimin afatgjatë të sëmundjes. Në këtë aspekt mund të përmendim:

- **Vaksinimet** ndaj gripi sezonal, pneumokoku dhe herpes zoster⁽²⁶⁾.
- **Rehabilitimin respirator**, mjaft i dobishëm për përmirësimin e tolerancës së aktiviteteve fizike dhe cilësisë së jetës⁽²⁷⁾.
- **Terapia me oksigjen**, indikohet në fazat e avancuara të sëmundjes kur instalohet insuficiencia respiratore⁽²⁸⁾.
- **Edukimi i pacientit** është mjaft i rëndësishëm dhe konsiston në informim mbi ecurinë e patologjisë dhe reduktimin e faktorëve të rrezikut, veçanërisht ndërprerja e duhanit nga ana e pacientit⁽²⁹⁾.
- **Mbështetja psikologjike** nëpërmjet programeve të vetë-menaxhimit, këshillimit psikologjik dhe grupet mbështetëse që ndihmojnë pacientët të përballen më mirë me sëmundjen dhe të menaxhojnë gjendjen emocionale⁽³⁰⁾.
- **Trajtimi multidisiplinar** ndërmjet reumatologut, pneumologut, radiologut me përvojë në intersticiopati, fizinatit (rehabilitim respirator), dhe, në raste të caktuara, kardiologut. Këto janë shtyllat kryesore të një trajtimi të suksesshëm e një ecurie klinike më të mirë⁽⁵⁾.
- **Vlerësimi i hershëm për transplant pulmonar** është një hap i rëndësishëm për të siguruar në kohë akses në këtë alternativë terapeutike, sidomos nëse pacienti ka intersticiopati difuze dhe me ecuri të shpejtë⁽³¹⁾.

5. Klasifikimi i pacientëve me AR - SIP dhe vendimmarrja terapeutike

Evidencat shkencore propozojnë një qasje terapeutike të strukturuar me nivele, të bazuar në gjendjen klinike, ecurinë/dinamikën e sëmundjes, ashpërsinë e imazheve radiologjike⁽¹⁶⁾.

5.1. Pacientë me SIP të lehtë, stabël, NSIP

- Monitorim aktiv;
- Vazhdimi i DMARD-ve tashmë në përdorim (përfshirë MTX);
- Mund të merret në konsideratë abatacept ose rituximab nëse nevojitet terapi sistemike^(14,15,16).

5.2. Pacientë me SIP progressive

- Zgjedhja e parë: rituximab, abatacept, MMF (mikofenolat mofetil);
- Konsiderohen inhibitorët JAK në raste të përzgjedhura;
- Shtimi i nintedanib në prani të progresionit të fibrozës⁽³²⁾.

5.3. Pacientë me SIP progressive dhe imazh radiologjik UIP

- Trajtim më agresiv;
- Shpesh i favorshëm kombinimi i imunosupresorëve me antifibrotikë^(16,32).

5.4. Menaxhimi i përkeqësimeve akute

- Kortikosteroide në doza të larta për periudhë të shkurtër;
- Vlerësim urgjent multidisiplinar⁽³²⁾.

6. Konkluzione

Ecuria e pacientëve me AR-SIP varet kryesisht nga imazhi radiologjik, shpejtësia e progresionit, përgjigjia ndaj terapisë dhe prania e komorbiditeteve. Me përdorimin e terapive moderne, si: rituximab, abatacept, nintedanib dhe MMF, mbijetesa dhe cilësia e jetës së këtyre pacientëve është përmirësuar dukshëm. Rekomandimet për trajtimin e AR – SIP promovojnë një qasje moderne, të personalizuar dhe multidisiplinare, duke theksuar rolin e strategjive terapeutike që integrojnë barnat imunosupresore dhe ato antifibrotike si dhe duke ofruar udhëzime të qarta për rastet më komplekse.



Referenca:

1. Smolen, JS, Aletaha, D, McInnes, IB. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. (2016) 388:2023–38.
2. GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the global burden of disease study 2021. *Lancet Rheumatol*. (2023) 5: e594–610.
3. Komatsu, N, and Takayanagi, H. Mechanisms of joint destruction in rheumatoid arthritis - immune cell-fibroblast-bone interactions. *Nat Rev Rheumatol*. (2022) 18:415–29.
4. Steiner G, Toes R. Autoantibodies in rheumatoid arthritis - rheumatoid factor, anticitrullinated protein antibodies and beyond. *Curr Opin Rheumatol*. (2024) 36:217–24.
5. Antoniou KM, Distler O, Gheorghiu AM, Moor CC, Vikse J, Bizymi N, Galetti I, Brown G, Bargagli E, et al., ERS/EULAR clinical practice guidelines for connective tissue diseases associated interstitial lung disease. *Ann Rheum Dis*. 2025 :S0003-4967(25)04320-1.
6. Wang HF, Wang YY, Li ZY, He PJ, Liu S, Li QS. The prevalence and risk factors of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: a systematic review and meta-analysis. *Ann Med*. (2024) 56:2332406.
7. Bernardinello N, Zen M, Castelli G, Cocconcelli E, Balestro E, Borie R, Spagnolo P. Navigating interstitial lung disease associated with rheumatoid arthritis (RA-ILD): from genetics to clinical landscape. *Front Med (Lausanne)*. 2025 ;12:1542400.
8. Hackner K, Hüter L, Flick H, Grohs M, Kastrati K, Kiener H, et al., Screening for rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease—a Delphi-based consensus statement. *Z Rheumatol*. 2024;83(2):160-168.
9. Narváez J. Moving forward in Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease Screening. *Journal of Clinical Medicine*. 2024; 13(18):5385.
10. Adan AH, Hirsi Snr AM, Jayte M. Diagnostic and Management Challenges of Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease in a Ugandan Patient: A Case Report. *Int Med Case Rep J*. 2025;18:1569-1573.
11. Laria A, Lurati AM, Zizzo G, Zaccara E, Mazzocchi D, Re KA, Marrazza M, Faggioli P, Mazzone A. Interstitial Lung Disease in Rheumatoid Arthritis: A Practical Review. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:837133.
12. Stainer A, Tonutti A, De Santis M, Amati F, Ceribelli A, Bongiovanni G, Torrisi C, Iacopino A, Mangiameli G, Aliberti S, Selmi C. Unmet needs and perspectives in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: A critical review. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1129939.
13. Johnson SR, Bernstein EJ, Bolster MB, Chung JH, Danoff SK, George MD, et al. 2023 American College of Rheumatology (ACR)/American College of Chest Physicians (CHEST) Guideline for the Screening and Monitoring of Interstitial Lung Disease in People with Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases. *Arthritis Rheumatol*. 2024;76(8):1201-1213.
14. Pugashetti JV, Lee JS. Overview of Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease and Its Treatment. *Semin Respir Crit Care Med*. 2024;45(3):329-341.
15. Carrasco Cubero C, Chamizo Carmona E, Vela Casasempere P. Systematic Review of the Impact of Drugs on Diffuse Interstitial Lung Disease Associated with Rheumatoid Arthritis. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2020: S1699-258X(20)30111-X.
16. Saavedra AA, Mueller KT, Kowalski EN, Qian G, Bade KJ, Vanni KM, McDermott GC, Sparks JA. Treatment of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: An appraisal of the 2023 ACR/CHEST guideline. *Curr Treatm Opt Rheumatol*. 2024;10(4):43-60.
17. Cassone G, Sebastiani M, Vacchi C, Erre GL, Salvarani C, Manfredi A. Efficacy and safety of mycophenolate mofetil in the treatment of rheumatic disease-related interstitial lung disease: a narrative review. *Drugs Context*. 2021;10:2020-8-8.
18. Matson SM, Kim GHJ, Humphries SM, Roth MD, Goldin J, Tashkin DP, Leng M, England BR, Lee JS, Volkmann ER. Impact of quantitative radiological features of interstitial lung disease on immunomodulatory treatment response in three autoimmune interstitial lung disease cohorts. *Thorax*. 2025;80(8):540-546.
19. Xu C, Xu Z, Ren J. Use of rituximab in connective tissue disease-associated interstitial lung disease: a narrative review. *Front Med (Lausanne)*. 2025;12:1555442.
20. Shih PC, Wang SI, Wang QW, Wei JCC. Association of Abatacept with Lower Mortality Risk Compared to Rituximab in Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease: An Emulated Target Trial. *Arthritis Rheumatol*. 2025;doi: 10.1002/art.43332.
21. Otsuji N, Sugiyama K, Owada T, Arifuku H, Koyama K, Hirata H, Fukushima Y. Safety of Tocilizumab on Rheumatoid Arthritis in Patients with Interstitial Lung Disease. *Open Access Rheumatol*. 2024;16:127-135.
22. Tardella M, Di Carlo M, Carotti M, Ceccarelli L, Giovagnoni A, Salaffi F. A retrospective study of the



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

- efficacy of JAK inhibitors or abatacept on rheumatoid arthritis-interstitial lung disease. *Inflammopharmacology*. 2022;30(3):705-712.
23. Triboulet F, Juge PA, Truchetet ME, Pham T, Roux N, Flipo RM, et al., Evaluation of rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease in patients treated with JAK inhibitors: a MAJIK-SFR cohort study. *RMD Open*. 2025;11(1):e005062.
24. Wuyts WA, Bonella F, Chaudhuri N, Varone F, Antin-Ozerkis D, Song JW, Miede C, Dumistracel M, Coeck C, Cottin V. Continued Treatment with Nintedanib in Patients with Progressive Pulmonary Fibrosis: Data from INBUILD-ON. *Lung*. 2025;203(1):25.
25. Narváez J, Aguilar-Coll M, Roig-Kim M, Palacios-Olid J, Maymó-Paituvi P, de Daniel-Bisbe L, Llop D. Efficacy, safety, and tolerability of antifibrotic agents in rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: A systematic review and meta-analysis. *Autoimmun Rev*. 2025 ;24(6):103804
26. Urquiaga M, Winthrop KL, Curtis JR. Vaccination Update and Specific Concerns for RA. *Curr Rheumatol Rep*. 2025;27(1):37.
27. Ahmed, S., Sedeek, R.A., Abuzeid, A. et al. Effect of pulmonary rehabilitation on patients with interstitial lung disease. *Egypt J Bronchol* 2025;19:128.
28. Baidats Y, Kadosh S, Jones AM, Wilkerson D, Velner A, Reuveny R, Segel MJ. Effect of Supplemental Oxygen on Physiological Responses to Exercise in Fibrotic Interstitial Lung Disease. *Med Sci Sports Exerc*. 2024;56(11):2093-2102.
29. Lindell KO. Nonpharmacological therapies for interstitial lung disease. *Curr Pulmonol Rep*. 2020 ;7(4):126-132.
30. Burke A, Davoren MP, Arensman E, Harrington JM. Psychoeducational interventions for people living with chronic communicable disease: a systematic review. *BMJ Open*. 2024 Mar 23;14(3):e077007.
31. Ronan NJ, Helly F, Murray MA. Lung transplantation for interstitial lung disease. *Breathe (Sheff)*. 2025;21(2):240169.
32. Kondoh Y, Bando M, Kawahito Y, Sato S, Suda T, Kuwana M. Identification and management of interstitial lung disease associated with systemic sclerosis (SSc-ILD), rheumatoid arthritis (RA-ILD), and polymyositis/dermatomyositis (PM/DM-ILD): development of expert consensus-based clinical algorithms. *Expert Rev Respir Med*. 2024;18(6):447-456.

TRAJTIMI I HEMORROIDEVE TË GRADËS I-II ME LIGATURË ME LAK GOME: EKSPERIENCA JONË 4-VJEÇARE

**Prof. Asc. Valbona BILALI¹, Dr. Sokol BILALI², Dr. Edmond LEKA², Dr. Indrit KËLLIÇI³
Dr. Shkëlqim FERKO², Dr. Ismet NIKA², Dr. Naim MEDIU², Dr. Mendim MEGJIDI², Inf.
Raimonda TOPI², Inf. Enkeleda SALLIU²**

¹ Fakulteti Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti Mjekësisë, Tiranë

² Shërbimi Kirurgjisë, “Spitali Rajonal Durrës”

³ Kabineti Endoskopisë, “Spitali Rajonal Durrës”

Autori korrespondues: Dr. Sokol Bilali

e-mail: sbilali@hotmail.com

Abstract :

Aim: The aim of this study is to present rubber band ligation (RBL), which is one of the non-surgical treatment options in hemorrhoidal disease and its complications, which is an important due to its morbidity. The treatment of internal hemorrhoids includes medical, minimally invasive and surgical treatments. The rubber band ligation (RBL) is a minimally invasive treatment method of internal hemorrhoids.

Materials and Methods: The study conducted in the General Surgery Department at Durrës



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Regional Hospital between December 2021 and December 2025. Demographic and laboratory data of the patients, the success and the complications rates of the procedure were evaluated retrospectively. Between 2021-2025, eighty-seven RBL was performed for stage 1 and 2 internal hemorrhoidal disease. Twelve patients with previous anorectal surgery, pregnancy, chronic liver disease was excluded. Seventy-five patients were included in the study. All patients underwent detailed anorectal examination. The demographic characteristics of the patients, the number of applied band ligation and complications (minor-major) were evaluated.

Results: Evaluation was carried out in 75 consecutive patients, comprising 26 (34.6 %) females and 49 (65.3 %) males. Fifty-four patients (72%) had single band ligation, nineteen (25.3%) patients had double band ligation and 2 patients (2.6%) had triple band ligation. After RBL minor complications (anal pain, vasovagal symptoms, minor rectal bleeding, urinary retention) developed in four patients (5.3%). No major complications developed in any patient.

Conclusions: The application of RBL, which is widely used in the treatment of internal hemorrhoids, is a reliable and low-cost method. Hemorrhoidal banding is a safe and effective method for treatment of hemorrhoidal disease.

Keywords: Hemorrhoids, rubber band ligation, effective

Hyrje

Sëmundja hemorroidale haset shpesh në sëmundjet e kanalit anal në klinikat e kirurgjisë⁽¹⁾. Prevalenca e sëmundjes hemorroidale është 4.4% dhe haset më shpesh në moshën midis 45 dhe 65 vjeç. Hemorroidet janë “*jastëkë vaskular*” që vendosen në junksionin anorektal dhe kontribuojnë në mekanizmin fiziologjik të kontinencës anale. Ato në vetvete janë masa submukozale të trasha që përmbajnë vaza gjaku, muskulaturë të lëmuar (muskujt Treitz) dhe ind elastik konjuktival. Duke qënë se këto “*jastëkë vaskularë*” ekzistojnë në të gjithë njerëzit, është sugjeruar që termi “hemorroide” të përkufizohet në situata, në të cilat këta “*jastëkë vaskular*” janë jo-normalë dhe shkaktojnë simptoma. Si simptoma klinike, që hasen më shpesh, janë: gjakrrjedhje, rrjedhje mukoidë ose të kruara; zmadhimi i këtyre formacioneve si dhe rrëshqitja e tyre në kanalin anal, apo përtej tij. Këto përbëjnë ankesat kryesore që përcaktojnë sëmundjen hemorroidale dhe që i bën pacientët të drejtohen te mjekët koloproktolog. Tre “*jastëkët vaskular*” vendosen në pozicionet: lateral të majtë, anterolateral të djathtë dhe posterolateral të djathtë, që në pozicionin gjinekologjik i përkasin orareve 2-3, 7-8 dhe 11-12. Midis këtyre pozicioneve mund të hasen dhe noduj të tjerë sekondarë. Kthimi i gjakut nga kanali anal realizohet nëpërmjet dy sistemeve, Portal dhe Sistemik. Lidhja midis këtyre dy sistemeve ndodh në linean dentate. Vazat submukozale të vendosura mbi linean dentate përbëjnë pleksin e hemorroideve interne prej të cilave gjaku drenohet në venat rektale superiore, në venat mezenterike inferior dhe më pas në sistemin portal. Vazat e lokalizuara nën linean dentate përbëjnë pleksin hemorroidal ekstern prej të cilave drenojnë gjakun në venat rektale të mesme dhe të poshtme, më pas në venat iliake interne, iliake komune, dhe më pas në vena kava inferior. Gjaku që hyn në jastëkët e kanalit anal nëpërmjet arterieve hemorroidale, del lehtësisht nëpërmjet sistemit venoz në atë zonë. Si rezultat i ngadalësimit të kthimit venoz për shkak të forcës dhe në rastet e shtrëngimeve të gjata, gjatë procesit të defekimit, ndikojnë në zmadhimin e këtyre “*jastëkëve*” duke u shfaqur fillimisht si hemorroide interne dhe më pas në hemorroide eksternë. Në vazhden e këtyre ndryshimeve vaskulare, shfaqen dhe ndryshime të fijeve muskulare të aparatit sfinkterien dhe indit lidhor. Kjo teori me rrëshqitje e “*jastëkëve anal*” e zbuluar nga Thompson(2-4) është aktualisht teoria më e pranueshme e formimit të sëmundjes hemorroidale.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Procedura jo-kirurgjikale dhe kirurgjikale si dhe përdorimi i instrumenteve të teknologjisë së avacuar janë përdorur në sëmundjen hemorroidale. Trajtimet të ndryshme përfshijnë, skleroterapinë, koagulimin me reze infra të kuqe (infrared coagulation), djegia me radiofrekuencë (radiofrequency ablation), lidhja me lak gome (rubber band ligation, RBL), trajtimi me Lazer, hemorroidektomia sipas teknikës Milligan-Morgan (open), hemorroidektomia sipas teknikës Ferguson (closed), hemorroidektomia gjysëm e mbyllur (Ferguson e modifikuar-semiclosed), hemorroidektomia me LigaSure (LigaSure™ Malleylab, Covidien), hemorroidopeksia me stapler (Longo procedure/ PPH) si dhe ligatura e arterieve hemorroidale të gjetura me eko Doppler intra-anal (teknika DGHAL).

Klasifikimi tradicional i hemorroideve sipas Goligher është si më poshtë:

Grada 1	Hemorroidet interne janë ato që fryhen në lumenin e kanalit anal dhe shpesh japin gjakrrjedhje dhe nuk shkaktojnë dhimbje. Shihen vetëm nëpërmjet anoskopit ose proktosopit
Grada 2	Hemorroidet prolablojnë gjatë defekimit dhe reduktohen spontanisht më pas
Grada 3	Hemorroidet prolablojnë dhe kërkojnë reduktim manual për ti ripozicionuar
Grada 4	Hemorroidet prolablojnë jashtë margos anale në mënyrë të përheshme dhe nuk mund të reduktohen me dorë, në kanal in ana nga pacienti

Trajtimi i hemorroideve me lak gome (RBL) është përshkruar nga Blaisdell⁽⁵⁾ në 1950 dhe ka mbijetuar deri ditët e sotme, pasi është modifikuar nga Barron⁽⁶⁾. Që nga ajo kohë, lidhja e hemorroideve me lak gome, është shfaqur si metodë tepër efektive në trajtimin e hemorroideve interne duke shkaktuar fiksimin, retraktimin dhe fibrozën e noduseve hemorroidale⁽⁷⁾.

Vitet e fundit, studime të shumta klinike kanë theksuar se RBL është efektive në pacientët ambulator si alternativë të kirurgjisë, në trajtimin e stadi 1 dhe 2 të sëmundjes hemorroidale, me komplikacione minimale, pa patur nevojë për anestezi gjenerale dhe pa u shtruar në spital⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Në këtë studim, kemi marrë në konsideratë të gjitha rastet me hemorroide të stadi I-II të trajtuara me RBL dhe komplikacionet e tyre në klinikën e Kirurgjisë së Përgjithshme të Spitalit Rajonal Durrës.

Materiali dhe Metoda

Në kabinetin e Proktologjisë dhe në Shërbimin e Urgjencës në Spitalin Rajonal Durrës, janë trajtuar gjithsej 87 pacientë me sëmundje hemorroidale të gradës së parë dhe dytë, me metodën e lidhjes me lak gome të hemorroideve (RBL), për periudhën Dhjetor 2021 - Dhjetor 2025. Të dhënat që janë marrë nga këta të sëmurë janë studiuar në mënyrë retrospektive. Nga ky grup studimi, janë përjashtuar 12 pacientë dhe janë analizuar të dhënat e 75 pacientëve të mbetur. Dymbëdhjetë pacientë janë përjashtuar nga ky studim pasi, janë trajtuar më parë me kirurgji anorektale, kanë përdorur antikoagulantë, kanë qënë shtatzanë, ose kanë qënë trajtuar me sëmundje të mëlçisë. Hemorroidet e gradës I-II me histori të shkurtër për gjakrrjedhje rektale janë trajtuar fillimisht me shtim të sasisë së ujit të marrë, dhe dietë të pasur me fibra, si dhe me pomadë anti-hemorroidale. Në rastin që ky trajtim mjekësor ka dështuar, pacientët janë trajtuar me RBL.

Të gjithë pacientët ju nënshtruan ekzaminimit fizik që përfshinte: inspeksion të margos anale, eksplorim digital të rektumit (DRE) si dhe ekzaminim me anoskop. Të gjithë pacientët e trajtuar referonin se kishin patur episode hemorragjie të përsërituara pas defekimit si dhe nganjëherë rrjedhje mukoide. Në të gjitha rastet, ligatura me lak gome e hemorroideve (RBL) është bërë



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

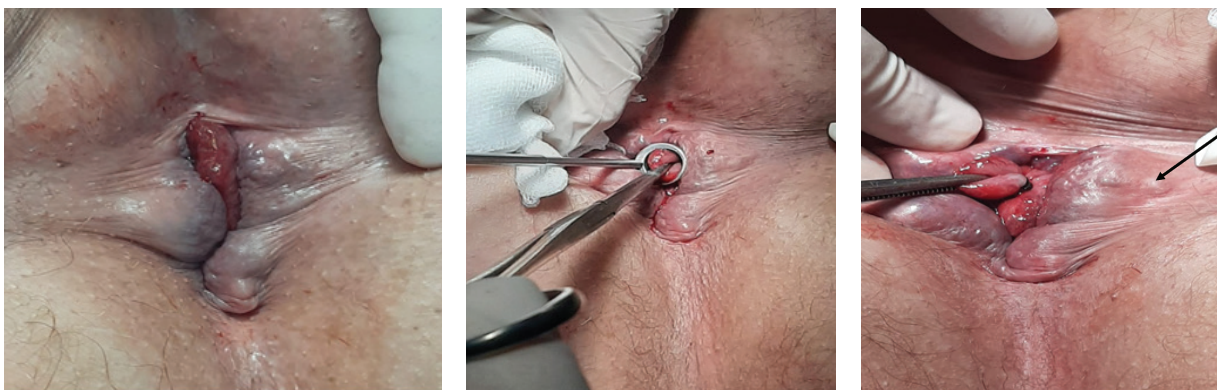
në kabinetin e proktologjisë ose në sallën e urgjencës kirurgjikale Pacientët janë vendosur në pozicionin genu-pektoral dhe në disa raste në pozicionin lateral të majtë. Në asnjë pacient nuk është aplikuar anestezia me sedacion intravenoz. Procedura është kryer me ligatorin hemorroidal Schuetz (figura 1).

Figura 1. Pamje të anoskopit, ligatori Schuetz, koni, forceps dhe gomat elastike cirkulare.



Në të gjitha rastet është aplikuar lidhja me lak gome e nodusit ose noduseve hemorroidale që gjakosnin gjatë ekzaminimit me anoskop. Ligatura është vendosur 1cm mbi linean dentate sipas teknikës Barron. Në çdo pile hemorroidal u vendosën 2 (dy) ligatura gome elastike. Figura 2.

Figura 2. Pamje të vendosjes së ligaturës me gomë elastike në hemorroiden të gradës II



Pacientët janë mbajtur në observacion në repartin e urgjencës për një periudhë 1 deri 2 orë dhe më pas kanë dalë nga spitali me trajtim ambulator. Trajtimi pas ligaturës me gomë elastike, konsistonte në dhënien e tableteve Paracetamol 500 mg çdo 8 orë 2-3 ditët e para dhe në se rastet me gjendje diskomforti të shtuar, u sugjerua marrja e preparateve anti-inflamatore jo-steroidike të shoqëruar me mbrojtës gastrik. Po ashtu, pacientëve u është sugjeruar të shtojnë sasinë e likideve si dhe të

I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

konsumojnë ushqime të pasura me fibra. Pacientëve ju shpjegua që afërsisht 10 ditë pas trajtimit me RBL, mund të kishin episod gjakrrjedhje si pasojë e nekrozës së nodulit hemorroidal të trajtuar.

Analiza Statistikore

Të gjitha të dhënat ishin kompjuterizuar dhe SPSS 20.0 software u përdor për analizën statistikore. Të dhënat u shprehën në mesatare dhe në përqindje.

Rezultati

Karakteristikat demografike të pacientit, komplikacionet (minore/madhore) si dhe numri i ligaturave të kryera janë ruajtur në rregjistër. Të gjithë pacientët kanë ardhur për tu ri-vizituar 3 javë pas trajtimit të hemorroideve. Në tabelën e mëposhtme janë karakteristikat demografike dhe numri i lidhjeve me lak gome tek pacientët me hemorroide që gjakosin.

Tabela 1. Karakteristikat demografike të pacientëve dhe numri i lidhjeve të aplikuara tek pacientët.

Karakteristikat demografike	N(%)
Mosha	34.2 ±16
Gjinia	
Femër	26 (34.6%)
Mashkull	49 (65.3%)
Numri i lidhjeve me lak	
Një kuadrat	54 raste (72%)
Dy kuadrate	19 raste (25.3%)
Tre kuadrate	2 raste (2.6%)

Mosha mesatare e pacientëve ishte 34.2 ± 16 (18-51) vjeç, femra ishin 26 (34.6%) dhe meshkuj 49 (65.3%)

Ligaturë të një kuadrati RBL u krye në 54 raste (72%), ligaturë të dy kuadrateve në 19 raste (25.3%), si dhe ligaturë në tre kuadrate në 2 raste (2.6%)

Në 4 pacientë (5.3%), u hasën komplikacione, si: dhimbje në kanal in anal, retension urinar si dhe tenezma rektale.

Tabela 2. Komplikacionet e hasura në trajtimin me RBL tek pacientët.

Komplikacionet	N (5.3%)
Dhimbje në kanal in anal	2 (2) raste (2.6%)
Retension urinar	1 (një) rast (1.3%)
Tenezma rektale	1 (një) (1.3%)

Komplikacionet e hasura përfshinin:

- dhimbjet anale në 2 pacientë (2.6%),
- retension urinar në 1 pacient (1.3%),
- tenezma rektale në 1 rast (1.3%).



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Pacienti i parë me dhimbje perianale u zgjidh duke përdorur barna të grupit anti-inflamtor jo-steroid ndërsa pacientin tjetër është ri-ekzaminuar në të njëjtën ditë dhe është parë që RBL ka qënë vendosur ngjitur me linean dentate. Në këtë rast është hequr goma elastike dhe është rivendosur me lart lineas dentate.

Pacienti që pati retension urinar i është vendosur kateter urinar, të cilin e hoqëm pas 24 orësh. Rasti me tenezëm rektale, u trajtua me sol. Fiziologjik, antispastik dhe antidolorifik. Gjendja e të sëmurit erdhi duke u përmirësuar pas disa orësh.

Diskutime

Në trajtimin e sëmundjes hemorroidale janë përshkruar shumë metoda kirurgjikale dhe jo-kirurgjikale, si: djegia me lazer, RBL, koagulimi me rreze infra të kuqe dhe skleroterapia. RBL përdoret gjerësisht si metodë për trajtimin e sëmundjes hemorroidale që pasohet me përqindje komplikacionesh minimale, krahasuar me kirurgjinë konvecionale⁽¹¹⁻¹³⁾. Gjithsesi ligatura me lak gome (RBL) është konsideruar si ndërhyrje jo-kirurgjikale, që është pasuar me komplikacionet që janë përshkruar dhe më sipër. Këto komplikacione përfshijnë dhimbjen rreth kanalit anal, gjakrrjedhjen rektale, simptomat vazovagale, fisurat anale, retensionin urinar, si dhe rrallë herë infeksione (sepsis pelvik, gangrenën Fournier etj..)⁽¹⁴⁾.

Në studimin e Iyer et al.⁽¹⁵⁾, përqindja e komplikacioneve me 2.114 RBL për sëmundjen hemorroidale ishte si më poshtë: dhimbje në 8,7% të rasteve, gjakrrjedhje 2.8%, trombozë të venave eksterne 1.5%, sepsis pelvik 0.09%. Autorë të tjerë si Bat et al.⁽¹⁶⁾ gjetën përqindjen e komplikacioneve të mëdha në 2.5% që kërkonin hospitalizim të të sëmurëve. El Nakeeb et al.⁽¹⁷⁾ krahasoi pacientët e operuar për gradën e 2 dhe 3 të sëmundjes hemorroidale që iu nënshtruan 2122 RBL dhe nuk gjeti diferenca domethënëse statistikore në trajtimin e kësaj sëmundjeje. Përqindja e komplikacioneve pas RBL ishte dhimbje në 4.1% të rasteve, gjakrrjedhje minore në 4.2% të rasteve, simptoma vazovagale në 1.3%, infeksione në 0,13%, fistula perianale në 0,13% dhe fisura anale në 0,4% të rasteve. Përqindja në komplikacionet minore ishte 4%. Ndërsa nga hemorragjitë më të mëdha që u kërkua hospitalizim në 0.8% te rasteve.

Në një studim përmbledhës të 39 studimeve ku u përfshinë 8,060 pacientë që ju nënshtruan RBL treguan se dhimbja post ligaturës u has në 5.8% të rasteve, hemorragjia në 1.7%, infeksion në 0.05%, si dhe fistula dhe fisura anale në 0.4%⁽¹⁸⁾. Shumë autorë raportuan se dhimbja post ligaturës, u pa dhe gjatë vendosjes së kujdesshme mbi linean dentate⁽¹⁹⁾. Gjithashtu ata raportuan se dhimbja dhe diskomforti anal u raportuan se ishin më të mëdha që varionin nga 28% deri 79% kur vendoseshin RBL në më shumë se një nodul hemorroidal për sesion⁽²⁰⁾. Kjo përkon dhe me rastin tonë, ku u has dhimbje në pacientin që iu vendosen lak gome në të tre nodujt hemorroidal dhe që dhimbjet u larguan pas 3 ditësh. Oueidat dhe Jurjus⁽²¹⁾ vunë re në 148 pacientë të trajtuar me RBL njëzet pacientë (13,5%) u raportuan dhimbje. Pacientët të cilët iu nënshtruan RBL të shumëfishtë në një sesion, kishin diskomfort më të madh dhe dhimbje rreth margos anale ose më në brendësi.

Watson et al ⁽²²⁾, në studimet e tyre me 183 raste me RBL, gjetën se 41 pacientë (30%) kishin simptoma vazo-vagale. Kumar et al.⁽²³⁾ raportuan në studimin e tyre se 5.3% e rasteve (98 pacientë) kishin simptoma vazo-vagale. Në studimin tonë dhimbje rreth margos anale u has në 2 raste (2.6 %)



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Gjakrrjedhja është komplikacion i rëndësishëm në RBL. Pjesa dërmuese gjakrrjedhjeve kur janë minore ndalohen vetvetiu me regjim hidrik dhe dietë të caktuar, ndërsa hemorragjitë masive që janë tepër të rralla, kërkojnë hospitalizim të të sëmurit. Përqindja e gjakrrjedhjes është raportuar në 2-4 % në publikime të ndryshme^(24,25). Në studimin tonë përqindja e hemorragjive të vogla është vetë limituar dhe nuk ka kërkuar hospitalizim. Gjakrrjedhja është hasur zakonisht në ditën e 10 deri 14 post ligaturës, duke sugjeruar se ndodh për shkak të nekrozës të shkaktuar nga ligatura e lakut të llastikut. Marrja e antikoagulantëve Plavix ose Clopidogel, aspirinës dhe preparateve anti-inflamatore jo-steroidë janë parë në literaturë se shtojnë rrezikun e gjakrrjedhjes masive nga rektumi pas RBL⁽²⁶⁾.

Gjakrrjedhje masive gastrointestinale janë raportuar në literaturë në një numër të madh artikujsh përmbledhës dhe në case reporte^(12,15,17,24). Gjithsesi në pjesën dërmuese të hemorragjive të poshtme gastro-intestinale të raportuara në këto studime kanë theksuar se gjakrrjedhja ka qënë e lidhur me përdorimin e aspirinës, antikoagulantëve të tjerë ose preparateve anti-inflamator jo-steroid, patologjive të mëlçisë apo të koagulimit të gjakut.

Në literaturë njihen dhe raste me gangrenë Fournier pas RBL por vështirë që mund të dalë përqindje, për shkak se, është komplikacion tepër i rrallë dhe paraqitet vetëm në case report study në literaturë.

Konkluzion

Trajtimi i sëmundjes hemorroidale me RBL konsiderohet ekonomik, efektiv dhe metodë e sigurtë. Në trajtimin e kësaj patologjie duhet të kihet parasysh se RBL mund të shkaktojë një sërë komplikacionesh tek këta të sëmurë. Pacientët duhet të këshillohen që gjakrrjedhja nga anusi mund të haset në ditën 10-14 pas procedurës. Përpara procedurës së ligaturës me lak gome, pacientët duhet të pyetën rreth sëmundjeve shoqëruese si çrregullime të koagulimit të gjakut, sëmundjeve të mëlçisë, preparateve anti-inflamatore jo-steroidë, përdorimit të aspirinës apo antikoagulantëve të tjerë.

Referencat:

1. Osborn NK, King KH, Adeniji OA, Parikh SR, LeVine MS, David Q, et al. Hemorrhoid Treatment in the Outpatient Gastroenterology Practice Using the O'Regan Disposable Hemorrhoid Banding System is Safe and Effective. *J Med.* 2009; 2:248-56.
2. Mott T, Latimer K, Edwards C. Hemorrhoids: Diagnosis and Treatment Options. *Am Fam Physician.* 2018; 97:172-9.
3. Margetis N. Pathophysiology of internal hemorrhoids. *Ann Gastroenterol.* 2019; 32:264-72.
4. Thomson WH. The nature of haemorrhoids. *Br J Surg.* 1975; 62:542-52.
5. Blaisdell PC. Office ligation of internal hemorrhoids. *Am J Surg.* 1958; 96:401-4.
6. Barron J. Office ligation of internal hemorrhoids. *Am J Surg.* 1963; 105:563-70.
7. Madoff RD, Fleshman JW, Clinical Practice Committee, American Gastroenterological Association. American gastroenterological association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids. *Gastroenterology* 2004; 126:1463-73.
8. Siddiqui UD, Barth BA, Banerjee S, Bhat YM, Chauhan SS, Gottlieb KT, Konda V, Maple JT, Murad FM, Pfau P, et al. Devices for the endoscopic treatment of hemorrhoids. *Gastrointest Endosc.* 2014; 79:8-14
9. MacRae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. *Dis Colon Rectum.* 1995; 38:687-694. doi: 10.1007/BF02048023
10. Johanson JF, Rimm A. Optimal nonsurgical treatment of hemorrhoids: a comparative analysis of infrared coagulation, rubber band ligation, and injection sclerotherapy. *Am J Gastroenterol.* 1992; 87:1600-1606.
11. Yu J, Zhong J, Peng T, Jin L, Shen L, Yang M. Modified rubber band ligation for treatment of grade II/III



- hemorrhoids: clinical efficacy and safety evaluation-a retrospective study. *BMC Surg.* 2022;20; 22:238.
12. Jin L, Yang H, Qin K, Li Y, Cui C, Wu R, et al. Efficacy of modified rubber band ligation in the treatment of grade III internal hemorrhoids. *Ann Palliat Med.* 2021; 10:1191-7.
 13. Shanmugam V, Thaha MA, Rabindranath KS, Campbell KL, Steele RJ, Loudon MA. Systematic review of randomized trials comparing rubber band ligation with excisional haemorrhoidectomy. *Br J Surg.* 2005; 92:1481-7.
 14. Albuquerque A. Rubber band ligation of hemorrhoids: A guide for complications. *World J Gastrointest Surg.* 2016;27; 8:614-20.
 15. Iyer VS, Shrier I, Gordon PH. Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 2004; 47:1364-70.
 16. Bat L, Melzer E, Koler M, Dreznick Z, Shemesh E. Complications of rubber band ligation of symptomatic internal hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 1993; 36:287-90.
 17. El Nakeeb AM, Fikry AA, Omar WH, Fouda EM, El Metwally TA, Ghazy HE, et al. Rubber band ligation for 750 cases of symptomatic hemorrhoids out of 2200 cases. *World J Gastroenterol.* 2008;14; 14:6525-30.
 18. Wechter DG, Luna GK. An unusual complication of rubber band ligation of hemorrhoids. *Dis Colon Rectum.* 1987;30:137-140.
 19. Ramzisham AR, Sagap I, Nadeson S, Ali IM, Hasni MJ. Prospective randomized clinical trial on suction elastic band ligator versus forceps ligator in the treatment of haemorrhoids. *Asian J Surg.* 2005;28:241-245.
 20. Pfenninger JL. Modern treatments for internal haemorrhoids. *BMJ.* 1997;314:1211-1212.
 21. Oueidat DM, Jurjus AR. Management of hemorrhoids by rubber band ligation. *J Med Liban.* 1994;42:11-14.
 22. Watson NF, Liptrott S, Maxwell-Armstrong CA. A prospective audit of early pain and patient satisfaction following out-patient band ligation of haemorrhoids. *Ann R Coll Surg Engl.* 2006;88:275-279.
 23. Kumar N, Paulvannan S, Billings PJ. Rubber band ligation of haemorrhoids in the out-patient clinic. *Ann R Coll Surg Engl.* 2002;84:172-174.
 24. Longman RJ, Thomson WH. A prospective study of outcome from rubber band ligation of piles. *Colorectal Dis.* 2006; 8:145-8.
 25. Odelowo OO, Mekasha G, Johnson MA. Massive life-threatening lower gastrointestinal hemorrhage following hemorrhoidal rubber band ligation. *J Natl Med Assoc.* 2002; 94:1089-92.
 26. Beattie GC, Rao MM, Campbell WJ. Secondary haemorrhage after rubber band ligation of haemorrhoids in patients taking clopidogrel--a cautionary note. *Ulster Med J.* 2004; 73:139-41.

SI TË PËRDORIM MË MIRË KORTIZONIKËT TEK FËMIJËT ME KRIZA TË AZMËS BRONKIALE NË SHËRBIMIN PARËSOR PEDIATRIK

Dr. Eduard MONE

Pediatër QSH nr. 4 Poliklinika Vlorë

Abstract

Corticosteroids are a group of medications widely used in pediatrics, particularly in the treatment of acute attacks and in the maintenance therapy of bronchial asthma (MART). The different types of these medications and their modes of administration in children offer various but effective options for managing asthma exacerbations in pediatric patients. Inhalation therapy has advantages compared to systemic oral treatment, while injectable therapy is used less frequently. In some cases, combining treatments provides advantages in accelerating recovery from an asthma attack and enabling the child to be discharged home sooner. Formoterol in combination with budesonide represents a new approach in treatment according to the recommendations of Global Initiative for Asthma (GINA).

Gjatë punës së përditëshme Pediatri i Shërbimit Parësor has fëmijë që kanë përkeqësim të azmës dhe paraqiten në ambulancë me kollë të thatë dhe bronke sibilante që janë dy tregues të mirëfilltë



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

të përkeqësimit të sëmundjes. Krizat e azmës mund të jenë të gradave të ndryshme por në praktikën tonë hasim më shumë forma të cilat nuk paraqesin prekje të gjendjes së përgjithshme me polipne apo cianoze.

Për të mos lejuar që ky përkeqësim të thellohet dhe fëmija të shkojë në spital duhet të dimë të përdorim më mirë përveç barnave bronkoz-gjeruese ose b2 nxitës, si: salbutamoli apo formoteroli; edhe barnat kortizonike të cilët kanë një efekt sinergjik me barnat e mësipërme dhe ndikojnë në përmirësimin e shpejtë të gjendjes së fëmijës.

Për këtë arsye do ndalem më shumë tek kortizonikët dhe disa të reja që kemi mësuar në dy vitet e fundit për përdorimin e tyre në fëmijët me acarim të azmës bronkiale.

Natyrisht azma bronkiale është një sëmundje mjaft e përhapur në vendet e zhvilluara duke zënë një përqindje të lartë në punën e ambulancave të shërbimit parësor por edhe në spitale. Mjafton të themi se në Shtetet e Bashkuara kemi këto të dhëna:

- Fëmijë me azëm 4,7 milion
- 38,7% e tyre bëjnë të paktën një krizë që kërkon ndihmë të shpejtë
- Vizita në urgjencë janë 43 për 10.000 dhe 29 për 10.000 respektivisht për djem dhe vajza
- Shtrime në spital 4,2 dhe 3 për 10.000 për djem dhe vajza
- Vdekshmëria është 2,4 dhe 1,6 për milion për vajza dhe djem

Ndonëse këto të dhëna nuk janë të mëdha mos të harrojmë se shpenzimet dhe puna në repartet pediatrike është e madhe. Shifrat e mësipërme përkthehen në 750 mijë vizita në urgjencën e spitalit dhe 200,000 shtrime me një shpenzim në buxhet shëndetësor 50 miliardë dollarë amerikan.

Në vendin tonë kemi aktualisht:

- Një kontroll dhe parandalim të dobët të sëmundjes
- Fëmijët sillen nga prindi vetëm kur janë në krizë
- Përdorimi i barnave dhe përputhja e terapisë me pacientin ka akoma difekte të mëdha. Nuk arrihet të kryhet me efektivitet përdorimi i pompës, aparatit të aerizimit deri tek terapisë biologjike apo desensibilizuese.

Duhet të theksojmë se azma bronkiale akoma nuk ka një vlerësim kombëtar lidhur me incidencën e kësaj sëmundjeje kronike, që sidoqoftë nuk është në shifrat e vendeve të tjera, pasi akoma tek ne predominojnë infeksionet e rrugëve të frymarrjes dhe infeksionet e tjera në përgjithësi që ushtrojnë një presion mbi uljen e incidencës së sëmundjeve alergjike përfshi dhe azmën (përgjigja parësore Th1 në krahasim me përgjigjen Th2).

Një nga mjekimet që pediatrit e kanë mjaft të zakonshëm janë kortizonikët tek fëmijët me azëm bronkiale dhe alergjitë e tjera që përfshijnë këto grupmosha. Por në trajtimin e krizave të azmës mjekim i parë mbeten bronkozgjeruesit e tipit Beta 2 agonist (salbutamoli) me efekt të shpejt dhe të shkurtër farmakologjik. Studimet thonë se këto mund të potencohen përmes kombinimit me ipratropium bromide gjë që nuk është e zakonshme në praktikën e vendit tonë, ku vendin kryesor e zë përdorimi i salbutamolit dhe kortizonikëve me injeksion në rast krize dhe me rrugë të tjera në trajtimin në vazhdim deri në qetësimin e plotë të krizës së azmës.

Në fakt përdorimi kortizonikëve me injektim është ulur si përqindje në urgjencat tona duke i lënë vend përdorimit të formës me thithje, pra preparateve inhalatore.



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

Në fakt duhet thënë se kortizonikët janë një nga barnat e provuara për trajtimin me sukses të sëmundjes së azmës si për mjekim ashtu edhe për parandalim.

Në vitet e fundit është dhënia e kortizonikëve me rrugë inhalatore, e cila ka përparësi mbi injektimin e tyre. Këto janë quajtur efekte ekstra gjenike dhe përfshijnë:

- Vazokonstriksion lokal në enët e mukozës
- Mposhtjen e edemës mukozale
- Bllokimin e rikapjes së noradrenalinës përmes transportimit të monoaminave jashtë neuroneve. Kjo sjell një reduktim të sasisë së gjakut në rrugët e frymëmarrjes. Ky efekt fillon brenda pak minutave, është i përkohshëm dhe varet nga doza e dhënë. Ky fenomen ndodh vetëm për kortizonin inhalator dhe jo për atë me injektim apo nga goja.

Në farmakologji kemi mësuar se efekti i kortizonit është gjenik duke vepruar në receptorët e qelizës duke çuar në efekte të shumëfishta metabolike. Por përse i përket efekteve mjekuese për azmën bronkiale dhe të tjerat të dy llojet, si inhalatorët ashtu edhe sistemikët, kanë efekt gjenik në sekuencën: receptor, dna traskriptim, sintezë proteinash me veprim anti-inflamator. Kjo kërkon një kohë nga 4-12 orë.

Pra kortizonikët inhalatorë kanë përparësi me rrugët e tjera të mjekimit pasi kjo rrugë ka veprim:

- Ekstragjenik
- Gjenik
- Të shpejtë

Përdorimi nga goja i kortizonikëve nuk është i nevojshëm në rastin e krizave dhe duhet të përdoret vetëm në rastet kur nuk kemi mundësi të japim barnat inhalatore. Në fakt studimet e kryera në përdorim tregojnë se dhënia nga goja nuk ofron përparësi dhe nuk përjashton efektet anësore të preparatit. Në studimet e kryera për përdorimin e preparateve nga goja janë krahasuar dhënia e dexametazonit me prednizon, prednizolon. Qëllimi në këto studime ishte vlerësimi i efektit mjekues në krizë të azmës së dexametazonit, në raport me prednizon dhe prednizolon nga goja. Siç kemi vërejtur deri më tani në fëmijët me krizë të lehta ose mesatare të azmës duhet të shmangim injektimin e kortizonit.

Studimet rezultojnë se kur përdorim preparatet nga goja dexametazoni është lehtësisht më efikas se dy të tjerët, porse me efekte më të pakta anësore kryesisht vjellja e orëve të para dhe në urgjencë që rezultojnë statistikisht të rëndësishme. Po ashtu është vërejtur se këto preparate duhet të jepen sa më shpejt, pasi nëse vonohet mjekimi atëherë vihet re një efekt i ulët dhe një zgjatje e nevojës për mjekim në ditët në vazhdim. Në QSH mund të jetë problem pritja në radhë, ndërkohë në mund që triazhi të ketë vonesa dhe pritje. Rezultoni se fëmija me azmë duhet të trajtohet brenda 60 min nga paraqitja, çdo 30 min vonesë rrit rrezikun për shtrim në spital me 23% si dhe rrit kohën e mjekimit për regredimin e krizës dhe qetësimin e sëmundjes. Për më tepër në disa hulumtime janë provuar të krahasohen kortizonikët e ndryshëm me inhalim dhe ata që jepen nga goja si mësipër. Rezultatet e botuara tregojnë se dy grupet e barnave kanë efekt të mirë në trajtimin e krizës së lehtë ose të mesme të azmës bronkiale. Mënyra se si përputhet fëmija me mjekimin, pra nëse pranon më mirë me inhalacion apo nga goja; ka rëndësi në shfaqjen e efekteve anësore. Në të gjitha rastet nuk duhet të vonojmë të fillojmë mjekimin me kortizonikë për të përshpejtuar shërimin e krizës dhe qetësimin e sëmundjes.

Kur përdoren të dyja rrugët e mjekimit në krahasim me një të vetëm, rezultati që vihet re është:



I RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

dhënia e kortizonit me inhalacion dhe nga goja ka përqindje më të ulët të hospitalizimit në krahasim me grupin e dytë vetëm me kortizonik. Po ashtu koha e qëndrimit në spital deri në qetësimin e krizës është më e ulët se në grupin e parë.

Rekomandimet e GINA këshillojnë përdorimin dhe kombinimin formoterol budesonide për trajtimin e azmës si në kriza ashtu edhe në trajtimin mbajtës parandalues. Kjo terapi quhet MART, paraqet risinë më të madhe të këtyre dy viteve; pasi më parë ky mjekim ishte vetëm për mbajtje (maintenance therapy) kurse sot rekomandohet edhe si Reliever në krizë.

Hulumtimet e deritanishme në fëmijët e ndarë në dy grupe: një me përdorim salbutamol kortizonik dhe tjetri formoterol/budesonide, japin të dhëna të mira për të dy grupet përse i përket lehtësimit të krizës. Po ashtu efektet anësore tek formoteroli janë më të pakta se grupi me salbutamol ku kryesisht u vërejt shtim të ritmit të zemrës tek grupi i salbutamolit. Por asnjëherë nuk duhet të japim vetëm formotero; ai duhet të jetë në kombinim me kortizonikun për të shfaqur efektin MART sipas këshillimeve të GINA.

Si përfundim kortizonikët janë një grup barnash që përdoren gjerësisht në trajtimin e krizës dhe të kontrollit të azmës bronkiale tek fëmijët. Kortizonikët me inhalacion janë zgjedhja e parë, po ashtu të kombinura me kortizonikë nga goja rritet efekti dhe shkurtohet koha e krizës. Efektet gjenike dhe jo gjenike shpjegojnë dukurinë e mësipërme. Përse i përket përdorimit të kombinimit të formoterolit me budesonid krahasuar me terapinë klasike salbutamol+kortizon nevojiten hulumtime të mëtejshme.

Sa herë që përdorim mjekimin me këto barna duhet të konsiderojmë përputhjen me tipin e fëmijës, efikasitetin, efektet anësore si dhe koston për familjen e fëmijës.

Literatura:

1. *Global initiative for Asthma . strategy for asthma management and prevention 2025, apdate nov 2025.*
2. *Craig. Intervention for escalation of therapy for acute exacerbation of asthma in children an overview of chocraine reviewsdatabase system 2023. Aug 5,8.8*
3. *Horgath . inhaled corticosteroids effects on the airways vasculature in bronchial asthma in children. /Eur Resp J. 2025 , 5 172-187*
4. *Castro Rodriguez. Efficacy of oral corticosteroids in the treatment of acute wheezing episodes in asthmatic preschoolers. Systematic review with metanalysis. Ped. Pulm. 2026 51. (8) 868-876.*
5. *Dahan. Dexamethasone, versus prednisolone prednisone in the management of pediatric patients with acute asthmatic exacerbations a systemtic rivview and meta –analysis J.Asthma 2023 8. 1481-1492*



**Dr. Vullnet DIKA****1967 – 2025**

Në datë 26 Maj 2025 është ndarë nga jeta Dr. Vullnet Dika.

Dr. Vullneti u lind në 7 Dhjetor 1967 në Cërrik, dhe ku ndoqi shkollën 8-vjeçare dhe të Mesme pranë Gjinnazit “T. Sinani”.

Në vitin 1989 dr. Dika filloi studimet e larta për Mjekësi të Përgjithshme pranë Fakultetit të Mjekësisë të cilat i përfundoi në vitin 1996.

Në Tetor të vitit 1996 dr. Vullneti filloi punë si Mjek i Përgjithshëm në Komunën e Gostimës në fshatin Gjyral. Në pesë vite dr. Vullneti përveç Gjyralit, mbuloi sipas nevojave të Komunës, edhe dy fshatra njëkohësisht.

Më pas mbuloi me shërbim shëndetësor zonat e Qendrës Shëndetësore Shtëpanjë dhe H/C Banjë.

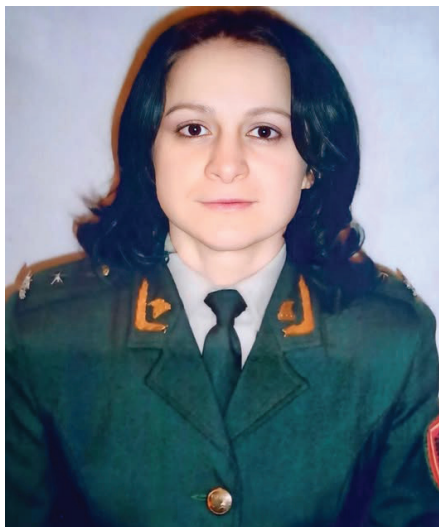
Dr. Dika u dallua për përkushtim profesional, aftësi menaxhuese, dhe do kujtohet si një profesionist që gjatë gjithë jetës së tij i shërbeu me përkushtim, profesionalizëm banorëve të Komunës së Gostunjës.

Dr. Dika do të mbetet në kujtesën e të gjithëve si një mjek i përkushtuar, i papërtuar dhe i aftë profesionalisht duke u gjendur kudo. Ai ishte njeri me zemër të madhe.

Largimi i tij nga jeta është i është i rëndë për familjen, kolegët dhe gjithë ata që patën fatin ta njohin e të punojnë me të.

I paharruar do të mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Elbasan, UMSH



Dr. Arlinda TOMÇINI

1976 – 2026

Spitali Universitar i Traumës shpreh dhimbjen e thellë për ndarjen e parakohshme nga jeta të mjekes psikiatre Kapitene Dr. Arlinda Tomçini, e cila u nda nga jeta në moshën 49-vjeçare.

Prej 10 vitesh, Dr. Arlinda Tomcini shërbeu me përkushtim, profesionalizëm dhe humanizëm në Spitalin Universitar të Traumës, si pjesë e Njësisë Mjekësore Ushtarake, duke dhënë një kontribut të çmuar në shërbimin ndaj pacientëve dhe në punën ekipore me kolegët e saj.

Arlinda u përpoq gjithmonë të ishte korrekte në detyrë, e përkushtuar ndaj profesionit dhe jashtëzakonisht e dashur e mirëkuptuese me kolegët dhe pacientët.

Humbja e saj është e madhe për familjen, për komunitetin mjekësor dhe për Spitalin Universitar të Traumës. Në këto momente dhimbjeje, i shprehim ngushëllimet më të sinqerta familjes, të afërmeve dhe gjithë kolegëve.

Kujtimi dhe vlerat njerëzore e profesionale të Dr. Arlinda Tomçini me gradën Kapitene, do të mbetet gjithmonë pjesë e Spitalit Universitar të Traumës.

Ikja e saj lë një boshllëk të madh njerëzor dhe profesional.

Ngushëllime të sinqerta familjes, të afërmeve dhe kolegëve.

U prehsh në paqe, Arlinda.

I paharuar do mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Vjollca PAÇO

1945 – 2026

Në dt. 24 Janar 2026 u nda nga jeta Dr. Vjollca Paço.

Dr. Vjollca lindi në Korçë më 10 Tetor 1945. Pasi kreu shkollën 7-vjeçare dhe të Mesme në qytetin e lindjes, vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë të cilin e përfundoi në vitin 1968 si Mjeke e Përgjithshme.

Dr. Vjollca karrierën e saj e nisi si Përgjegjëse në Qendrën Shëndetësore të Kooperativës Bujqësore Pojan–Plasë, ku shërbeu për disa fshatra dhe kontribuoi në përmirësimin e kujdesit shëndetësor, uljen e mortalitetit infantil dhe ngritjen e shtëpisë së lindjes.

Më pas dr. Vjollca punoi në Korçë si mjeke Ndërmarrje dhe si mjeke e Përgjithshme, veçanërisht në lagjen nr. 13, ku krijoi për herë të parë dosjet familjare dhe sistemoi ndjekjen e sëmundjeve kronike.

Në vitet 1986–1990 dr. Vjollca u emërua drejtuese e Qendrës Shëndetësore Lagjia 13, Korçë ku edhe doli në pension në vitin 2005.

Dr. Paço u dallua për përkushtim profesional, aftësi drejtuese dhe angazhim shkencor; dhe për kontributin e dhënë është dekoruar me Urdhrin “Naim Frashëri”.

Dr. Paço do kujtohet si një profesioniste që gjatë gjithë jetës së saj i shërbeu me përkushtim, profesionalizëm dhe dashuri qytetarëve korçarë. Ajo do të mbetet në kujtesën e të gjithëve si një mjeke e përkushtuar, e papërtuar shumë e aftë profesionalisht e gjendur kudo për këdo; dhe një njeri me zemër të madhe e përkushtuar, humane që shëronte me fjalë. Ajo ishte dora dhe zëri që do t’i mungojë shërbimit shëndetësor në Korçë. Ishte një njeri me vlera të mëdha humane dhe profesionale.

Largimi i saj nga jeta është i rëndë për familjen, kolegët dhe gjithë ata që patën fatin ta njohin e të punojnë me të.

U prehsh në paqe Dr. Vjollca Paço!

I paharruar do të mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Korçë, UMSH



Dr. George SAKELLARIOU

1954 – 2026

Me keqardhje të thellë ju njoftojmë për ndarjen nga jeta të antarit të UMSH-së, pas një sëmundje të rëndë Kirugut të talentuar George Sakellariou (Jorgo Saqellariu)!

Dr. George (Jorgo, siç e thërrisnin kolegët shqiptarë) lindi në Greqi më 1 Maj 1954. Pasi kreu edukimin përfundoi shkollën e mesme, vijoi studimet për mjekësi në Universitetin e Athinës, të cilat i përfundoi 31 Tetor 1980, dhe më pas edhe specializimin për Kirurgji të Përgjithshme, të cilin e përfundoi në vitin 1990.

Dr. Jorgo ka punuar në disa spitale private në Shqipëri, duke ndihmuar shumë qytetarë kryesisht në kirurgjinë abdominale laparoskopike! Por ndërhyrja shumë e veçantë e tij, ishte metoda e heqjes së tiroides!

Shumë kohë punoi në spitalin Hygeia, ku të gjithë ruajnë kujtimet më të mira për Dr. Jorgon!

Doctors Hospital dhe kolegët mjekë shprehin dhimbjen për humbjen një profesionisti të shquar me përvojë ndërkombëtare i cili dha një kontribut të çmuar në shëndetësinë Shqiptare dhe në trajtimin e mijëra pacientëve. Dr. Sakellariou do kujtohet për profesionalizmin, përkushtimin dhe humanizmin e tij.

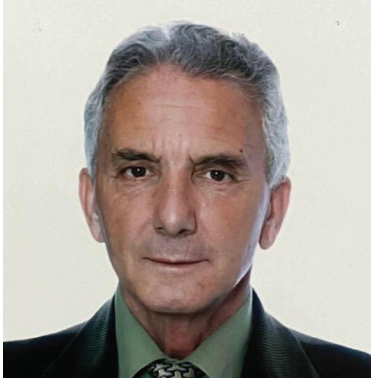
Ngushëllime të sinqerta familjes dhe gjithë kolegëve të tij!

Qoftë i parajsës!

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH





Dr. Ndue SIMONI

1946 – 2026

Në 22 Shkurt 2026, Shoqata e Anestezistëve dhe Reanimatorëve të Shqipërisë njoftoi me dhimbje të thellë ndarjen nga jeta në moshën 80 vjeçare, të kolegut të nderuar Dr. Ndue Simoni.

Dr. Simoni lindi më 5 Shkurt 1946. Pasi kreu shkollën fillore në vendlindje, vijoi shkollimin në Shkollën e Mesme Profesionale për Ndhimës Mjek, në Politeknikumin Mjekësor Tiranë vitet 1963-1967.

Më pas Dr. Simoni vijoi edukimin e tij në Universitetin e Tiranës, Fakultetin e Mjekësisë në vitet 1968-1973 si Mjek i Përgjithshëm. Në vitin 1981-1982 ndoqi specializimin në fushën e Pediatrisë. Në vitet 1983-1985 përfundoi specializimin për Anestezi-Reanimator. Dhe në për 2 muaj në vitin 1999 thelloi njohuritë në Spitalin Yverdon-les-Bains në Zvicër.

Dr. Simoni e filloi karrierën e tij profesionale në Korrik 1967 ku u emërua Zv/Shef i seksionit të Shëndetësisë në Komitetin Ekzekutiv Lezhë.

Në vitin 1973, pasi përfundoi shkollën e lartë kreu një kurs 3-mujor pas universitar/Oficer Rezervist në Grehot të Gjirokastrës. Më pas në Dhjetor 1973 emërohet Mjek i Përgjithshëm në QSH Ylli i Kuq (Shënkoll, Lezhë). Më pas në Dhjetor të vitit 1983 emërohet Mjek i Përgjithshëm dhe Pediatër në QSH Ylli i Kuq (Shënkoll, Lezhë). Me përfundimin e specializimit në Anestezi-Reanimacion, dr. Simoni emërohet Shef Shërbimi i Anestezi-Reanimacion në Spitalin Rajonal Lezhë, post të cilin e mbajti deri në vitin 2011, kohë kur doli në pension.

Dr. Simoni ishte një mjek dhe specialist i përkushtuar, një ndër anestezistët më të hershëm në shërbimin tonë, ishte shembull korrektësie, pasioni dhe dashurie për profesionin.

Për kontributin që dha Këshilli i Qarkut Lezhë nderoi me daljen e tij në pension me Certifikatë Mirënjohje me motivacionin “Për humanizëm dhe shërbim me nivel të lartë profesional në kurimin dhe shërimin e të sëmurëve” dhe si Qytetar Nderi.

Në vitin 2018 Shërbimit të Anestezi-Reanimacionit të Spitalit të Lezhës ju dha emri Ndue Simoni me motivacionin “Për kontribute të çmuara në themelimin e shërbimit spitalor, në rritjen e cilësisë të kujdesit ndaj pacientëve, futjen e teknikave mjekësore për herë të parë në Spitalin Lezhë me rrjedhojë përmirësimin e shërbimit ndaj pacientit, ngritjen e nivelit tekniko-profesional në ruajtjen dhe përmirësimin e shëndetit të komunitetit”

Dr. Simoni e ushtroi detyrën e tij me devotshmëri dhe sakrificë, duke lënë gjurmë të pashlyeshme tek kolegët, pacientët dhe banorët e Qarkut Lezhë. Kontributi i tij profesional dhe njerëzor do të mbetet gjithmonë i gjallë në kujtesën kolegëve dhe të gjithë atyre që patën fatin ta njihnin.

I shprehim ngushëllimet tona më të sinqerta familjes, të afërmve, kolegëve, miqve dhe gjithë komunitetit mjekësor. Do ta kujtojmë gjithmonë me respekt dhe mirënjohje.

U prehtë në paqe.

I paharruar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Lezhë, UMSH





Dr. Mihal (Keli) MUKA

1929 – 2026

Është ndarë nga jeta Dr. Mihal (Keli) Muka, mjeku i nderuar Bakteriolog, i njohur dhe i respektuar nga të gjithë si Dr. Keli.

Qyteti i Durrësit humbi një nga figurat më të shquara të mjekësisë, një profesionist që kontribuoi për dekada në shëndetin dhe mirëqenien e komunitetit.

Në moshën 96-vjeçare, Dr. Mihal Muka mbylli sytë, duke lënë pas një jetë të tërë të përkushtuar ndaj profesionit dhe njerëzve.

I lindur në Durrës më 8 Dhjetor 1929, ai ju dedikua me pasion misionit fisnik të mjekut. Në vitin 1956 u diplomua në Moskë dhe më pas u specializua në bakteriologji, duke u bërë një nga emrat më të respektuar në këtë fushë.

Karrierën e tij e zhvilloi kryesisht në qytetin e tij, ku shërbeu me përkushtim dhe integritet të jashtëzakonshëm. Për shumë vite punoi në Qendrën Sanitare të Durrësit, duke dhënë një kontribut të çmuar për shëndetin publik.

Dr. Mihal (Keli) Muka do të mbahet mend si një mjek i përkushtuar, një njeri i urtë dhe i drejtë, i dashur dhe i respektuar nga pacientët dhe kolegët. Me qetësinë dhe sjelljen e tij të mirë, ai u bë një figurë e çmuar për qytetin e Durrësit. Trashëgimia e tij profesionale dhe njerëzore do të mbetet gjithmonë e gjallë në kujtimet e atyre që patën fatin ta njohin.

Ngushëllime të sinqerta familjes, miqve dhe kolegëve të tij.

U prehtë në paqe!

I paharuar do mbetet kujtimi i Tij!

Këshilli Rajonal Durrës, UMSH





Dr. Drita ADEMI

1952 – 2026

Më 31 Mars 2026 është ndarja nga jeta doktoreshë Drita Ademi, një figurë e dashur dhe e respektuar për gjithë komunitetin e Konispolit dhe më gjerë.

Dr. Drita lindi më 1 Gusht 1952 në familjen Korça, në qytetin e Korçës ku kreu edhe shkollën fillore dhe të mesme; dhe më pas vijoi studimet në Fakultetin e Mjekësisë në Tiranë të cilin e përfundoi në vitin 1976, si Mjeke e Përgjithshme.

Dr. Drita punoi fillimisht në Spitalin e Konispolit dhe më vonë edhe në Spitalin e Sarandës ku ajo i kushtoi gjithë jetën shërbimit ndaj njerëzve, duke punuar për dekada me përkushtim të madh. Me profesionalizëm, dashuri dhe një buzëqeshje të rrallë, ajo u bë jo vetëm mjeke, por edhe shpresë dhe mbështetje për çdo pacient.

Dr. Drita ishte një grua zonjë, një mjeke e papërtuar që i shkeli këmba në çdo derë në gjithë fshatrat e zonës së Konispolit, një shoqe e kolege shumë e mirë, e dashur dhe plot respekt.

Kolegët dhe banorët e Konispolit dhe të Sarandës do e kujtojnë si një nënë e dashur, grua shembullore dhe mbi të gjitha një mjeke që shëronte me fjalë. Ajo ishte vërtetë një grua fisnike, mjeke humane me vlera të çmuara, e papërtuar në shërbim të komunitetit.

Dr. Drita ishte bashkëshorte e përkushtuar dhe nënë e tre fëmijëve, të cilët i rriti me vlera dhe dinjitet.

Ajo u nda nga ne duke lënë pas dhimbje të madhe, por edhe kujtime të paharrueshme.

E paharruar do të mbetet përherë, doktoresha jonë e dashur, Drita Ademi.

I pa harruar do mbetet kujtimi i Saj!

Këshilli Rajonal Gjirokastër, UMSH



Dr. Josif MEÇE

1952 – 2026

Me dhimbje të thellë morëm lajmin për ndarjen nga jeta të doktor Josif Meçe, një figurë e nderuar e Mjekësisë Shqiptare dhe një njeri që la gjurmë të pashlyeshme në jetën e shumë njerëzve.

I lindur më 6 Mars 1952, ai ia kushtoi jetën profesionit fisnik të mjekut dhe shërbimit ndaj njerëzve.

Rrugëtimi i tij profesional nisi në rrethin e Burrelit, ku me përkushtim dhe sakrificë hodhi hapat e parë si mjek, duke qenë pranë çdo pacienti me humanizëm dhe përgjegjësi.

Më pas, në Tiranë, ai ndërtoi një karrierë të spikatur, duke u dalluar si Mjek Sporti në Klubin Dinamo, ku fitoi respektin e sportistëve dhe kolegëve për profesionalizmin dhe përkushtimin e tij.

Shërbeu gjithashtu si mjek në QSH Qytet Studenti, duke qenë pranë të rinjve me kujdes dhe përkujdesje të vazhdueshme.

Kulmin e karrierës e arriti si drejtor në Kujdesin Parësor në Tiranë, ku për vite me radhë kontribuoi me përvojë, urtësi dhe vizion në përmirësimin e shërbimeve shëndetësore për komunitetin.

Prej 10 vitesh në pension, ai mbeti një figurë e respektuar dhe e dashur për të gjithë.

Pata fatin ta njoh nga afër, si koleg zyre, duke u bërë me kohën miq të afërt. Do ta kujtoj gjithmonë për urtësinë, korrektësinë dhe shpirtin e tij njerëzor.

Doktor Josif Meçe do të mbetet përherë në kujtesën tonë si një mjek i përkushtuar dhe një mik i vyer.

Ngushëllimet më të sinqerta familjes, të afërmeve dhe të gjithë atyre që patën fatin ta njohin.

U prehtë në paqe!

I paharuar do mbetet kujtimi i Tij!

Dr. Eduard Bajraktari, Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

