

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË**

DISERTACION
PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
"DOKTOR"

TUMORET E ORBITËS

KANDIDATI:

DR. BELINDA PUSTINA

UDHËHEQËS SHKENCOR:

PROF. DR. MENTOR PETRELA PU-PH PARIS

TIRANË, 2021



REPUBLIKA E SHQIPËRISË

UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA
Znj. BELINDA PUSTINA

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE:
“DOKTOR”

SPECIALITETI: NEUROSHKENCË

TEMA: “**TUMORET E ORBITËS**”

MBROHET ME DATË 28/01/2021 PARA JURISË:

1. PROF. ARIEL COMO	KRYETAR
2. PROF. ASS. ARTUR XHUMARI	ANËTAR (OPONENT)
3. PROF. RIDVAN ALIMEHMETI	ANËTAR
4. PROF. ELIZIANA PETRELA	ANËTAR
5. PROF. ASS. ALI TONUZI	ANËTAR (OPONENT)

Tabela e pëmbajtjes

Parathënie	IV
Përmbledhje.....	VI
Summary	VII
Lista e grafikave dhe tabelave	VII
1. Hyrje.....	10
1.1 Anatomia e orbitës.....	10
1.2 Onkogjeneza.....	12
1.3 Nyjet limfatike të orbitës	13
1.4 Klasifikimi i tumoreve të orbitës	14
1.4.1 Cista ehinokoksike.....	15
1.4.2 Rabdomiosarkoma embrionale	15
1.4.3 Glioma e nervit optik.....	16
1.4.4 Hemangioma kavernoze	17
1.4.6 Meningioma e nervit optik	17
1.4.5 Cistat epidermoide.....	18
1.4.7 Osteoma.....	18
1.5 Diagnostikimi i tumoreve të orbitës	19
1.6 Diagnoza diferenciale e tumoreve të orbitës	20
1.7 Trajtimi i tumoreve të orbitës	21
2. Qëllimi i studimit.....	23
3. Materiali dhe metodat.....	23
4. Rezultatet.....	26
5. Diskutimi	60
6. Konkluzioni	62
Referencat.....	64
Apendiks.....	71
Raste klinike	71

PARATHËNIE

Falenderoj të gjithë që kanë marrë pjesë në kompletimin e këtij studimi.

Në veçanti falenderoj:

- *Mentorin tim Prof. Dr. Mentor Petrela, për suportin, këshillat profesionale dhe njohuritë pa të cilat ky punim do të ishte i pamundur.*
- *Dr. Gentian Kaloshin për ndihmën në mbledhjen e të dhënave dhe udhëzimet për të shkruar këtë punim.*
- *Prof. Naser Salihun për mësimet që më dha në këtë fushë.*
- *Mjekët specialistë dhe specializantë në Shërbimin e Neurokirurgjisë.*
- *Falenderoj të gjithë ekipin e Shërbimit të Laboratorit të Anatomisë Patologjike.*
- *Ekipin në Kabinetin e Neuroimazherisë.*
- *Ekipin në Kabinetin e Radioterapisë.*
- *Familjen time: babin Agronin, mamën Gëzimen, motrën Teutën dhe vëllaun Blendin, bashkëshortin Kastriotin dhe djalin Leo, për besimin dhe shtytjen që më dhanë.*

*Dedikuar babait tim Prof. Dr. Agron Pustina për edukimin dhe
motivimin & djalit tim Leo për frymëzimin që më jep çdo moment*

PËRMBLEDHJE

HYRJE: Tumoret e orbitës janë tumore të rralla, që kërkojnë një qasje multidisciplinare. Ato mund të jenë beninje por edhe malinje me rrezikshmëri për jetë dhe për këtë shkak kërkojnë një ekzaminim të saktë për diagnostikim dhe trajtim me kohë.

QËLLIMI: Qëllimi i këtij punimi ishte evaluimi epidemiologjik, klinik, imazherik, trajtimi kirurgjik i tumoreve të orbitës në periudhë kohore gjashtë vjeçare dhe përcjellja postoperative.

MATERIALI DHE METODAT: Numri total i pacientëve të përfshirë në studim është 54 dhe përfshinë pacientët me tumore të orbitës prej vitit 2008 deri në vitin 2013 të mjekuar në Shërbimin e Neurokirurgjisë, pranë Qendrës Spitalore Universitare të Tiranës. Të dhënat për secilin pacient janë siguruar nga kartelat e pacientëve. Për të gjithë pacientët janë siguruar këto të dhëna: emri dhe mbiemri, viti i lindjes, simptomat e para si kokëdhimbja, pastaj diplopia, kohëzgjatja e simptomave, vizusi i reduktuar, fundusi, defektet në fushën e të pamurit, oftalmoplegja, CT, MRI, lokalizimi në orbitë, data e operimit, diagnoza e pranimit, diagnostikimi histopatologjik, qasja kirurgjike, komplikimet, rekurrenca, gjendja pas operimit dhe përcjellja e gjendjes dy vite pas operimit. Të gjithë pacientët e paraqitur në hulumtim, i janë nënshtruar intervenimit kirurgjik. Diagnostikimi i pacientëve është bërë në bazë të anamnezës, shenjave klinike si ekzoftalmusit, mprehtësisë së të pamurit, matjes së shtypjes së syrit, ekzaminimit të fundusit të syrit, fushës vizive, imazherisë (CT, MRI) të orbitave dhe analizës histopatologjike të tumorit.

REZULTATET: Gjatë kësaj periudhe gjashtë vjeçare u diagnostikuan dhe mjekuan 54 pacientë. Nga të gjitha rastet 74.0% ishin tumore beninje dhe 22.0% malinje. Tumoret më të shpeshta të rriturit ishin hemangiomat kavernoze me 18.5% dhe meningiomat me 16.6%, derisa të fëmijët gjatë kësaj periudhe një ishte rabdomiosarkomë embrionale dhe një non-Hodgkin limfomë. Në 78.0% të rasteve tumori është larguar në tërësi, në 15.0% subtotal dhe në 7% të rasteve është bërë vetëm biopsia. Në 13.0% të rasteve u vërejtë rekurrencë dhe këto tumore nuk ishin të larguara në tërësi ose ishin malinje. Moshë më e prekur me tumore të orbitës ishte 30-49 vjeçare me 48.2% dhe mosha mesatare e pacientëve ishte 41.9 (DS ±17.7 vjet). Simptomat dhe shenjat klinike më të shpeshta ishin proptoza 66.7%, vizusi i reduktuar 57.4%, oftalmoplegja 31.5% dhe diplopia 27.8%. Kohëzgjatja e simptomave më pak se një vit kanë zgjatur te 27.8% e pacientëve me tumore të orbitës dhe 7-8 vjet në 3.7% të pacientëve. Te 42.6% e pacientëve diagnostikimi është bërë me CT, te 42.6% me MRI dhe te 14.8% edhe me CT edhe me MRI. Lokacioni më i shpeshtë i këtyre tumoreve ishte në pjesën e sipërme me 55.4%, retrobulbar 16.1%, në pjesën e poshtme me 12.5%, temporal 7.1%, medial 5.4% dhe me infiltrim në orbitë ishin 3.6%. Në 68.5% të rasteve ato ishin të vendosura ekstrakonal dhe në 31.5% intrakonal. Prej 37 tumoreve me lokalizim ekstrakonal 78.4% janë operuar me orbitotomi laterale, 13.5% transkraniale dhe 8.1% me orbitotomi anteriore. Te lokalizimi intrakonal i tumoreve intervenimi kirurgjik është bërë më shpesh me qasje transkraniale.

KONKLuzion: Për diagnostikim dhe trajtim të duhur e me kohë duhet një evaluim i gjërë klinik dhe imazherik. Tumoret më të shpeshta në studimin tonë ishin beninje. Te fëmijët tumoret e pranishme gjatë kësaj periudhe ishin rabdomiosarkoma embrionale dhe nonHodgkin limfoma, kurse te të rriturit më e shpeshta ishte hemangioma kavernoze. Heqja e tumorit me kirurgji është bërë në tërësi në shumicën e rasteve e në disa raste është bërë subtotal apo vetëm biopsi. Në rastet ku është larguar tumori subtotal ose te tumoret malinje u vunë re recidive.

FJALËT KYÇE: *Tumoret e orbitës, proptoza, orbitotomia, ekstrakonal, intrakonal, hemangioma, meningioma.*

SUMMARY

INTRODUCTION: Orbital tumors are rare and require a multidisciplinary approach. They can be benign, but also life threatening malignant tumors, thus it's very important prompt examination for timely and accurate diagnosis.

PURPOSE: Our goal was to study the epidemiological, clinical, radiological, and surgery of orbital tumors at a 6-year period and postoperative follow-up.

MATERIAL AND METHODS: The total number of patients involved in the study was 54 and includes only patients with orbital tumors diagnosed and treated as from 2008 to 2013 at the Neurosurgery Clinic, University Medical Center of Tirana. Data for each patient were provided from patient records. The following data were provided for all patients: name and surname, year of birth, first symptoms such as headache, then diplopia, duration of symptoms, reduced vision, fundoscopy, defects in the field of vision, CT, MRI, orbit localization of the tumor, date of surgery, admission diagnosis, histopathological diagnosis, surgical approach, complications, recurrence, postoperative condition and follow-up two years after surgery. All patients presented in the study, underwent surgery. Patient diagnosis was made on the basis of clinical signs, proptosis, visual acuity, intraocular pressure, ocular eye examination, visual field, CT/MRI of the orbit and histopathological examination of the tumor.

RESULTS: During this time 54 patients were diagnosed and treated. From all cases with orbital tumors 74.0% were benign and 22.0% malignant. Cavernous hemangioma with 18.5% and meningioma with 16.6% were the most common tumors. In childhood there were present embryonal rhabdomyosarcoma and nonHodgkin's lymphoma. In 78.0% of cases the tumor was completely removed, at 15.0% subtotaly and in 7.0 % of cases only biopsy was performed. Only 13% of the tumors had recurrence, and these tumors were not removed totally or were malignant tumors. The most common age was 30-49 accounting for 48.2%. The most common clinical sign was proptosis 64.3%. The most common location of these tumors in our research was the upper part of orbital cavity with 55.4% and lower part with 12.5%, temporal part 7.1%, medially 5.4% and orbital infiltration 3.6%. In 68.5% of cases they were extra-conal and 31.5% intraconal. From 37 extraconal tumors 78.4% were operated with lateral orbitotomy, 13.5% with transcranial and 8.1% with anterior orbitotomy. The intraconal tumors more frequent were removed by transcranial approach.

CONCLUSION: For prompt diagnosis and treatment thorough clinical and radiological evaluation is needed. Most common tumors in our study were benign. In childhood embryonal rhabdomyosarcoma and non-Hodgkin's lymphoma were present, while in adults the most common was cavernous hemangioma. Surgical removal of tumors was done in total in most cases while in others was subtotal or biopsy was performed. In cases where the tumor was subtotaly cases of recurrence were encountered.

KEYWORDS: *orbital tumors, proptosis, orbitotomy, extraconal, intraconal, haemangioma, meningioma.*

LISTA E GRAFIKAVE DHE TABELAVE

HYRJE

Figurë 1. Muret e orbitës

Figurë 2. Ligamenti Whitnall dhe Lockwood

Figurë 3. Blloku retrobulbar, hapësira ekstrakonale dhe intrakonale.

Figurë 4. Hapësirat kirurgjike në orbitë

PJESA SPECIALE

GRAFIKAT:

Figurë 1. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas viteve

Figurë 2. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas gjinisë

Figurë 3. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas grup-moshës

Figurë 4. Moshë mesatare e rasteve me tumore te orbitës sipas gjinisë

Figurë 5. Rangu i simptomave më të shpeshta

Figurë 6. Kohëzgjatja e simptomave më të shpeshta

Figurë 7. Struktura e pacientëve sipas mënyrës së diagnostikimit

Figurë 8. Struktura e rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit dex/sin

Figurë 9. Struktura e rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit inf/sup

Figurë 10. Struktura e rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës

Figurë 11. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit

Figurë 12. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas qasjes kirurgjike

TABELAT:

Tabelë 1. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas viteve dhe gjinisë

Tabelë 2. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas grup-moshës dhe gjinisë

Tabelë 3. Moshë mesatare e rasteve me tumore te orbitës sipas gjinisë

Tabelë 4. Simptomat me të shpeshta sipas gjinisë

Tabelë 5. Kohëzgjatja e simptomave më të shpeshta sipas gjinisë

Tabelë 6. Komplikimet sipas gjinisë

Tabelë 7. Diagnostikimi me CT vs. MRI

Tabelë 8. Numri i rasteve sipas nevojës për marrje të kontrastit

Tabelë 9. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas lokalizimit dex/sin dhe gjinisë

Tabelë 10. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit inf/sup dhe gjinisë

Tabelë 11. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit intrakonal/ekstrakonal dhe gjinisë

Tabelë 12. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe gjinisë

Tabelë 13. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe grup-moshës

Tabelë 14. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe moshës mesatare

Tabelë 15. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas diagnozës dhe imazherise

Tabelë 16. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas diagnozës dhe kohëzgjatjes së simptomave

Tabelë 17. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe kohëzgjatjes mesatare te simptomave

Tabelë 18. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe viteve

Tabelë 19. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas gjinisë dhe rekurencës

Tabelë 20. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe rekurencës

Tabelë 21. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe lokalizimit Inf/Sup

Tabelë 22. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe lokalizimit intrakonal/ekstrakonal

Tabelë 23. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe gjinisë

Tabelë 24. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas llojit të tumorit dhe grup-moshës

Tabelë 25. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas llojit të tumorit dhe moshës mesatare

Tabelë 26. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe kohëzgjatjes se simptomeve

Tabelë 27. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe kohëzgjatjes mesatare të simptomeve

Tabelë 28. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe pranisë së rekurrencave

Tabelë 29. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe gjinisë

Tabelë 30. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe lokalizimit inf/sup

Tabelë 31. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe lokalizimit intrakonal/ekstrakonal

Tabelë 32. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe lokalizimit dex/sin

Tabelë 33. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas heqjes se tumorit

Tabelë 34. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas heqjes se tumorit dhe diagnozes

Tabelë 35. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas llojit primar ose sekondar dhe gjinise

Tabelë 36. Numri i tumoreve beninje dhe malinje te orbitës sipas llojit primar ose sekondar

Tabelë 37. Tumoret sipas llojit primar/sekondar dhe diagnozave

APENDIKS

Figurë 1. Celluliti i orbitës

Figurë 2. Hemangioma me lokacion nga ana nazale.

Figurë 3. Cista epidemoide

Figurë 4. Hemangioma kavernoze retrobulbare

Figurë 5. Hemangioma kavernoze inferiore

Figurë 6. Limfoma ekstranodale e tipit nazal

Figurë 7. Adenokarcinoma cistike (gjëndra e lotit, spirocilindroma)

Figurë 8. Sëmundja Rosai Dorfman në orbitë

Figurë 9. Lezion ekstranodal i sëmundjes Rosai Dorfman në veshkë

Figurë 10. NonHodgkin Limfoma orbitale

Figurë 11. Ewing's Sarkoma

Figurë 12. Qasje kirurgjike me anë të orbitotomisë së përparme

Figurë 13. Orbitotomi laterale

Figurë 14. Masë tumorale e larguar nga orbita

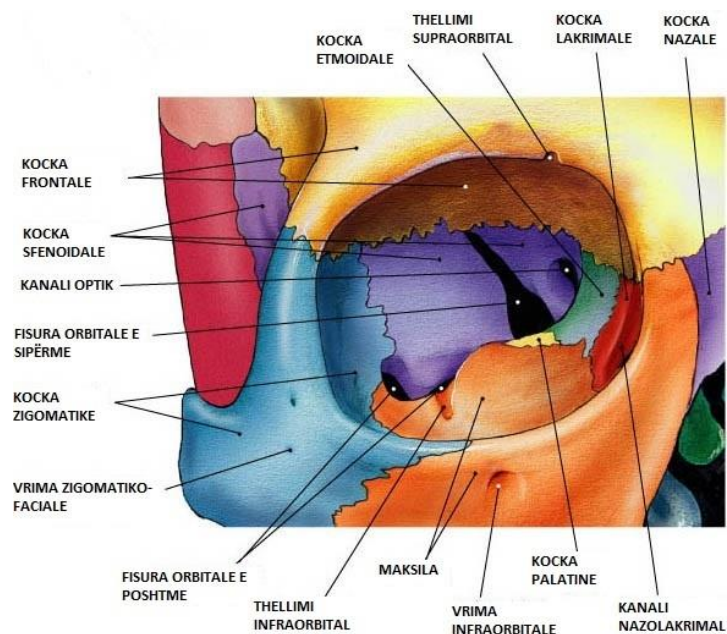
1. HYRJE

1.1 ANATOMIA E ORBITËS

Anatomia e orbitës është mjaft komplekse. Orbitat janë struktura konike, të cilat e ndajnë të tretën e sipërme të fytyrës nga e treta e mesme, duke e përkufizuar kështu organin e të pamurit ¹. Edhepse, dallojmë disa forma të orbitës, zakonisht muret, apeksi dhe baza e saj janë në formë kurvatures të perforuara në vrima (foramina) dhe çarje (fisura), ku gjejmë shumë struktura të parregullta në të cilat janë të insertuara ligamentet, muskujt dhe kapsula.² Apeksi i orbitës është i lokalizuar proksimalisht, derisa baza ka hapje kah skeleti i fytyrës. Apeksi dhe baza e orbitës përbëhen nga kocka e trashë, derisa muret janë me kockë të hollë. Lartësia e orbitës është 35 mm, derisa gjërësia është 40 mm e matur nga buzët. Forma e orbitës së fëmijëve ka formë të rrumbullakët, por me moshë zgjërohet. Prej buzës mediale deri te maja ka 45 mm gjatësi, derisa prej buzës laterale deri në majë ka 1 cm më pak.³ Orbita formohet nga shtatë kocka: frontale, sfenoidale, zigomatike, etmoidale, lakrimale, nazale dhe palatine.

Murin lateral e formojnë krahu i madh i kockës sfenoidale së bashku me kockën frontale dhe zigomatike. (Figurë 1)³

Figurë 1. Muret e orbitës



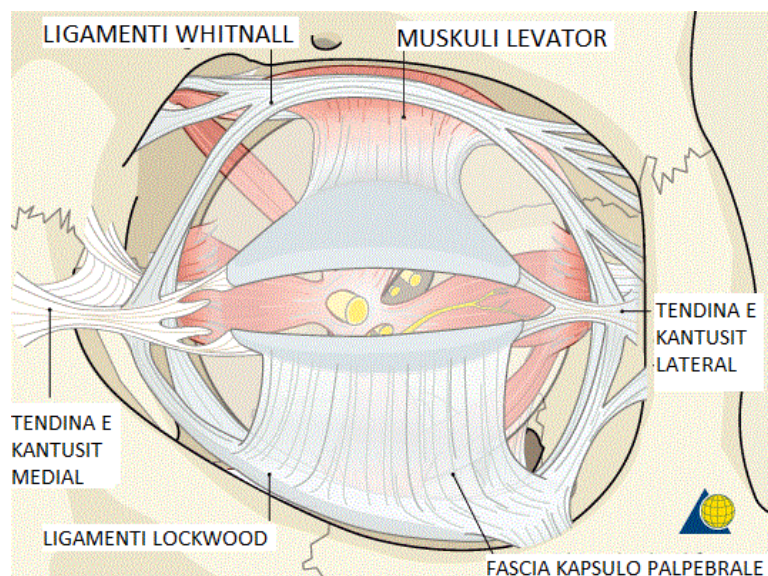
Pjesë të rëndësishme gjatë kirurgjisë së orbitës janë edhe tuberkuli i Whitnall, ku ngjiten tendina e kantusit lateral, briri i majtë i aponeurozës së levatorit, ligamenti i faqes së rektusit lateral, ligamenti Lockwood, ligamenti Whitnall dhe sutura

1.1 ANATOMIA E ORBITËS

frontozigomatike 1cm mbi tuberkul. Ligamenti Lockwood stabilizon uljen e kapakut të poshtëm, rrit fushën vizive inferiore gjatë shikimit poshtë dhe prevenon dislokimin e bulbusit poshtë, derisa ligamenti Whitnall stabilizon ngritjen e kapakut sipërm dhe nëse dëmtohet gjatë intervenimit mund të shkakton ptozë. (Figurë 2)⁴.

Muri i poshtëm apo dyshemeja formohet nga kocka sfenoidale, zgjatimi orbital i kockës palatine dhe zgjatimi orbital i kockës maksilare. Pjesë me rëndësi janë kanali dhe fisura infraorbitale, në të cilën kalojnë arteria infraorbitale dhe degëzimi maksillar i nervit trigeminal. Ky mur më së shpeshti pëson frakturë nga goditjet direkte për shkak se është më i holli dhe më i pa suportuari.

Figurë 2. Ligamenti Whitnall dhe Lockwood



Muri i brendshëm formohet nga krahu i vogël i kockës sfenoidale, nga kocka etmoidale, lakrimale, dhe zgjatimi frontal i maksilës. Zonë me rëndësi është sutura frontoetmoidale.² Kulmi formohet nga kocka sfenoidale dhe frontale.

Dimensionet mesatare të orbitës janë: lartësia e buzëve të orbitës - 40 mm, gjërësia e buzëve të orbitës - 35 mm, thellësia e orbitës - 40-50 mm, distanca mes orbitave - 25 mm, vëllimi i orbitës - 30 cm³.

Fisura orbitale e sipërme shtrihet mes krahut të madh dhe të vogël të kockës sfenoidale, në mes faqes laterale dhe kulmit të orbitës. Nëpër të kalojnë: nervat kranialë III, IV dhe VI (okulomotor, trohlear dhe abducens), nervi lakrimal, nervi frontal, nervi nazociliar, dega orbitale e arteries meningeale, dega rekurrente e arteries lakrimale, vena orbitale dega e sipërme, vena orbitale dega e poshtme dhe fibra simpatike prej pleksusit kavernoze.⁵

Nëpërmes *fisurës orbitale të poshtme* kalojnë nervi infraorbital, nervi zigomatik, parasimpatikët e gjëndrës lakrimale, arteria infraorbitale, vena infraorbitale, dega e

1.2 ONKOGJENEZA

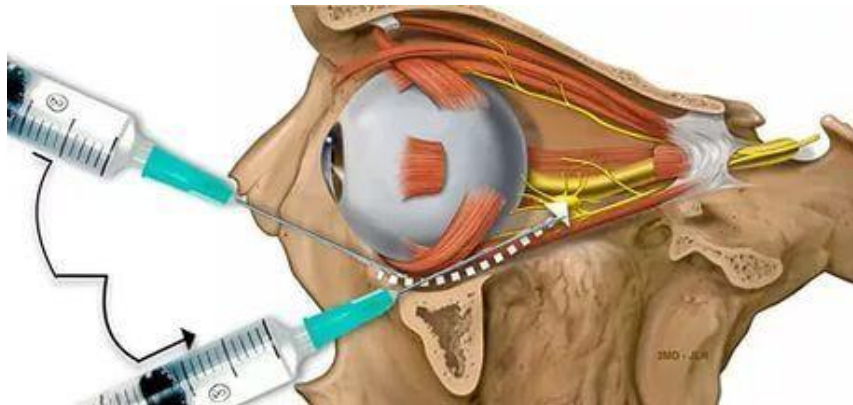
poshtme e venës oftalmike për pleksusin pterigoid. Ndërsa nëpër kanal in optik kalojnë nervi optik, arteria oftalmike dhe vena qendrore e retinës.^{2,3}

Hapësirat retrobulbare të orbitës janë *intrakonale dhe ekstrakonale*. Konin e formojnë muskujt ekstraokular. Të gjithë gjashtë muskujt përveç muskulit oblikv të poshtëm e formojnë konin muskular, i cili përfundon në apeksin e orbitës duke formuar unazën me tendine (annulus Zinn).⁶

Hapësira intrakonale përmban nervin optik, arterien oftalmike, degën e sipërme të nervit kranial III (okulomotor), nervin nazociliar, ganglionin ciliar, degën e poshtëm të nervit kranial III (okulomotor) dhe nervin e VI-të kranial (abducens). Në blloku retrobulbar bëhet anestezia e këtyre nervave (Figurë 3).⁷ Komplikimet nga blloku retrobulbar janë: hemorragjia retrobulbare, perforimi okular, injektimi subarahnoidal ose intradural, diplopia nga miotoksiciteti, distresi kardiorespirator, kontuzioni dhe atrofia e nervit optik, okluzioni vaskular retinal, sulmet toniko klonike, abrazioni i kornesë, hemoza si dhe ptoza.

Hapësira ekstrakonale përmban venën oftalmike, nervin lakrimal, nervin kranial IV dhe nervin frontal.⁷

Figurë 3. Blloku retrobulbar, hapësira ekstrakonale dhe intrakonale.



1.2 ONKOGJENEZA

Qelizat malinje dallojnë nga qelizat normale në kontrollim të rritjes së qelizës, morfologjisë së qelizës, interaksionit mes qelizave, sekretimit të proteineve dhe ekspresionit të gjeneve.⁸ Ekzistojnë dy lloj të klasave të gjeneve: proto onkogjenet dhe gjenet supresore të tumorit. Dallimi mes termit proto onkogjen dhe onkogjen është se proto onkogjeni është gjen, proteinat e së cilës luajnë rol në rritje të qelizës dhe nëse përjeton insult gjenetik mund të indukon transformim malinj të qelizës, derisa onkogjeni është gjen që veç ka përjetuar insult gjenetik dhe prodhon proteinë që shkakton transformim gjenetik.⁹

| 1.3 NYJET LIMFATIKE TË ORBITËS

Aktivizimi i onkogjeneve dhe inaktivizimi i gjeneve supresore luajnë rol në zhvillimin e tumoreve. Alterimi gjenetik tek shumica e tumoreve ka ndodhë ose spontanisht ose nga faktorë ekzogjen. Pra, onkogjenet shkaktojnë proliferim të pakontrolluar të qelizës si rezultat i ndërhyrjes në mekanizma të ciklit qelizor. Onkogjenet mund të gjinden edhe në agjentë infektiv.^{10,11} Sikurse për shembull në neoplazmën konjunktivale është treguar formimi i komplekseve në mes të proteinës së koduar nga E6 regjioni i HPV 16, 18, me proteinën e nikoqirit në gjenin p53, që në fund tregon për rolin etiologjik të HPV në zhvillimin e neoplazmës konjunktivale.¹²

1.3 NYJET LIMFATIKE TË ORBITËS

Pyetja që kërkon përgjigje prej kur u përshkrua sistemi limfatik rreth 400 vite më parë, është se a egzistojnë nyje limfatike në orbitë¹¹. Vitet e fundit duke ju falenderuar zhvillimit të biologjisë molekulare janë dhënë disa sqarime për sistemet e mundshme limfatike në orbitë, edhe pse nuk është identifikuar asnjë nyje e mirëfilltë limfatike që mbledh dhe eliminon limfën nga hapësira orbitale¹². Janë spjeguar pjesërisht disa sisteme. Njëra nga to është limfangiogjeneza e asocuar me inflamacion, ku progenitori i qelizave amë pluripotente ndikon në zhvillimin e endotelit limfatik prej endotelit të enëve të gjakut¹³. Studim tjetër bëhet në limfangiomat e orbitës ku janë vërejtur kanale endoteliale limfatike^{14,15}. Në fund studim tjetër me rëndësi është edhe roli i limfatikëve të meningjeve të nervit optik në absorbimin e lëngut cerebrospinal.¹⁶

1.4 KLASIFIKIMI I TUMOREVE TË ORBITËS

Tumoret e orbitës sipas lokacionit ndahen në **intrakonale**, **ekstrakonale** ose të përziera intra-ekstra konale dhe **intrakanalikulare** (brenda kanalit të nervit optik). Sipas analizave histopatologjike dallojmë tumoret: **beninje dhe malinje**. Ndërsa, sipas origjinës tumoret e orbitës ndahen në **primare**, **sekondare** dhe metastatike. Tumoret metastatike janë tumore që janë shpërndarë nga vendi primar i origjinës. Tumoret e formuara prej qelizave që janë shpërndarë quhen sekondare.¹⁷

Varësisht se prej çfarë lloji të qelizave janë formuar, tumoret e orbitës ndahen dhe emërtohen në disa nën grupe. **Tumore lakrimale** janë: adenoma pleomorfe, adenokarcinoma dhe karcinoma mukoepidermoide.¹⁸ **Tumore vazogjene**: hemangioma kapilare, hemangioma kaveroze, hemangiopericitoma, limfangioma, angiosarkoma, granuloma kolesterolike, hemangioendotelioma, hemangiosarkoma, sarkoma Kaposhi, sëmundja Kimura, leiomioma vaskulare, leiomiosarkoma vaskulare.¹⁹ **Tumore neurogjene**: meningioma, neurofibroma, neurilemoma, tumori neuroektodermal, neuroblastoma, astrocitoma e nervit optik.²⁰ **Tumore sekondare**: karcinoma e gjendres dhjamore, karcinoma e qelizave skuamoze, melanoma malinje, retinoblastoma agresive ne orbitë, karcinoma bazocelulare.²¹ **Inflamacione**: pseudotumori inflamator, çrregullimet limfo proliferative, granuloma Wegener, amiloidoza.²² **Tumore miogjene**: rabdomiosarkoma dhe leiomiosarkoma.²³ **Tumore fibrogjene dhe adipoze**: histocitoma fibroze malinje, fibroma, miksoma, liposarkoma miksoide, fibrosarkoma, lipoma, tumori inflamator miofibroblastik.²⁴ **Tumore limfo-hematopoetike**: limfoma Non-Hodgkin, sarkoma granulocitike dhe plazmocitoma.²⁵ **Tumore kockore ose kërcore**: osteosarkoma, mioziti progresiv osifikues dhe hondrosarkoma.²⁶ **Tumore cistike**: cista aneurizmale kockore, cista kolobomatoze, cista kongjenitale e syrit, cista konjunktivale e epiteliale, cista dermoide, cista duktalet e gjëndrës lakrimale, meningocela, meningoencefalocela, mukocela, cista e mbështjellësit të nervit optik, cista parazitike (hidatoze), cista respiratore dhe teratoma.

Tumoret që gjinden në pjesën **intrakonale** zakonisht paraqiten më humbje të hershme të të pamurit, lëvishmëri të kufizuar, proptoze aksiale (lëvizje përpara të bulbusit). Tumoret **ekstrakonale** japin simptoma të zhvendosjes së bulbusit varësisht nga pozita e tumorit. Tumoret në pjesën **intrakanalikulare** (apikale) paraqiten me humbje të të pamurit të hershme me dhimbje.²⁷ Proptoza paraqitet në të shumtën e rasteve pa dhimbje, por mund të paraqitet edhe me dhimbje në këto raste: inflamacione, trauma, invadimin e mureve të orbitës. Simptome tjera janë humbja e të pamurit, diplopia, bebëza e zvogëluar ose e zmadhuar për shkak të kompresionit të simpatikusit ose parasimpatikusit. Zhurma që dëgjohen me auskultim paraqiten tek fistulat artero-venoze.²⁸

Mëposhtë do të paraqesim disa nga tumoret që i kemi hasur gjatë hulumtimit tonë:

1.4.1 CISTA EHINGOKOSIKE

Sëmundja ehinokosike është një infeksion me parazitin *Echinococcus granulosus*. Është shumë e rrallë si e izoular vetëm në orbitë.^{29,30} Simptomet e kësaj ciste janë proptoza me ose pa dhimbje, lëvizshmëria e kufizuar e bulbusit, pamja e dobësuar dhe hemoza.^{30,31} Heqja kirurgjike në këto raste është trajtim primar, por kemoterapia përdoret nëse cista pëlçet ose për preventivë. Gjatë heqjes kirurgjike duhet kushtuar vëmendje heqjes complete dhe duhet kujdes ndaj rupturës së cistës.^{33,34}

1.4.2 RABDOMIOSARKOMA EMBRIONALE

Rabdomiosarkoma është tumor me shkallë të lartë të malinjitetit me rrezikshmëri të lartë për jetë. Mund të paraqitet më së shpeshti në kokë dhe qafë e në 10 % të rasteve edhe në orbitë. Zakonisht paraqitet me proptozë shumë të shpejtë deri në moshën 8 vjeçare.³⁵ Edhe pse rrallë shpërndarja metastatike mund të ndodh në mushkëri, kocka dhe në palcën kockore përmes rrugës hematogjene. Lokal mund të invadon kockat e orbitës dhe mund të shpërndahet intrakranial.³⁶ Diagnostikimi bëhet së pari me marjen e anamnezës. Dhimbja, humbja e të pamurit, shenjat e sinuzitit, mosha janë disa nga shenjat e para që duhet patur kujdes. Poashtu fotografimi me ECHO, CT dhe MRI ndihmojnë në diagnostikim. Në Echo paraqitet si masë mirë e kufizuar, heterogjene, jo e rregullt me ehogjenitet të ulët dhe qarkullim vaskular të ndryshueshëm në Doppler UZ. Tomografia e kompjuterizuar detekton nëse janë përfshirë edhe kockat. Paraqitet si masë mirë e kufizuar, homogjene, masë e indeve të buta që janë izodense në krahasim me muskujt. Trashja e kapakëve është njëra ndër shenjat.³⁷ MRI: e rëndësishme për rezulucion të hapësirës, kontrast të indeve të buta, dhe përhapjen intrakraniale. PET-CT është shumë e rëndësishme në vënjen e diagnozës.^{35,37} Trajtimi kirurgjik mund të bëhet në mënyrë incizionale ose ekcizionale. Më tepër këshillohet incizionale pasi që largohet mundësia e diseminimit të qelizave në indin e shëndoshë. Origjina e rabdomiosarkomës është nga qelizat pluripotente mezenhimale që nuk kanë aftësi të diferencohen në qeliza muskulore.³⁸ Ndahet në tre forma histologjike: pleomorfike, embrionale dhe alveolare, ku tipi embrional është më i shpeshti. Testet imunohistokimike përbëjnë pjesën kryesore të diagnostikimit. Markerët në rabdomiosarkomë janë antitropa kundër desminës (90%), aktinës muskulare specifike, myoD1 (71-91) dhe mioglobinës.³⁹ Diagnostikimi bëhet në bazë të gjetjeve histopatologjike dhe biopsisë incizionale ose ekcizionale. Nëse sëmundja është e lokalizuar dhe është hequr komplet me biopsinë ekcizionale, trajtimi bëhet vetëm me kemoterapi: VA (vinkristinë dhe aktinomicinë). Nëse pas biopsisë ka gjetje mikroskopike të sëmundjes atëherë trajtohet me kombinim të kemoterapisë (VA dhe ciklofosamid: VAC) dhe radioterapi 36 Gy. Nëse mbetet pjesë e madhe pas biopsisë atëherë aplikohet VAC dhe radioterapi me 45 Gy. Nëse ka metastaza të largëta atëherë aplikohet kemoterapi intenzive VA dhe doksorubicin që përcillet me kemoterpai një vit dhe radioterapi në të gjitha pjesët e kapura nga sëmundja.⁴⁰ Radioterapia: Në nivel 3600-5040 cGy mbi 4-5 javë. Brahiterapia: ofron nivel të lartë

në tumor me nivel të ulët në indet përreth dhe mund të konsiderohet në rastet ku radioterapia është e nevojshme dhe brahiterapia e përshtatshme.³⁵ Komplikimet që mund të vijnë nga radioterapia janë: katarakta, syri i thatë, hipoplazia e orbitës, ptoza, retinopatia nga rrezatimi, asimetria e fytyrës nga hipoplazioni i kockave, keratokonjuntiviti, stenoza e duktuseve lakrimale, defektet në dhëmbë, ngecje në rritje dhe neoplazma sekondare si psh sarkoma osteogjene, leukemia limfoblastike dhe melanoma. Nëse dyshohet për metastaza përfshin CT e krahërorit, inçizimi i kockave me Tc, punktura e palcës kockore. Progniza e rabdomiosarkomës në orbitë është e mirë për shkak të lokacionit të përshtatshëm dhe shenjat e hershme dërgojnë në diagnostikim të hershëm.⁴¹

1.4.3 GLIOMA E NERVIT OPTIK

Paraqet tumorin benign më të shpëstëtë primar të nervit optik.⁴² Ndërsa, tumori më i shpëstëtë i mbështjellësit të nervit optik është meningioma. Shumica e këtyre tumoreve janë beninj, por mund të jenë edhe malinje si psh, gangliomat, medulloepiteliomat, hemangioblastoma dhe hemangiopericitoma. Gliomat janë më të shpeshta tek femrat se te meshkujt.⁴³ Mund të paraqiten në çdo moshë por më së shpeshti simptomatike bëhen në moshën e fëmijërisë.⁴⁴ Shenjat më të shpeshta janë rrënia e të pamurit, proptoza, edema e papillës nervit optik dhe strabizmi. Disa pacientë mund të kenë (CRVO) okluzion të venës qendrore retinale nga kompresioni kronik i venave.⁴⁵ Diagnostikimi i gliomës së nervit optik mund të konfirmohet me anë të tomografisë së kompjuterizuar ose rezonancës magnetike. Në disa studime thuhet që glioma duhet përcjellur pasiqë mund edhe të tërhiqet, por në studime më të gjëra trajtimi nuk vonohet pasiqë mund të kalon nëpër hiazmën optike dhe të kalon në anën tjetër.⁴⁶ Te gliomat malinje humbja e të pamurit varet nga lokalizimi i tumorit. Nëse është në pjesën proksimale karakteristikë është turbullim i të pamurit dhe dhimbja retrobulbare. Zakonisht fundusi ka pamje normale por shumica e pacientëve kanë sëmundje vaskulare okluzive që kap papillën e nervit optik, duke përfshirë stazë venoze dhe edemë. Mund të ketë edhe hemorragji ekstenzive në polin e pasëm dhe fundusi mund të merr pamje të formës së okluzionit të venës qendrore të retinës si dhe mund të paraqitet glaukoma neovaskulare. Brenda 5-6 javëve kapen të dy sytë dhe pacienti bëhet i verbër komplet.⁴⁷ Moshfunksionimi i hipotalamusit, hemipareza dhe defekte tjera neurologjike zhvillohen në stazat më të vonshme si dhe vdekja mund të paraqitet mbas 1 viti. Gliomat malinje distale karakterizohen poashtu me humbje të një anshme të të pamurit, simptome neurologjike dhe vdekje. Por në këto raste humbja e të pamurit shoqërohet me papilë të nervit optik normal dhe më vonë zbehet.⁴⁸

1.4.4 HEMANGIOMA KAVERNOZE

Hemangioma kavernoze është neoplazma më e shpeshtë e orbitës dhe më tepër paraqitet te femrat. Shumica e hemangiomave janë të vendosura intrakonal ose lateral. Shkaktohen nga formimi i enëve të reja të gjakut, proliferimi i komponenteve të murit të enëve të gjakut dhe hiperplazioni i elementeve celulare. Hemangiomat mund të jenë kapilare ose kavernoze.⁵⁰ Si kapilare paraqitet në pesë vitet e para të jetës dhe rritet në madhësi për 6-10 muaj. Janë neoplazmat më beninje në orbitë dhe progredojnë ngadalë, vetëm në shtatzëni mund të rriten shpejtë. Më shpesh paraqiten në dekadën e dytë deri katërt dhe më shpesh te femrat. Proptoza e ngadalshme është simptoma kryesore. Prekja e muskujve ekstraokular dhe reduktimi i të pamurit shihen kur lezionet janë më të mëdha dhe kur lokalizohen në apeks.⁵¹ Shenja tjera mund të jenë striat retinale, hiperopia, kompresion i nervit optik, rritja e shtypjes intraokulare. Zakonisht këto tumore janë të buta dhe nuk ndrojnë madhësinë me manovrën e Valsavës ose kollitje. Lokalizimi ekstrakonal është i rrallë. Në një hulumtim rasti autori Rama me bashkëpunëtorë prezantojnë rastin me hemangiomë ekstrakonale, që e kanë trajtuar me ekscidim kirurgjik me orbitotomi të përparme.⁵² Kanë formë të rumbullakët ose ovale me kufinj mirë të përcaktuara. UZ, CT dhe MRI janë teknika që përdoren për diagnostikim. Angiografia përdoret rrallë.^{53,54}

1.4.6 MENINGIOMA E NERVIT OPTIK

Prej të gjitha masave intraorbitale vetëm 4% numërojnë meningiomat. Meningiomat janë tumore që rrjedhin nga vilet arahnoidale. Zakonisht kanë origjinë nga pjesa intrakraniale përgjatë krahut sfenoidal me zgjerim sekondar në orbitë përmes kockës orbitale, fisurës orbitale të sipërme ose kanalit të nervit optik.⁵⁵ Lezionet primare vijnë nga qelizat intraorbitale të nervit optik ose të pjesës intrakanalikulare.⁵⁶ Në disa raste meningiomat sekondare mund të jenë aq të mëdha sa që shpërndahen në të dy orbitat. Simptomat zakonisht përfshijnë humbjen graduale, pa dhimbje, unilaterale të të pamurit.⁵⁷ Poashtu defekti pupilar aferent mund të vërehet te meningiomat. Proptoza dhe oftalmoplegja mund të jenë prezente. Papila e nervit optik mund të jetë normale ose edematoze.⁵⁸

Diagnostikimi bëhet me CT dhe MRI. Meningioma malinje është shumë e rrallë dhe rezulton në rritje të shpejtë që nuk i përgjigjet trajtimit me prerje kirurgjike, radioterapi ose kemoterapi.⁵⁹

Sa i përket trajtimit ekzistojnë mundësi të ndryshme për trajtim. Embolizimi endovaskular mundet të devaskularizon me sukses meningiomat. Embolizimi përdoret së bashku me reseksion të tumorit.⁶⁰ Rrezatimi i tërë trurit dhe kirurgjia stereotaktike është treguar efektive në rritjen e tumorit. Radiokirurgjia aplikohet përmes thikës Gamma ose përmes akceleratorit linear.^{59,60}

1.4.5 CISTAT EPIDERMOIDE

Janë leziona të rralla, që mund të jenë kongjenitale ose të fituara.⁶¹ Cistat dermoide dhe epidermoide rrjedhin nga mekanizëm i njëjtë: dështim i ektodermës sipërfaqësore të ndahet plotësisht nga neuroektoderma.⁶² Edhe pse janë kongjenitale vetëm 1/4 diagnostikohen në lindje, tjerat në dekadën e parë të jetës.⁶³ Shumica manifestohen si masa incidentale të padhimshme, ose mund të shpërndahen në tërë orbitën dhe të manifestohen me proptozë.⁶⁴ Cistat dermoide inkluzionale mund të pëlqasin vetvetiu ose nga trauma dhe përbërja keratinoze mund të shkaktojë inflamacion në indet përreth.⁶⁵

1.4.7 OSTEOMA

Osteoma është një tumor benign i cili paraqitet më tepër në sinuse paranazale dhe hundë, megjithatë mund të paraqitet edhe në orbitë.⁶⁶ Kur paraqitet në orbitë zakonisht është vazhdimësi e ndryshimeve nga sinuset paranazale. Simptomi më i shpeshtë i osteomës paranazale është kokëdhimbja dhe dhimbja faciale.⁶⁷

Tumoret primare orbitale beninjë janë: Osteoid osteoma, displazioni fibroz, fibroma osifikuese, osteoblastoma, hondroma dhe tumori me qeliza gjigande. Ndërsa në grupin e tumoreve malinje dallojmë: osteosarkomën, hondrosarkomën, hondrosarkoma mezenkimale dhe sarkoma Ewing.⁶⁸ Osteoma e orbitës zakonisht paraqitet në moshat e reja dhe rrallë në kockat e orbitës. Shenjat vijnë nga zhvendosja e strukturave nga tumori dhe rezultojnë me proptozë, ptozë, deficit të motilitetit, kompresion të nervit optik ose zvogëlim në të pamur.⁶⁹ Lezionet orbitale mund të dërgojnë në dhimbje, deformitet, motilitet të zvogëluar nga tumori ose humbje të të pamurit. Trajtimi konsiston në ekcizion dhe ekzaminim histopatologjik për të përjashtuar malinjitetin.⁷⁰

1.5 DIAGNOSTIKIMI I TUMOREVE TË ORBITËS

Sa i përket sëmundjeve të orbitës shumë sëmundje mund të jenë të përfshira deri në diagnostikim të tumoreve. Ato mund të ndahen në sëmundje inflamatore, masë orbitale, sëmundje gjenetike që ndrojnë strukturën kockore të orbitës, vaskulare dhe funksionale. Varësisht prej lokalizimit të tumorit edhe simptomatologjia do të dallon.⁷¹ Tumoret **intrakonale** karakterizohen me: humbje të hershme të të pamurit, kufizim të lëvizjeve të syrit, proptozë aksiale (syri zhvendoset përpara). Tumoret **ekstrakonale** karakterizohen me proptozë të hershme nonaksiale. Tumoret **intrakanalikulare/apikale** karakterizohen me humbje të hershme të të pamurit me dhimbje (e shoqëruar me edemë të papillës së nervit optik).²⁸ Anamneza ka shumë rëndësi në diagnostikim të duhur të tumoreve të orbitës. Dhimbja mund të jetë simptom i inflamacionit ose infeksionit, hemoragjisë orbitale, tumorit malinj të gjëndrës lotit ose lezionit metastatik.^{72,73} Kohëzgjatja: Zakonisht kohëzgjatja e simptomeve mund të jetë indikator se për cilën sëmundje bëhet fjalë. Sëmundjet që fillojnë mbrenda disa ditëve tregojnë për inflamacion të orbitës, sklerit, miozit, dakrioadenit, cellulit, hemoragji, tromboflebit, rabdomiosarkomë, neuroblastomë ose tumor metastatik. Tumoret e orbitës kanë strukturë komplekse dhe diagnostikimi i tyre është mjaft kompleks. Njëra ndër shenjat klinike që dërgon në diagnostikim të tumoreve të orbitës është ekzoftalmusi ose proptoza. Proptoza quajmë zhvendosjen e bulbusit horizontalisht ose vertikalisht nga pozita normale.⁷⁴ Diagnozë diferenciale e proptozës mund të jetë retrakcioni i kapakëve te sëmundja Graves. Tumoret mund të jenë në formë të masës mirë të definuar si psh: hemangioma, neurofibroma, Schwannoma, hemangiopericitoma, meningioma dhe gliomat. Poashtu mukocela dhe mukopiocella janë masa të enkapsuluara në sinusët paranazalë që mund të dërgojnë në celulit të orbitës dhe proptozë. Me masë difuze paraqitet limfoma, hiperplazioni beninj reaktiv, celluliti i orbitës, histiocitoma fibroze, neurofibromat, dhe sarkomat. Orbitopatia endokrine poashtu manifestohet me proptozë unilaterale si dhe bilaterale.⁷¹ Tumoret e gjëndrës lotit mund të diagnostikohet me ECHO si dhe nëse prekin kockat atëherë mund të shihen në CT. Kur janë bilaterale mund të jenë rezultat i inflamacionit ose sarkoidozës. Tumoret që përmbajnë masë kockore mund të jenë osteoma, sarkoma osteogjenike dhe displazion fibroz. Sekondare mund të jenë metastazat nga prostata, tiroidea, mushkëritë, gjinjtë dhe veshkët.

1.6 DIAGNOZA DIFERENCIALE E TUMOREVE TË ORBITËS

Duke u bazuar në literaturë, nëse tumoret paraqiten intrakonal dhe e prekin nërvin optik, atëherë mundësia më e madhe është që të jetë gliomë e nervit optik, meningeomë e mbështjellësit dhe limfomë.⁷⁶ Tjera më pak të shpeshta janë kavernoma, neurinoma dhe metastazat.^{77, 78} Derisa, ekstrakonal më të shpeshta janë cista dermoide dhe adenoma pleomorfike e gjëndrës lakrimale. Hapësira intrakonale përmbanë: masë yndyrore, nervat kraniale (n.optik, n. okulomotor, dega nazociliare e n.oftalmik, n.abducens), ganglionin ciliar dhe arterien oftalmike. Hapësira ekstrakonale përmbanë: masë yndyrore, nervat kraniale (degët lakrimale dhe frontale të n.oftalmik, n.trohlear) dhe gjëndra lakrimale.⁷⁹ Hapësira mes periostit dhe kockës së orbitës quhet subperiost, dhe mukocela është procesi më i shpeshtë që mund të prek këtë pjesë. Poashtu osteoma, tumoret malinje ose displazionet fibroze mund të prekin kockën e orbitës dhe krahun sfenoidal. Meningioma e krahut sfenoidal është më e shpeshta në këtë regjion.⁸⁰ Sa i përket moshës prej moshës 0-10 vjeçe hemangioma, glioma e nervit optik dhe rabdomiosarkoma janë më të shpeshta, moshë 11-20 vjeçare përfshin më tepër rabdomiosarkomën³⁵, cistat dermoide dhe neurofibromën, 21-30 vjeçarët kanë më të shprehur mukocelën, inflamacionet dhe karcinomën adenoide cistike, 31-40 është moshë që më shpesh paraqitet me meningeomë, mukocelë dhe kavernoma, 51-60 limfoma, meningioma, mukocela,^{61,63} mbi moshën 60 vjeçare limfomat metastazat dhe meningiomat janë karakteristike. Lezionet më të shpeshta në fëmijëri janë: malformacionet, meningoencefalocela, mikroftalmus me cistë, horistomat (cista dermoide/epidermoide), teratoma, gjëndra lakrimale ektopike, tumori retinal; hamartomat,¹⁷ hemangiomat kapilare, limfangioma, varikset, malformacionet arteriovenoze, neurofibroma, neoplazmat primare: Schwannoma, glioma e nervit optik, meningioma e mbështjellësit të n.optik,⁸¹ sarkoma alveolare e pjesës së butë, rabdomiosarkoma, tumore tjera mezenkimale. Displazion fibroz dhe tumore tjera kockore: tumoret pas rrezatimit, tumore të gjëndrës lakrimale, tumore sekondare: meningioma sfenoidale, astrocitoma, angiofibroma, retinoblastoma, medulloepitelioma. Tumoret metastatike: neuroblastoma, sarkoma Ewing, tumori Wilms, leukemitë dhe limfomat: leukemia limfoblastike akute, leukemia mielogjene akute, limfoma burkitt, histiocitozat dhe ksantogranulomat: granuloma eozinofilike multifokale, histiocitoma sinusale, ksantogranuloma juvenile, inflamacionet: celluliti/abscesi, mukocela sino-orbitale, oftalmopatia Graves, pseudotumor inflamator, sëmundja sickle cell, masat tumorale që ekspandojnë shpejtë te fëmijët: rabdomiosarkoma, sarkomat tjera primare, neuroblastoma, lezionet tjera metastatike, sarkoma mieloide, limfoma burkitt, granuloma eozinofilike, sëmundja sickle cell, hemangioma kapilare, limfangioma, hematoma traumatike, cista dermoide (ruptura dhe inflamacioni), cista aneurizmale kockore, pseudotumori inflamator, celluliti/abscesi.^{17,82}

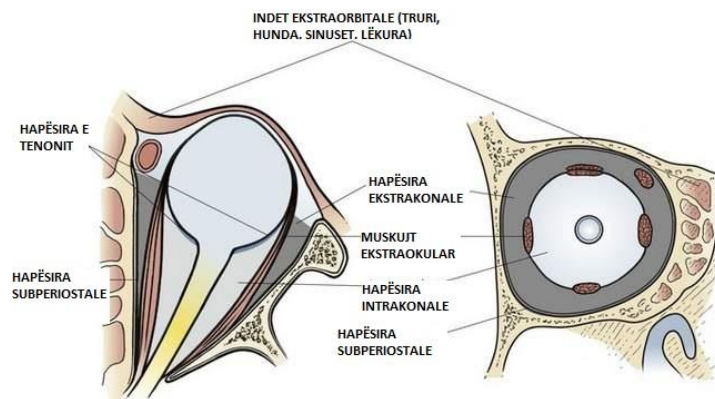
1.7 TRAJTIMI I TUMOREVE TË ORBITËS

Trajtimi i tumoreve të orbitës konsiston në kirurgji, kemoterapi si dhe radioterapi.

1.7.1 TRAJTIMI KIRURGJIK

Prerja kirurgjike në orbitë quhet orbitotomi. Qasja mund të jetë e sipërme, poshtme, mediale dhe laterale. Kirurgjia për heqjen e tumoreve të orbitës është mjaft komplekse dhe kërkon eksperiencë. Qëllimet kryesore të heqjes së tumorit janë parandalimi i tumorit për të kaluar në stad më të avansuar dhe për rrezik jete. Poashtu në prevenimin e humbjes së të pamurit dhe heqjen e simptomave që shkaktojnë tumoret e orbitës.⁸³ Prerjet kirurgjikale për qasjen në orbitë mund të jenë: supraorbitale, buzë të orbitës, rrudha e kapakut sipërm ose poshtëm, tarzusi, transkarunkulare, konjunktivale.⁸⁴ Për të vendosur se prej cilës pjesë do të qasemi orbitës, është njëra ndër vendimeve më të rënda. Varësisht se në cilën pjesë të orbitës gjindet tumori, duhet bërë edhe qasjen kirurgjikale. Ekzistojnë dy tipe të qasjes në orbitë: *transorbitale* (Fronto orbitale, fronto temporo - orbitale, subfrontale, pterionale) dhe *ekstraorbitale / transkraniale* (Orbitotomi lateral, orbitotomi e përparme, orbitotomi e përparme mediale, orbitotomi transetmoidale, orbitotomi e poshtme.⁸⁵ Orbitotomia e përparme: përdoret te lezionet në 2/3 e përparme të orbitës, më së shpeshti për biopsi incizionale; osteotominë e rimës së përparme orbitale: për lezionet më të mëdha; pa osteotomi: masë e sipërme në kapak, supraorbital ose nën vetull; Masë e poshtme transkonjunktivale, subciliare ose incizion i kapakut poshtëm. Tumoret që gjinden në pjesën e përparme të orbitës zakonisht trajtohen me qasje transorbitale derisa tumoret që gjinden në pjesën e pasme mund të trajtohen me qasje ekstraorbitale, pra transkraniale. Tumoret si psh glioma, meningioma, shvanoma të cilat gjenden në apeks të orbitës si dhe në nivel të fisura orbitalis superior, mund të trajtohen suksesshëm me anë të qasjes dy pjesëshe transkraniale⁸⁶. Ekzistojnë pesë hapësira kirurgjike: *subperiostale, ekstrakonale, intrakonale dhe subarahnoidale*. (Figurë 4)⁸⁷. Mendimi për kirurgji ipet duke u bazuar në gjendjen e të pamurit si dhe përhapjen intrakraniale.⁸⁷

Figurë 4. Hapësirat kirurgjike në orbitë



1.7.2 KEMOTERAPIA

Kemoterapia konsiderohet si alternativë më e sigurtë sesa rrezatimi sidomos te fëmijët.⁸⁸ Zakonisht përdoren këta agjentë: actinomycin D, vincristine, CCNV, 6 thioguanine, procarbazine, dibromodulato, topotecan, carboplatin dhe etoposide (glioma), cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine dhe prednison (CHOP), cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin dhe deksametazon (CVAD).⁸⁹ Efekti anësor më i shpeshtë toksik prej kemoterapisë zakonisht është mielosupresioni, anemia, infeksionet dhe gjakderdhjet jonormale. Insuficiencia kardiake si rezultat i zvogëlimit të funksionit të ventrikulit të majtë është një toksicitet tjetër nga kemoterapia.⁹⁰

1.7.3 RADIOTERAPIA

Radioterapia është një nga metodat që përdoret për trajtim të tumoreve të orbitës. Dallojmë rrezatim eksternal (me akcelerator linear) që përdoret më shpesh dhe rrezatim me implant (brahiterapi) -target rrezatim minimal në indet e shëndosha. Disa nga komplikimet e rrezatimit janë: katarakta, syri i thatë, hipoplazia e orbitës, ptoza, retinopatia nga rrezatimi, asimetria e fytyrës nga hipoplazioni i kockave, keratokonjuntiviti, stenoza e duktuseve lakrimale, defektet në dhëmbë, ngecje në rritje dhe neoplazma sekondare si sarkoma osteogjene, leukemia limfoblastike dhe melanoma.

KARAKTERISTIKAT EPIDEMIOLOGJIKE DHE KLINIKE TË TUMOREVE TË ORBITËS NË SHËRBIMIN E NEUROKIRURGJISË

2. QËLLIMI I STUDIMIT

Qëllimi i këtij punimi ishte vënia në dukje e patologjisë dhe evaluimi epidemiologjik, klinik, imazherik, trajtimi kirurgjik dhe përcjellja postoperative e tumoreve të orbitës në periudhë kohore 2008-2013, për të ofruar një qasje praktike në diagnozë diferenciale dhe për të përmirësuar taktiken e trajtimit të tumoreve të orbitës.

Objektivat e hulumtimit:

- Karakteristikat epidemiologjike të tumoreve orbitale.
- Karakteristikat e simptomeve të para të tumoreve të orbitës sipas diagnozës.
- Metodat diagnostikuese sipas patologjisë.
- Lokalizimi më i shpeshtë i tumoreve në orbitë.
- Grupimin e tumoreve sipas origjinës së indit dhe moshës
- Trajtimin kirurgjik i tumoreve të orbitës.
- Qasjen kirurgjike në bazë të lokacionit të tumorit.
- Përcjelljen postoperative të pacientëve.

3. MATERIALI DHE METODAT

Numri total i pacientëve të përfshirë në studim është 54 dhe përfshinë vetëm pacientët me tumore të orbitës prej vitit 2008 deri në vitin 2013 të mjekuar në Klinikën e Neurokirurgjisë pranë Qendrës Spitalore Universitare në Tiranë (QSUT). Në këtë hulumtim janë përfshirë vetëm pacientët të cilët janë diagnostikuar me tumor në orbitë. Diagnostikimi i pacientëve është bërë në bazë të shenjave klinike si ekzoftalmusit, mprehtësisë së të pamurit, matjes së shtypjes së syrit, ekzaminimit të fundusit të syrit, fushës vizive, imazherisë me CT dhe MRI të orbitave.

Ekzoftalmusi është matur me anë të ekzoftalmometrit te Hertel-it (Figurë 1). Ekzoftalmometri është një instrument që mat shkallën e zhvendosjes përpara të bulbusit. Ky instrument mat distancën prej buzës anësore të orbitës deri të pjesa më e përparme e kornesë.

3. MATERIALI DHE METODAT

Mprehtësia e të pamurit është matur me anë të tabelës së Snellen-it, ku në rreshta të optotipit janë të rënditur simbole të standardizuara për testimin e qartësisë së të pamurit. Tensioni i syrit është matur me tonometër aplanativ, ndërsa fundusi është ekzaminuar me oftalmoskop. (Figurë 1,2,3).

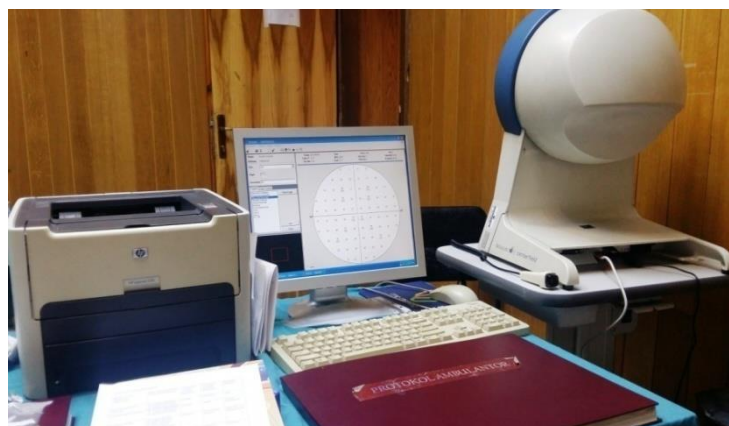
Figurë 1. Ekzofthalmometri i Hertel, OCT



Figurë 2. Biomikroskop me tonometer aplanativ, Keratorefraktometri, Oftalmoskopi



Figurë 3. Testimi i fushës vizive



| 3. MATERIALI DHE METODAT

Diagnoza e saktë është dhënë pas rezultatit histopatologjik të bërë pas heqjes së tumorit dhe të komentuar nga pato-onkologu. Për secilin pacient është bërë mbledhja e të dhënave për lokalizimin e tumorit, simptomet, metodën e diagnostikimit, rezultatin e biopsisë, llojin e intervenimit kirurgjik dhe qasjen kirurgjike. Të dhënat për secilin pacient janë siguruar nga kartelat e pacientëve. Për të gjithë pacientët janë siguruar këto të dhëna: emri dhe mbiemri, viti i lindjes, simptomat e para si kokëdhimbja, pastaj diplopia, kohëzgjatja e simptomave, vizusi i reduktuar, fundusi, defektet në fushën e të pamurit, oftalmoplegja, CT, MRI, dimensionet e tumoreve, lokalizimi në orbitë, data e operimit, diagnoza e pranimit, diagnostikimi histopatologjik, qasja kirurgjike, komplikimet, rekurrenca, gjendja pas operimit dhe përcjellja e gjendjes disa vite pas operimit. Të gjithë pacientët e paraqitur në hulumtim, i janë nënshtruar intervenimit kirurgjik. Përcjellja e pacientëve pas ndërhyrjeve është bërë për të gjithë me anë të CT kontrolluese të komentuar nga radio-onkologu.

Përpunimi i të dhënave është bërë me paketin statistikor SPSS 22. Prej parametrave statistikor janë llogaritur indeksi i strukturës, mesatarja aritmetike, devijimi standard, vlera minimale dhe maksimale. Testimi i të dhënave kualitative është bërë me X²-test dhe testin ekzakt të Fisherit, ndërsa i të dhënave kuantitative që kanë pasur shpërndarje normale me T-test. Dallimi është sinjifikant nëse $P < 0.05$.

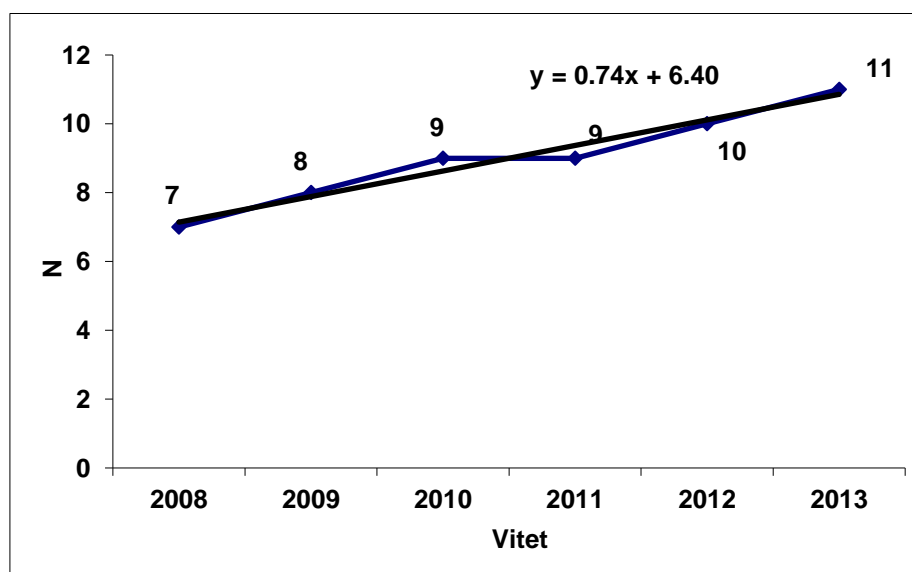
4. REZULTATET

Për periudhën 6 vjeçare 2008 deri 2013 në Klinikën e Neurokirurgjisë pranë Qendrës Spitalore Universitare në Tiranë, janë trajtuar 54 raste me tumore të orbitës, mesatarisht brenda vitit 9.0 raste. Më së shumti raste 11 ose 20.4% kemi pasur në vitin 2013, 10 raste ose 18.5% kemi pasur në vitin 2012, nga 9 raste ose 16.7% në vitin 2011 dhe 2010, 8 raste ose 14.8% në vitin 2009 dhe 7 raste ose 13.0% në vitin 2008. Për një vit mesatarisht janë trajtuar 4 femra dhe 5 meshkuj. Struktura gjinore sipas viteve ka qenë e ndryshme (Tabelë 1 dhe Figurë 1).

Tabelë 1. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas viteve dhe gjinisë

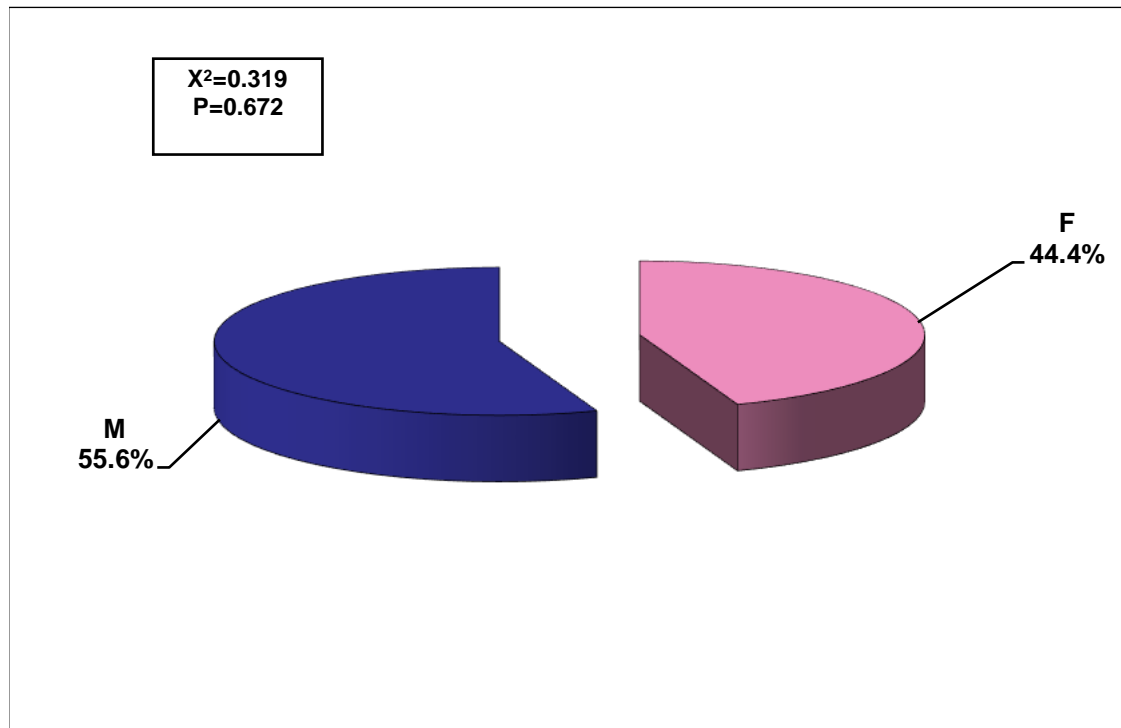
Viti	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
2008	5	20.8	2	6.7	7	13.0
2009	2	8.3	6	20.0	8	14.8
2010	5	20.8	4	13.3	9	16.7
2011	7	29.2	2	6.7	9	16.7
2012	4	16.7	6	20.0	10	18.5
2013	1	4.2	10	33.3	11	20.4
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
Mesatarja	4.0		5.0		9.0	

Figurë 1. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas viteve



4. REZULTATET

Figurë 2. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas gjinisë

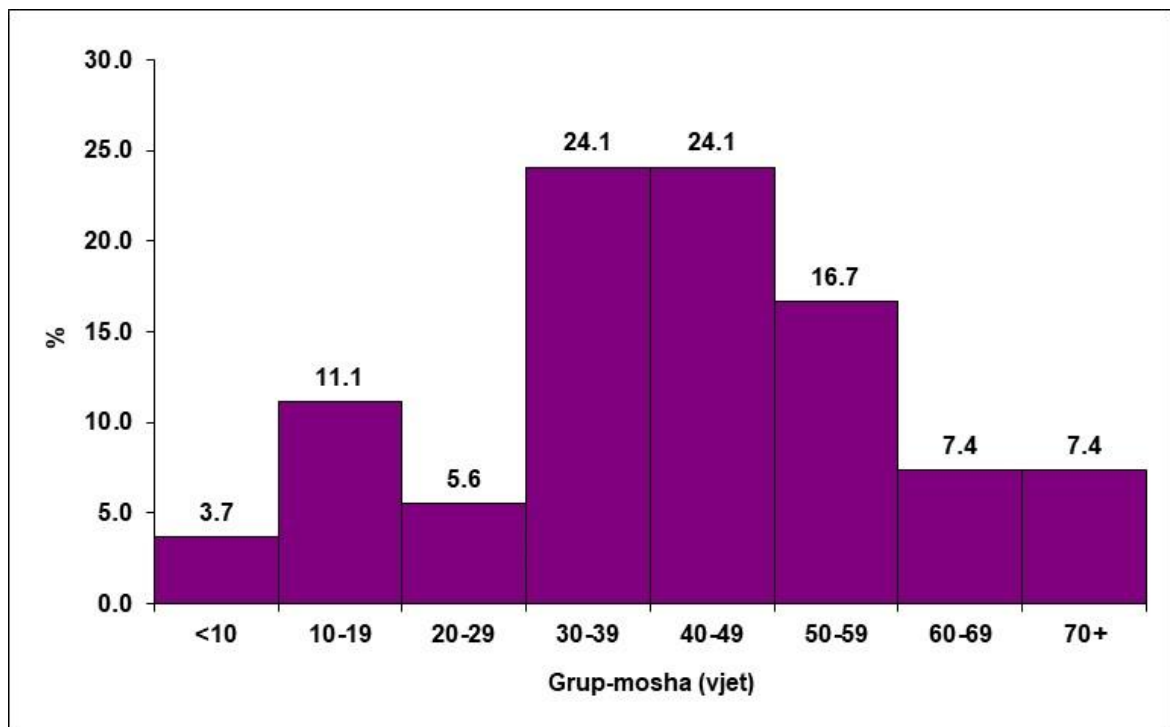


Me distribuimin e rasteve sipas gjinisë me X^2 -test nuk kemi fituar dallim me sinjiifikancë të rëndësishme statistikore ($X^2=0.319$, $P=0.672$). Nga 54 pacientët me tumore të orbitës 24 ose 44.4% ishin të gjinisë femërore dhe 30 ose 55.6% ishin të gjinisë mashkullore (Figurë 2).

Tabelë 2. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas grup-moshës dhe gjinisë

Grup - mosha (vjet)	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
<10	2	8.3	-	-	2	3.7
10-19	3	12.5	3	10.0	6	11.1
20-29	1	4.2	2	6.7	3	5.6
30-39	4	16.7	9	30.0	13	24.1
40-49	7	29.2	6	20.0	13	24.1
50-59	4	16.7	5	16.7	9	16.7
60-69	2	8.3	2	6.7	4	7.4
70+	1	4.2	3	10.0	4	7.4
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

Figurë 3. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas grup-moshës



Siç shihet në tabelën 2 dhe Figurën 3 në 48.2% të rasteve pacientët me tumore të orbitës ishin të grup-moshës 30 deri 49 vjet.

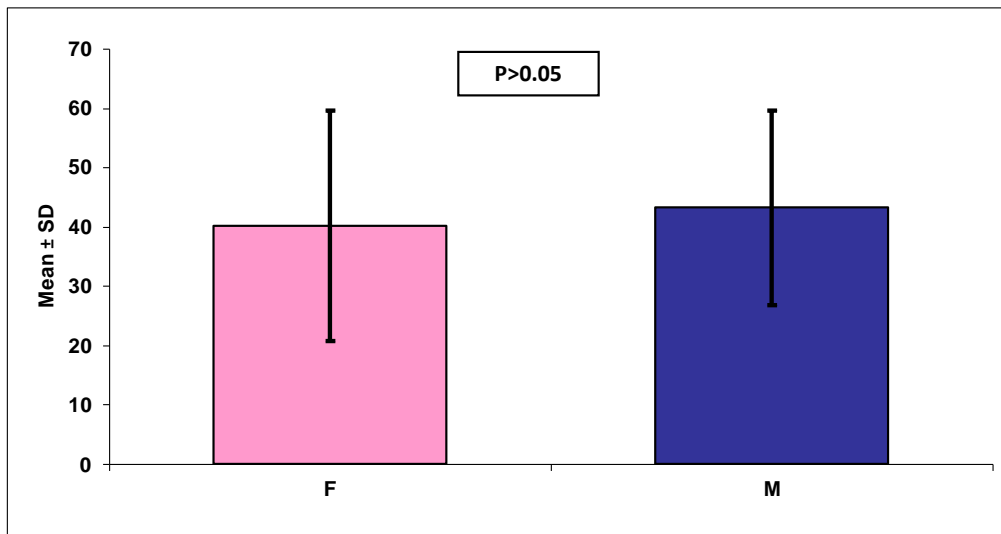
Në 16.7% të rasteve ishin 50-59 vjet, në 7.4% të rasteve ishin 60-69 vjet, 7.4% ishin mbi 70 vjet. Nën 30 vjet ishin 20.7% e pacientëve me tumore te orbitës.

Tabelë 3. Moshë mesatare e rasteve me tumore te orbitës sipas gjinisë

Moshë (vjet)	Gjinia		Gjithsej
	F	M	
N	24	30	54
Mesatarja	40.2	43.3	41.9
DS	19.5	16.4	17.7
Min	4	15	4
Max	76	72	76
T-test	T=0.098, P=0.862		

Në të dy gjinitë kemi pasur pacientë të moshave të ndryshme. Në mesin e gjinisë femërore kemi pasur fëmijë 4 vjeç deri të moshuar 76 vjeç. Në mesin e gjinisë mashkullore kemi pasur fëmijë 15 vjeç deri të moshuar 72 vjeç.

Figurë 4. Moshë mesatare e rasteve me tumore te orbitës sipas gjinisë



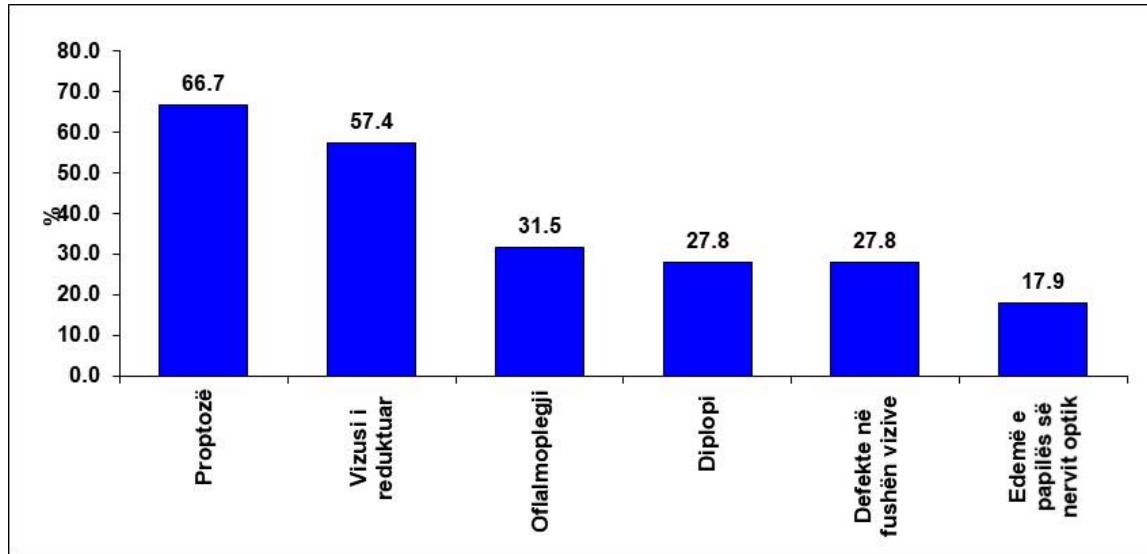
Moshë mesatare e pacientëve ishte 41.9 vjet (DS \pm 17.7 vjet), moshë mesatare e pacientëve të gjinisë femërore ishte 40.2 vjet (DS \pm 19.5 vjet), rang 4 deri 76 vjet. Moshë mesatare e pacientëve të gjinisë mashkullore ishte 43.3 vjet (DS \pm 16.4 vjet), rang 15 deri 72 vjet. Me T-test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore sipas gjinisë (T=0.098, P=0.862 pra P>0.05), (Tabelë 3 dhe Figurë 4).

Tabelë 4. Simptomat më të shpeshta sipas gjinisë

Simptomat	Gjinia				Gjithsej	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
Diplopi	9	37.5	6	20.0	15	27.8
Proptoze	18	75.0	18	60.0	36	66.7
Vizusi i reduktuar	10	41.7	21	70.0	31	57.4
Oftalmoplegji	10	41.7	7	23.3	17	31.5
Edemë e papilës së nervit optik	5	20.8	5	16.7	10	18.5
Defekte në fushën vizive	8	33.3	7	23.3	15	27.8

Simptomat më të shpeshta te tumorët e orbitës ishin proptoza 66.7%, vizusi i reduktuar 57.4%, oftalmoplegja 31.5%, diplopia 27.8%, defektet në fushën e të pamurit 27.8% dhe edema e papilës së nervit optik në 18.5% të rasteve me strukturë të ngjashme sipas gjinisë me përjashtim të pamjes së reduktuar që ishte shumë më i shpeshtë te meshkujt (Tabelë 4 dhe Figurë 5).

Figurë 5. Rangu i simptomave më të shpeshta

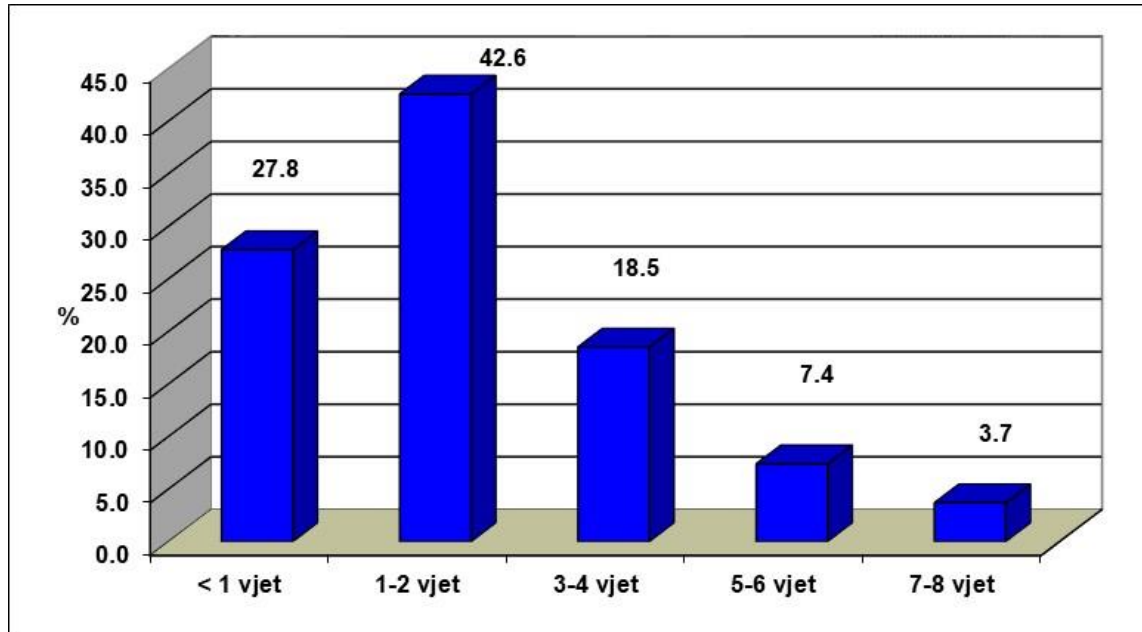


Simptomat më pak se 1 vjet kanë zgjatur te 27.8% e pacientëve me tumore të orbitës, 1-2 vjet te 42.6% e pacientëve, 3-4 vjet te 18.5% e pacientëve, 5-6 vjet te 7.4% e pacientëve dhe 7-8 vjet te 3.7% e pacientëve (Tabelë 5 dhe Figurë 6).

Tabelë 5. Kohëzgjatja e simptomave më të shpeshta sipas gjinisë

Kohëzgjatja e simptomave/vite	Gjinia				Gjithsej	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
< 1 vjet	7	29.2	8	26.7	15	27.8
1-2 vjet	13	54.2	10	33.3	23	42.6
3-4 vjet	1	4.2	9	30.0	10	18.5
5-6 vjet	2	8.3	2	6.7	4	7.4
7-8 vjet	1	4.2	1	3.3	2	3.7
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

Figurë 6. Kohëzgjatja e simptomave më të shpeshta



Te 7.4% e pacientëve kemi pasur komplikime nga tumoret, meshkujt 10.0% dhe femrat 4.2% (Tabelë 6). Komplikimet ishin efekte anësore nga kompresioni i tumorit në nervin optik që ka rezultuar me zvogëlim të të pamurit.

Tabelë 6. Komplikimet sipas gjinisë

Komplikime	Gjinia				Gjithsej	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
Po	1	4.2	3	10.0	4	7.4
Jo	23	95.8	27	90.0	50	92.6
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

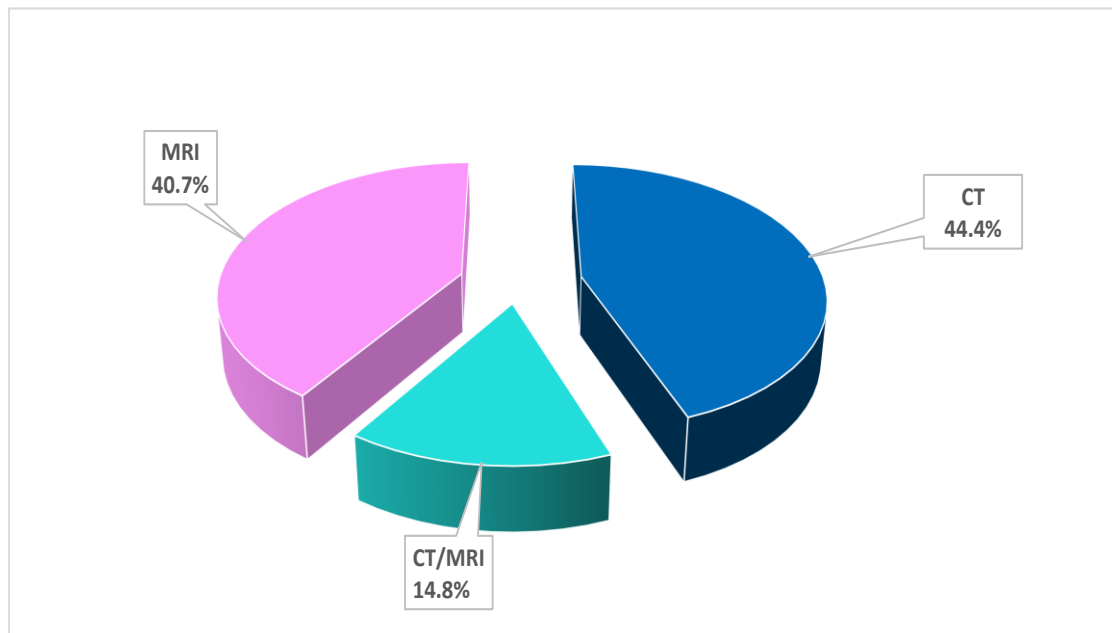
Sa i përket imazherisë pacientët janë diagnostikuar me tomografi të kompjuterizuar (CT) ose me rezonancë magnetike (MRI). Në disa raste ku kërkohet evaluim më i saktë i përhapjes së tumorit në orbitë diagnostikimi është bërë edhe me anë të CT edhe me MRI.

Tabelë 7. Diagnostikimi me CT vs. MRI

CT vs MRI	Gjinia				Gjithsej	
	F		M			
	N	%	N	%	N	%
CT	9	37.5	15	50.0	24	44.4
CT/MRI	5	20.8	3	10.0	8	14.8
MRI	10	41.7	12	40.0	22	40.7
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
X ² -test, P-value	X ² =2.123, P=0.354					

Te 42.6% e pacientëve diagnostikimi është bërë me CT, te 42.6% me MRI dhe te 14.8% edhe me CT edhe me MRI. Sipas gjinisë të meshkujt diagnostikimi është bërë më shpesh me CT kurse te femrat me MRI por pa dallim sinjifikant (X²-test=2.133, P=0.344 pra P>0.05), (Tabelë 7).

Figurë 7. Struktura e pacientëve sipas mënyrës së diagnostikimit



Sa i përket rezonancës magnetike ajo mund të bëhet pa kontrast dhe me kontrast. Të dy metodat janë të njëjta, vetëm se te MRI me kontrast injektohet ose merret përmes gojës një tretje që hyn në enët e gjakut dhe shënjon pjesë të caktuara të indeve të buta, gjë që radiologut i ndihmon të fiton një imazh më të qartë dhe të diagnostikon më lehtë sidomos rritjen e një tumori.

Tabelë 8. Numri i rasteve sipas nevojës për marrje të kontrastit

Kontrast	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
Merr	10	41.7	9	30.0	19	35.2
Nuk merr	14	58.3	21	70.0	35	64.8
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
Fisher test	P=0.407					

Pra, në tabelën 8 kemi paraqitur rezultatet ku në 35.2% të rasteve pacientët me tumore të orbitës është dashur të marrin kontrast për të mundur të diagnostikohen me imazheri.

Më tej të gjithë pacientët janë ekzaminuar edhe për lokacionin e tumorit. Së pari kemi analizuar numrin e rasteve sipas lokalizimit në orbitë të majtë ose të djathtë sipas gjinisë e pastaj lokacionin e tumorit brenda në orbitë që mund të jetë intrakonal, ekstrakonal e pastaj medial, lateral, në pjesën e sipërme, poshtme apo retrobulbar.

Numri më i madh i tumoreve ishin të lokalizuar majtas dhe atë në gjininë mashkullore derisa lokacioni më i shpeshtë brenda në orbitë ishte në pjesën e sipërme. Në tabelën 9 janë të paraqitura përqindjet e lokalizimit të këtyre tumoreve pas analizës statistikore që kemi bërë te pacientët e përfshirë në studim.

Tabelë 9. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas lokalizimit djathtas/majtas dhe gjinisë

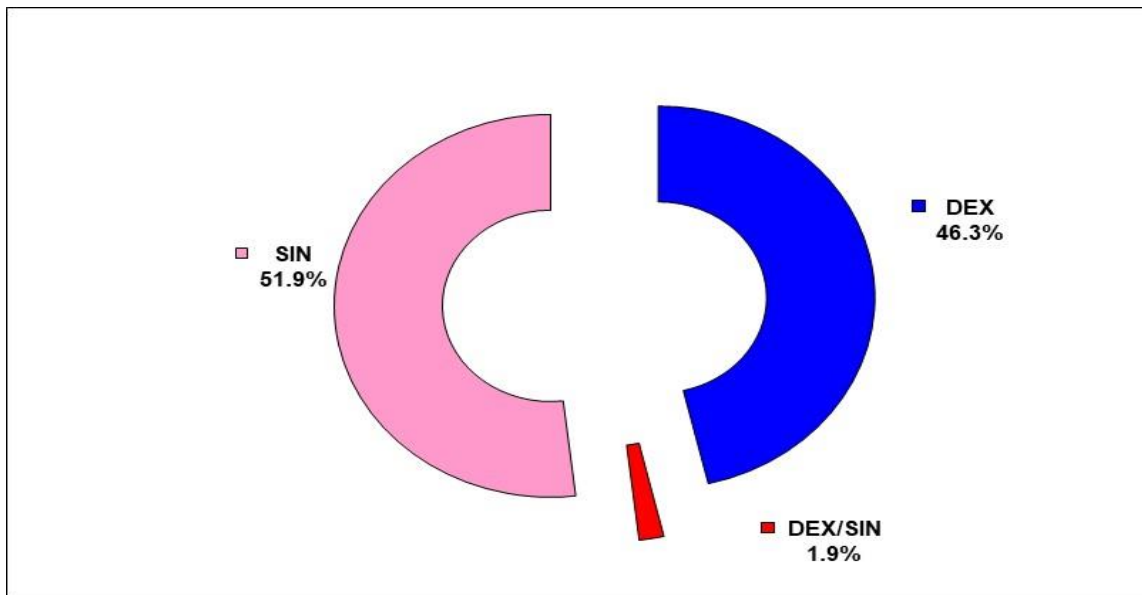
Orbita dex/sin	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
DEX	14	58.3	11	36.7	25	46.3
DEX/SIN	-	-	1	3.3	1	1.9
SIN	10	41.7	18	60.0	28	51.9
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
X ² -test, P-value Dex/Sin	X ² =1.43, P=0.232					

Pra, në 51.9% të rasteve tumorët e orbitës ishin të lokalizuar majtas, në 46.3% djathtas dhe vetëm një rast ose 1.9% ishte i dyanshëm edhe djathtas edhe majtas. Ky pacient

4. REZULTATET

është paraqitur me proptozë bilaterale në të dy sytë. Në fund është diagnostikuar me metastazë gastrike në orbitë, që është një metastazë shumë e rrallë, por duhet të merret parasysh si diagnozë diferenciale në tumoret e orbitës. Te meshkujt më shpesh 60.0% ishin të lokalizuar majtas kurse te femrat në 58.3% ishin të lokalizuar djathtas por me X2-test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore në numrin e rasteve sipas lokalizimit dhe gjinisë ($X^2=1.43$, $P=0.232$ pra $P>0.05$), (Tabelë 9 dhe Figurë 8).

Figurë 8. Struktura e rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit djathtas/majtas



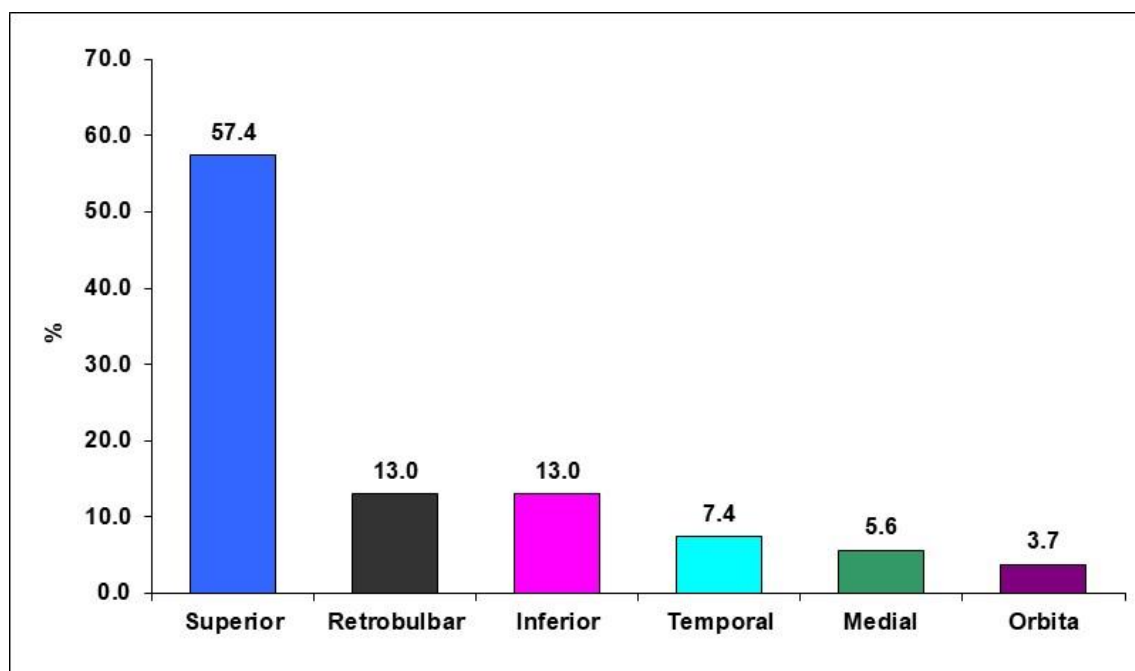
Siç e përmendëm më sipër, më së shpeshti tumorët e orbitës ishin të lokalizuar në pjesën superiore të orbitës dhe atë me 57.4% (F 50.0% vs. M 63.3%), retrobulbar 13.0% (F 16.7% vs. M 10.0%), inferior 13.0% (F 8.3% vs. M 16.7%), temporal 7.4, medial 5.6% dhe me infiltrim në orbitë ishin 3.7% (Tabelë 10 dhe Figurë 9).

4. REZULTATET

Tabelë 10. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit dhe gjinisë

Lokalizimi Inf Sup	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
INF	2	8.3	5	16.7	7	13.0
MEDIAL	1	4.2	2	6.7	3	5.6
ORBITA	2	8.3	-	-	2	3.7
RETROBULBAR	4	16.7	3	10.0	7	13.0
SUP	12	50.0	19	63.3	31	57.4
TEMPORAL	3	12.5	1	3.3	4	7.4
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

Figurë 9. Struktura e rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit



Një rëndësi të veçantë diagnostike dhe terapeutike ka edhe lokalizimi i tumori në raport me konin muskular në orbitë që mund të jetë intrakonal apo ekstrakonal. Në bazë të këtij lokalizimi do të vendoset edhe qasja kirurgjike që do të përdoret për largimin e tumorit. Në hulumtimin tonë lokalizimi ekstrakonal ishte në frekuencë më të madhe sesa ai intrakonal. Poashtu kemi analizuar edhe lokalizimin e tumoreve të orbitës duke u bazuar në gjininë dhe si përfundim gjinia femërore kishte numër më të

4. REZULTATET

madh të lokalizimit ekstrakonal duke e krahasuar me lokalizimin te meshkujt. Në tabelën e rradhës kemi paraqitur numrin e pacientëve femra dhe meshkuj dhe lokalizimin e tumoreve të orbitës ku nga 54 pacientë, 19 pacientë femra kishin lokalizimin ekstrakonal dhe 5 kishin lokalizim intrakonal, ndërsa 18 pacientë meshkuj kishin lokalizimin ekstrakonal dhe 12 intrakonal. Në bazë të këtyre rezultateve kemi nxjerrë edhe përqindjen e lokalizimit intrakonal dhe ekstrakonal.

Tabelë 11. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas lokalizimit intrakonal/ekstrakonal dhe gjinisë

Lokalizimi intrakonal/ekstrakonal	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
EKSTRAKONAL	19	79.2	18	60.0	37	68.5
INTRAKONAL	5	20.8	12	40.0	17	31.5
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
X ² -test, P-value	X ² =0.56, P=0.454					

Në 68.5% të rasteve tumoret e orbitës ishin të lokalizuara ekstrakonal dhe në 31.5% ishin intrakonal. Te meshkujt në 60.0% të rasteve ishin të lokalizuara ekstrakonal kurse te femrat në 79.2% ishin të lokalizuara ekstrakonal, por me X²-test nuk kemi fituar dallim me sinjifikancë të rëndësishme statistikore në numrin e rasteve sipas lokalizimit ekstra ose intrakonal dhe gjinisë (X²=0.56, P=0.454 pra P>0.05), (Tabelë 11).

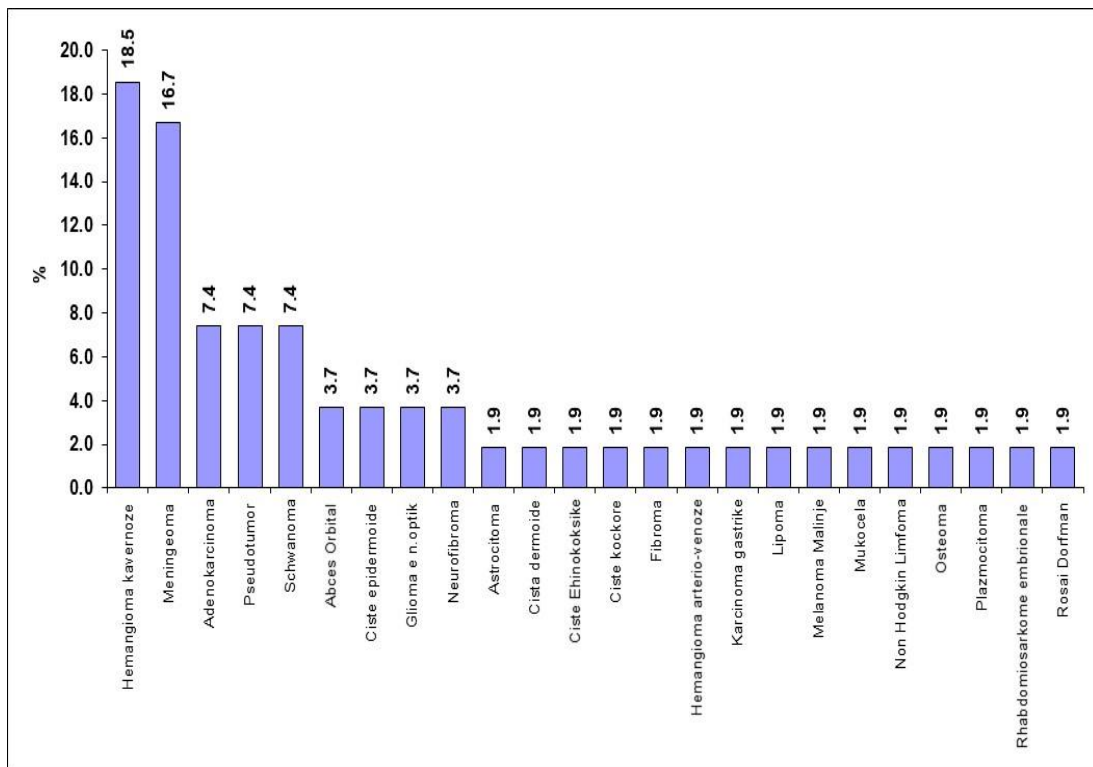
Në vazhdim do të ndalemi te lloji i tumoreve të orbitës sipas analizave histopatologjike. Orbita është një hapësirë ku mund të jenë të panishme lloje të ndryshme të tumoreve. Poashtu edhe trajtimi varet nga lloji i tumorit që është i pranishëm. Nëse tumoret janë të natyrës beninje atëherë largimi kirurgjik i tumorit do të bëhet varësisht nga lokalizimi, derisa nëse lloji është malinj atëherë vendoset për metodën kirurgjike dhe mund të ketë nevojë për terapi adjuvante me radioterapi ose me kemoterapi. Pra, lloji i tumori ka një rëndësi të madhe si në vendosjen e trajtimit ashtu edhe në prognozën pas trajtimit.

Tabelë 12. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe gjinisë

Diagnoza	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
Abces Orbital	-	-	2	6.7	2	3.7
Adenokarcinoma	1	4.2	3	10.0	4	7.4
Astrocitoma	1	4.2	-	-	1	1.9
Cista dermoide	-	-	1	3.3	1	1.9
Ciste Ehinokoksike	1	4.2	-	-	1	1.9
Ciste epidermoide	-	-	2	6.7	2	3.7
Ciste kockore	-	-	1	3.3	1	1.9
Fibroma	1	4.2	-	-	1	1.9
Glioma e n.optik	-	-	2	6.7	2	3.7
Hemangioma arterio-venoze	-	-	1	3.3	1	1.9
Hemangioma kavernoze	3	12.5	7	23.3	10	18.5
Karcinoma gastrike	-	-	1	3.3	1	1.9
Lipoma	1	4.2	-	-	1	1.9
Melanoma Malinje	-	-	1	3.3	1	1.9
Meningioma	6	25.0	3	10.0	9	16.7
Mukocela	-	-	1	3.3	1	1.9
Neurofibroma	2	8.3	-	-	2	3.7
Non Hodgkin Limfoma	1	4.2	-	-	1	1.9
Osteoma	1	4.2	-	-	1	1.9
Plazmocitoma	1	4.2	-	-	1	1.9
Pseudotumor	2	8.3	2	6.7	4	7.4
Rhabdomiosarkome embrionale	1	4.2	-	-	1	1.9
Rosai Dorfman	1	4.2	-	-	1	1.9
Schwannoma	1	4.2	3	10.0	4	7.4
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

Në hulumtimin tonë kemi hasur në të gjitha llojet e tumoreve të orbitës. Si lloji me frekuencë më të madhe ishte hemangioma kavernoze. Nga 54 rastet e përfshira në hulumtim 10 ose 18.5% ishin hemanigoma kavernoze, 9 ose 16.7% ishin meningioma, nga 4 ose 7.4% pseudotumore, schwannoma, dhe adenokarcionoma, nga 2 raste ose 3.7% absces orbital, glioma e nervit optik dhe neurofibroma dhe vetëm nga një rast ose 1.8% ishin lloje tjera të tumoreve (Tabelë 12 dhe Figurë 10).

Figurë 10. Struktura e rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës



Përveç llojit në hulumtimin tonë analizuar edhe moshën në të cilën janë paraqitur këto tumore. Mbi moshën 60 vjeçare tumori më i shpeshtë ishte meningioma, derisa llojet tjera si cistat kockore dhe hemangiomat ishin pak më rrallë të paraqitura, sa i përket tumoreve malinje karcinoma e gjëndrës lotit ishte më e shpeshtë në këtë grupmoshë. Në moshat 40-59 vjeçare më tepër ishin të pranishme meningioma, hemangioma dhe në frekuencë më të vogël edhe pseudotumoret.

Në moshën 20-39 vjeçare hemangioma kavernoze ishte më e shpeshta, e më pas edhe pseudotumoret, meningioma, por nuk mungonin edhe llojet tjera vetëm se në frekuencë më të vogël. Në moshën 10-19 vjeçare në një shpërndarje të barabartë ishin të pranishme cistat epidermoide, fibroma, glioma e nervit optik dhe hemangioma. Derisa edhe në moshën nën 10 vjeçare tumoret ishin të shpërndara në mënyrë të barabartë.

Tabelë 13. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe grup-moshës

Diagnoza	Grup-mosha (vjet)										Gjithsej	
	<10		10-19		20-39		40-59		60+		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Abces Orbital	-	-	-	-	-	-	2	9.1	-	-	2	3.7
Adenokarcinoma	-	-	-	-	2	12.5	1	4.5	1	12.5	4	7.4
Astrocitoma	-	-	-	-	-	-	1	4.5	-	-	1	1.9
Cista dermoide	-	-	1	16.7	-	-	-	-	-	-	1	1.9
Ciste Ehinokoksike	-	-	-	-	-	-	1	4.5	-	-	1	1.9
Ciste epidermoide	-	-	-	-	2	12.5	-	-	-	-	2	3.7
Ciste kockore	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.5	1	1.9
Fibroma	-	-	1	16.7	-	-	-	-	-	-	1	1.9
Glioma e n.optik	-	-	1	16.7	1	6.3	-	-	-	-	2	3.7
Hemangioma arterio-venoze	-	-	-	-	-	-	1	4.5	-	-	1	1.9
Hemangioma kavernoze	-	-	1	16.7	4	25.0	3	13.6	2	25.0	10	18.5
Karcinoma Gastrike	-	-	-	-	-	-	1	4.5	-	-	1	1.9
Lipoma	-	-	-	-	1	6.3	-	-	-	-	1	1.9
Melanoma Malinje	-	-	-	-	-	-	1	4.5	-	-	1	1.9
Meningioma	-	-	-	-	1	6.3	5	22.7	3	37.5	9	16.7
Mukocela	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12.5	1	1.9
Neurofibroma	-	-	-	-	1	6.3	1	4.5	-	-	2	3.7
Non Hodgkin Limfoma	1	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.9
Osteoma	-	-	1	16.7	-	-	-	-	-	-	1	1.9
Plazmocitoma	-	-	1	16.7	-	-	-	-	-	-	1	1.9
Pseudotumor	-	-	-	-	3	18.8	1	4.5	-	-	4	7.4
Rhabdomiosarkome embrionale	1	50.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.9
Rosai Dorfman	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1.9
Schwannoma	-	-	-	-	1	6.3	3	13.6	-	-	4	7.4
Gjithsej	2	100.0	6	100.0	16	100.0	22	100.0	8	100.0	54	100.0

Nga dy rastet te femijët nën 10 vjet një ishte rabdomiosarkomë embrionale dhe një NonHodgkin limfomë. Fëmiju me rabdomiosarkomë embrionale ishte i moshës 4 vjeçar, dhe me NonHodgkin limfomë ishte 7 vjeçar. Nën 20 vjet ishin cista dermoide, fibroma, gliome e n.optik, hemangioma kavernoze, osteoma, plazmocitoma, kurse rastet tjera ishin më të vjetër se 20 vjet (Tabelë 13).

Tabelë 14. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe moshës mesatare

DIAGNOZA	N	Moshë (vjet)			
		Mesatarja	DS	Min	Max
Abces Orbital	2	52.0	9.9	45	59
Adenokarcinoma	4	49.3	19.1	33	72
Astrocitoma	1	47.0	-	47	47
Cista dermoide	1	18.0	-	18	18
Ciste Ehinokoksike	1	51.0	-	51	51
Ciste epidermoide	2	31.5	2.1	30	33
Ciste kockore	1	68.0	-	68	68
Fibroma	1	13.0	-	13	13
Glioma e n.optik	2	25.5	13.4	16	35
Hemangioma arterio-venoze	1	47.0	-	47	47
Hemangioma kavernoze	10	43.3	19.6	15	71
Karcinoma Gastrike	1	44.0	-	44	44
Lipoma	1	31.0	-	31	31
Melanoma Malinje	1	56.0	-	56	56
Meningioma	9	51.8	13.8	39	76
Mukocela	1	63.0	-	63	63
Neurofibroma	2	42.5	4.9	39	46
Non Hodgkin Limfoma	1	7.0	-	7	7
Osteoma	1	14.0	-	14	14
Plazmocitoma	1	15.0	-	15	15
Pseudotumor	4	36.5	12.1	24	53
Rhabdomiosarkome embrionale	1	4.0	-	4	4
Rosai Dorfman	1	44.0	-	44	44
Schwannoma	4	48.8	9.1	37	56
Gjithsej	54	41.9	17.7	4	76

Moshë mesatare me cista kockore ishte 68 vjeç, me mukocelë ishte 63, me melanomë malinje metastatike 56 vjeç. Mesatarja e moshës me absces orbital ishte 52 vjeç, adenokarcinomë ishte 49.3, më tej mesatarja e moshës për schwannomën ishte 48.8 vjeçare, për astrocitomë dhe hemangiome arterio-venoze ishte 47, Rosai Dorfman dhe karcinomë gastrike 44 vjeç. Hemangioma kavernoze moshë mesatare ishte 43.3

4. REZULTATET

vjeçare, neurofibroma 42.5, pseudotumoret 36.5, cista epidermoide 31.5, lipoma 31 dhe për të tjerat nën 30 vjeç (Tabelë 14).

Tabelë 15. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas diagnozës dhe imazherisë

DIAGNOZA	CT		CT/MRI		MRI		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Abces Orbital	2	100.0	-	-	-	-	2	100.0
Adenokarcinoma	4	100.0	-	-	-	-	4	100.0
Astrocitoma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Cista dermoide	-	-	1	100.0	-	-	1	100.0
Ciste Ehinokoksike	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Ciste epidermoide	1	50.0	-	-	1	50.0	2	100.0
Ciste kockore	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Fibroma	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Glioma e n.optik	-	-	2	100.0	-	-	2	100.0
Hemangioma arterio- venoze	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Hemangioma kavernoze	4	40.0	2	20.0	4	40.0	10	100.0
Karcinoma Gastrike	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Lipoma	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Melanoma Malinje	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Meningioma	2	22.2	-	-	7	77.8	9	100.0
Mukocela	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Neurofibroma	-	-	2	100.0	-	-	2	100.0
Non Hodgkin Limfoma	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Osteoma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Plazmocitoma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Pseudotumor	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
Rhabdomiosarkome embrionale	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Rosai Dorfman	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Schwannoma	2	50.0	-	-	2	50.0	4	100.0
Gjithsej	24	44.4	8	14.8	22	40.7	54	100.0

Tabelë 16. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas diagnozës dhe kohëzgjatjes së simptomëve

DIAGNOZA	Kohezgjatja e simptomëve (vjet)										Gjithsej	
	<1		1-2		3-4		5-6		7-8		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Abces Orbital	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-	2	100.0
Adenokarcinoma	2	50.0	-	-	1	25.0	1	25.0	-	-	4	100.0
Astrocitoma	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Cista dermoide	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Ciste Ehinokoksike	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Ciste epidermoide	1	50.0	-	-	-	-	1	50.0	-	-	2	100.0
Ciste kockore	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Fibroma	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Glioma e n.optik	-	-	-	-	2	100.0	-	-	-	-	2	100.0
Hemangioma arterio-venoze	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Hemangioma kavernoze	2	20.0	4	40.0	2	20.0	1	10.0	1	10.0	10	100.0
Karcinoma Gastrike	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Lipoma	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	1	100.0
Melanoma Malinje	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Meningioma	1	11.1	7	77.8	1	11.1	-	-	-	-	9	100.0
Mukocela	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Neurofibroma	-	-	2	100.0	-	-	-	-	-	-	2	100.0
Non Hodgkin Limfoma	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Osteoma	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Plazmocitoma	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Pseudotumor	1	25.0	1	25.0	2	50.0	-	-	-	-	4	100.0
Rhabdomiosarkome embrionale	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Rosai Dorfman	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Schwannoma	-	-	3	75.0	1	25.0	-	-	-	-	4	100.0
Gjithsej	15	27.8	22	40.7	11	20.4	4	7.4	2	3.7	54	100.0

Diagnostikimi i tumoreve të orbitës përmes imazherisë dallon prej llojit të tumorit. Kështu lloje të ndryshme të tumoreve kërkojnë edhe përzgjedhje të ndryshme

| 4. REZULTATET

diagnostike imazherike. Për këtë shkak kemi analizuar edhe llojin e imazherisë që ka sjellë deri te diagnostikimi i llojeve të caktuara të tumoreve. Në hulumtimin tonë abscesi orbital, adenokarcinoma, cista echinokoksike, fibroma, hemangioma arterio-venoze, lipoma, melanoma maline, mukocela, nonHodgkin limfoma është diagnostikuar vetëm me CT.

Cista kockore, karcinoma gastrike, osteoma, plazmocitoma dhe Rosai Dorfman janë diagnostikuar vetëm me MRI (100%), kurse të tjera janë diagnostikuar në të gjitha rastet edhe me CT edhe me MRI (Tabelë 15).

Te tumoret e orbitës simptomat kanë zgjatur prej një muaj deri në tetë vjet. Prej 7-8 vjet simptomat kanë zgjatur te hemangiomat arteriovenoze. Prej 5 deri në 6 vjet kanë zgjatur te lipoma, prej 3-4 kanë zgjatur te cista dermoide, te cista kockore, dhe më pak se një vjet simptomat kanë zgjatur te astrocitoma, cista ehinokoksike, melanoma malinje, mukocela, limfoma, osteoma dhe rabdomiosarkoma embrionale (Tabelë 16 dhe Tabelë 17).

Pra, sipas tabelës 17 mund të shohim edhe kohëzgjatjen mesatare të simptomave sipas llojit të tumorit ku te lipoma ishte 6 vjet, te hemangioma kapilare ishte 4 vite, te cistat epidermoide dhe kockore ishin rreth 3 vite dhe adenokarcinoma, glioma e nervit optik, hemangioma kavernoze, limfoma, meningioma, neurofibroma dhe schwannoma ishin rreth 2 vite. Fibroma, abscesi, astrocitoma, cista ehinokoksike, melanoma malinje metastatike, mukocela, Non-Hodgkin limfoma dhe osteoma ishin me kohëzgjatje nën 1 vjet.

4. REZULTATET

Tabelë 17. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe kohëzgjatjes mesatare te simptomeve

DIAGNOZA	N	Kohezgjatja e simptomeve (vjet)			
		Mesatarja	DS	Min	Max
Abces Orbital	2	1.5	0.7	1	2
Adenokarcinoma	4	2.2	3.3	0.1	6
Astrocitoma	1	0.5	-	0.5	0.5
Cista dermoide	1	3.0	-	3	3
Ciste Ehinokoksike	1	0.3	-	0.3	0.3
Ciste epidermoide	2	3.2	4.0	0.3	6
Ciste kockore	1	3.0	-	3	3
Fibroma	1	1.0	-	1	1
Glioma e n.optik	2	3.0	-	3	3
Hemangioma arterio-venoze	1	7.0	-	7	7
Hemangioma kavernoze	10	2.7	2.3	0.2	7
Karcinoma Gastrike	1	2.0	-	2	2
Lipoma	1	6.0	-	6	6
Melanoma Malinje	1	0.3	-	0.3	0.3
Meningioma	9	2.0	0.9	0.6	4
Mukocela	1	0.8	-	0.8	0.8
Neurofibroma	2	2.0	-	2	2
Non Hodgkin Limfoma	1	0.2	-	0.2	0.2
Osteoma	1	0.2	-	0.2	0.2
Plazmocitoma	1	1.0	-	1	1
Pseudotumor	4	2.7	1.7	0.6	4
Rhabdomiosarkome embrionale	1	0.2	-	0.2	0.2
Rosai Dorfman	1	0.6	-	0.6	0.6
Schwannoma	4	1.8	1.0	1	3
Gjithsej	54	2.2	1.9	0.1	7

Tabelë 18. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe viteve

DIAGNOZA	Viti												Gjithsej	
	2008		2009		2010		2011		2012		2013		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Abces Orbital	-	-	-	-	1	50.0	-	-	-	-	1	50.0	2	100.0
Adenokarcinoma	-	-	1	25.0	1	25.0	1	25.0	1	25.0	-	-	4	100.0
Astrocitoma	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Cista dermoide	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Ciste Ehinokoksike	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Ciste epidermoide	-	-	1	50.0	1	50.0	-	-	-	-	-	-	2	100.0
Ciste kockore	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	1	100.0
Fibroma	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Glioma e n.optik	1	50.0	-	-	1	50.0	-	-	-	-	-	-	2	100.0
Hemangioma arterio-venoze	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	1	100.0
Hemangioma kavernoze	2	20.0	3	30.0	-	-	-	-	2	20.0	3	30.0	10	100.0
Karcinoma Gastrike	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Lipoma	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Melanoma Malinje	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Meningioma	1	11.1	1	11.1	1	11.1	1	11.1	3	33.3	2	22.2	9	100.0
Mukocela	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Neurofibroma	-	-	-	-	-	-	1	50.0	-	-	1	50.0	2	100.0
Non Hodgkin Limfoma	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Osteoma	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Plazmocitoma	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Pseudotumor	1	25.0	2	50.0	-	-	-	-	1	25.0	-	-	4	100.0
Rhabdomiosarkome embrionale	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Rosai Dorfman	-	-	-	-	-	-	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Schwannoma	-	-	-	-	-	-	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0

Shpërndarja e llojit të tumoreve të orbitës sipas viteve është prezentuar në tabelën 18.

Tabelë 19. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas gjinisë dhe rekurencës

Rekurrenca	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
Po	4	16.7	3	10	7	13
Jo	20	83.3	27	90	47	87
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
Fisher test	P=0.999					

4. REZULTATET

Tumoret e orbitës edhe përkundër trajtimit kanë tendencë të rekurrencës në disa lloje. Poashtu largimi subtotal i tumorit mund të jetë shkaktar i rekurrencave të tumoreve të orbitës. Sa i përket gjinisë ajo mashkullore ka rezultuar me numër më të madh të rekurrencave. Te 13% e pacientëve me tumore të orbitës kemi pasur rekurrenca, femrat 16.7% vs. meshkujt 10 % por pa dallim sinjifikant sipas gjinisë (P=0.341), (Tabelë 19). Ndërsa nëse bëhet krahasimi i llojeve të tumoreve të orbitës që kanë pasë rekurrencë atëherë në studimin tonë rekurrencë kanë pasë astrocitoma, adenokarcinoma, meningioma dhe Rosai Dorfman. Pra, nëse i krahasojmë me përqindje atëherë rekurrenca ka pasur në të gjitha rastet (100.0%) te astrocitoma dhe Rosai Dorfman. Te tumoret tjera nuk ka pasur rekurrenca për periudhën sa janë përcjellur (Tabelë 20).

Tabelë 20. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe rekurencës

DIAGNOZA	Rekurrenca				Gjithsej	
	PO		JO			
	N	%	N	%	N	%
Abces Orbital	-	-	2	100.0	2	100.0
Adenokarcinoma	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Astrocitoma	1	100.0	-	-	1	100.0
Cista dermoide	-	-	1	100.0	1	100.0
Ciste Ehinokoksike	-	-	1	100.0	1	100.0
Ciste epidermoide	-	-	2	100.0	2	100.0
Ciste kockore	-	-	1	100.0	1	100.0
Fibroma	-	-	1	100.0	1	100.0
Glioma e n.optik	-	-	2	100.0	2	100.0
Hemangioma arterio-venoze	-	-	1	100.0	1	100.0
Hemangioma kavernoze	-	-	10	100.0	10	100.0
Karcinoma Gastrike	-	-	1	100.0	1	100.0
Lipoma	-	-	1	100.0	1	100.0
Melanoma Malinje	-	-	1	100.0	1	100.0
Meningioma	3	33.3	4	66.7	9	100.0
Mukocela	-	-	1	100.0	1	100.0
Neurofibroma	-	-	2	100.0	2	100.0
Non Hodgkin Limfoma	-	-	1	100.0	1	100.0
Osteoma	-	-	1	100.0	1	100.0
Plazmocitoma	-	-	1	100.0	1	100.0
Pseudotumor	-	-	4	100.0	4	100.0
Rhabdomiosarkome embrionale	-	-	1	100.0	1	100.0
Rosai Dorfman	1	100.0	-	-	1	100.0
Schwannoma	-	-	4	100.0	4	100.0
Gjithsej	7	13	47	87	54	100.0

Tabelë 21. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe lokalizimit Inf/Sup

DIAGNOZA	Lokalizimi Inf Sup												Gjithsej		
	INF		MEDIAL		ORBITA		RETROBUL		SUP		TEMPORAL		N	%	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Abces Orbital	1	14.3	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	2	3.7
Adenokarcinoma	-	-	-	-	-	-	1	14.3	3	9.7	-	-	4	7.4	
Astrocitoma	-	-	-	-	-	-	1	14.3	-	-	-	-	1	1.9	
Cista dermoide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Ciste Ehinokoksike	1	14.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.9	
Ciste epidermoide	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6.5	-	-	2	3.7	
Ciste kockore	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Fibroma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25.0	1	1.9	
Glioma e n.optik	-	-	-	-	-	-	1	14.3	1	3.2	-	-	2	3.7	
Hemangioma arterio-venoze	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Hemangioma kavernoze	3	42.9	-	-	-	-	1	14.3	5	16.1	1	25.0	10	18.5	
Karcinoma Gastrike	-	-	-	-	-	-	1	14.3	-	-	-	-	1	1.9	
Lipoma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Melanoma Malinje	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Meningioma	1	14.3	-	-	2	100.0	1	14.3	4	12.9	1	25.0	9	16.7	
Mukocela	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Neurofibroma	-	-	1	33.3	-	-	-	-	1	3.2	-	-	2	3.7	
Non Hodgkin Limfoma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Osteoma	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Plazmocitoma	-	-	1	33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.9	
Pseudotumor	-	-	-	-	-	-	-	-	4	12.9	-	-	4	7.4	
Rhabdomiosarkome embrionale	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3.2	-	-	1	1.9	
Rosai Dorfman	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25.0	1	1.9	
Schwannoma	1	14.3	1	33.3	-	-	1	14.3	1	3.2	-	-	4	7.4	
Gjithsej	7	100.0	3	100.0	2	100.0	7	100.0	31	100.0	4	100.0	54	100.0	

Me lokalizim inferior kanë qenë shtatë tumore të orbitës prej të cilave 3 ose 42.9% ishin hemangioma kavernoze dhe me lokalizim superior ishin shumica e tumoreve orbitale prej gati të gjitha diagnozave (Tabelë 21).

Tabelë 22. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas diagnozës dhe lokalizimit intrakonal/ekstrakonal

DIAGNOZA	Lokalizimi intrakonal/ekstrakonal				Gjithsej	
	Ekstrakonal		Intrakonal		N	%
	N	%	N	%		
Abces Orbital	2	5.3	-	-	2	3.7
Adenokarcinoma	4	10.5	-	-	4	7.4
Astrocitoma	-	-	1	6.3	1	1.9
Cista dermoide	1	2.6	-	-	1	1.9
Ciste Ehinokoksike	1	2.6	-	-	1	1.9
Ciste epidermoide	2	5.3	-	-	2	3.7
Ciste kockore	1	2.6	-	-	1	1.9
Fibroma	1	2.6	-	-	1	1.9
Glioma e n.optik	1	2.6	1	6.3	2	3.7
Hemangioma arterio- venoze	1	2.6	-	-	1	1.9
Hemangioma kavernoze	5	13.2	5	31.3	10	18.5
Karcinoma Gastrike	-	-	1	6.3	1	1.9
Lipoma	1	2.6	-	-	1	1.9
Melanoma Malinje	1	2.6	-	-	1	1.9
Meningioma	7	18.4	2	12.5	9	16.7
Mukocela	1	2.6	-	-	1	1.9
Neurofibroma	-	-	2	12.5	2	3.7
Non Hodgkin Limfoma	1	2.6	-	-	1	1.9
Osteoma	1	2.6	-	-	1	1.9
Plazmocitoma	1	2.6	-	-	1	1.9
Pseudotumor	1	2.6	-	-	1	1.9
Rhabdomiosarkome embrionale	4	10.5	-	-	4	7.4
Rosai Dorfman	1	2.6	-	-	1	1.9
Schwannoma	-	-	4	25.0	4	7.4
Gjithsej	38	100.0	16	100.0	54	100.0

Me lokalizim ekstrakonal ishin dy të tretat e tumoreve të orbitës prej të cilëve ishin të patologjive të ndryshme, kurse me lokalizim intrakonal ishin më pak lloje të tumoreve (Tabelë 22). Lloji neurogjjen ishte me frekuencë më të madhe te gjinia femërore, derisa lloji vazogjen ishte te gjinia mashkullore. Pra, lloji më i shpeshtë i tumorit te të dy gjinitë ishte ai neurogjjen me 33.3% (F 41.7% vs. M 26.7%), pastaj ai vazogjen me 22.2% (F 12.5% vs. M 30.0%), cista dhe inflamacione me 11.1% (F 8.3% vs. M 13.3%), tumoret limfo-hematopoetike me 5.6% (F 8.3% vs. M 3.3%). Tumoret

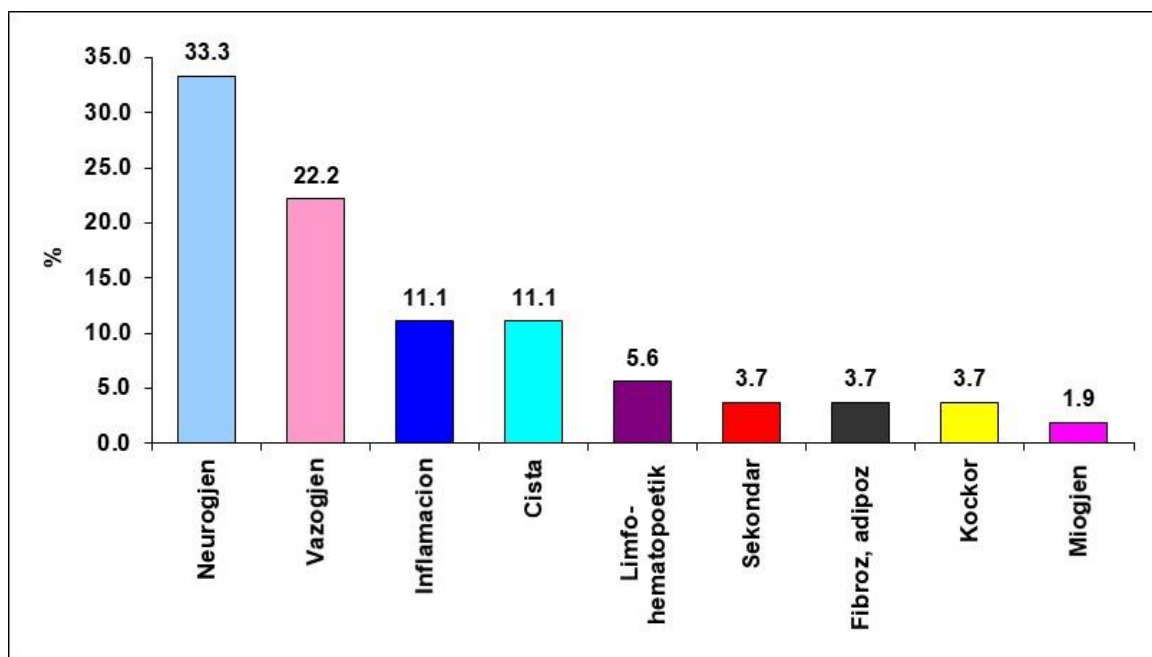
4. REZULTATET

lakrimale, fibroze (adipoz), kockore dhe sekondare kanë qenë nga dy raste ose nga 3.7% e numrit të përgjithshëm të rasteve. Tumor miogjen kemi pasur vetëm një rast ose 1.9% (Tabelë 23).

Tabelë 23. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe gjinisë

Lloji i tumorit	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
Lakrimal	1	4.2	1	3.3	2	3.7
Vazogjen	3	12.5	9	30.0	12	22.2
Neurogjen	10	41.7	8	26.7	18	33.3
Sekondar	-	-	2	6.7	2	3.7
Inflamacion	2	8.3	4	13.3	6	11.1
Miogjen	1	4.2	-	-	1	1.9
Fibroz, adipoz	2	8.3	-	-	2	3.7
Limfo-hematopoetik	2	8.3	1	3.3	3	5.6
Kockor	1	4.2	1	3.3	2	3.7
Cista	2	8.3	4	13.3	6	11.1
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

Figurë 11. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit



4. REZULTATET

Tabelë 24. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas llojit të tumorit dhe grup-moshës

Lloji i tumorit	Grup-mosha (vjet)										Gjithsej	
	<10		10-19		20-39		40-59		60+		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Lakrimal	-	-	-	-	-	-	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Vazogjen	-	-	1	8.3	4	33.3	4	33.3	2	16.7	12	100.0
Neurogjen	-	-	1	5.6	4	22.2	10	55.6	3	16.7	18	100.0
Sekondar	-	-	-	-	1	50.0	1	50.0	-	-	2	100.0
Inflamacion	-	-	-	-	3	50.0	3	50.0	-	-	6	100.0
Miogjen	1	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Fibroz, adipoz	-	-	1	50.0	1	50.0	-	-	-	-	2	100.0
Limfo-hematopoetik	1	33.3	1	33.3	-	-	1	33.3	-	-	3	100.0
Kockor	-	-	1	50.0	-	-	-	-	1	50.0	2	100.0
Cista	-	-	1	16.7	2	33.3	2	33.3	1	16.7	6	100.0
Gjithsej	2	3.7	6	11.1	15	27.8	22	40.7	8	14.8	54	100.0

Të moshës 60 e më shumë vjet kanë qenë 14.8% e rasteve me tumore të orbitës. Të moshës 40-59 vjet kanë qenë 40.7% e rasteve me tumore të orbitës kështu që mosha mesatare ishte 41.7 vjet. Tumoret kockore dhe ato lakrimale më shpesh janë paraqitur te moshat e shtyera kështu 50.0% e tumoreve kockore dhe atyre lakrimale janë paraqitur te mosha mbi 60 vjet (Tabelë 24).

Tabelë 25. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas llojit të tumorit dhe moshës mesatare

Lloji i tumorit	N	Moshë (vjet)			
		Mesatarja	DS	Min	Max
Lakrimal	2	65.0	9.9	58	72
Vazogjen	12	43.6	18.7	15	71
Neurogjen	18	45.3	16.4	4	76
Sekondar	2	44.5	16.3	33	56
Inflamacion	6	40.2	12.0	24	59
Miogjen	1	4.0	-	-	-
Fibroz, adipoz	2	22.0	12.7	13	31
Limfo-hematopoetik	3	22.0	19.5	7	44
Kockor	2	41.0	38.2	14	68
Cista	6	41.3	17.0	18	63
Gjithsej	54	41.7	18.4	4	76

4. REZULTATET

Te moshat më të shtyera janë paraqitur tumoret lakrimale (mestarja 65 vjet, rang 58 deri 72 vjet), neurogjene (mestarja 45.3 vjet, rang 4 deri 76 vjet), sekondare (mestarja 44.5 vjet, rang 33 deri 56 vjet), cistat (mestarja 41.3 vjet, rang 18 deri 63 vjet), kockore (mestarja 41.0 vjet, rang 14 deri 68 vjet), inflamacione (mestarja 40.2 vjet, rang 24 deri 59 vjet), fibroze, adipoze (mestarja 22 vjet, rang 13 deri 31 vjet) dhe limfohematoetike (mestarja 22.0 vjet, rang 7 deri 44 vjet), (Tabelë 25).

Tabelë 26. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe kohëzgjatjes së simptomave

Lloji i tumorit	Kohëzgjatja e simptomave (vjet)										Gjithsej	
	<1		1-2		3-4		5-6		7-8		N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Lakrimal	1	50.0	-	-	-	-	1	50.0	-	-	2	100.0
Vazogjen	2	13.3	4	18.2	3	25.0	1	8.3	2	16.7	12	100.0
Neurogjen	2	13.3	12	54.5	4	22.2	-	-	-	-	18	100.0
Sekondar	2	13.3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.0
Inflamacion	1	6.7	3	50.0	2	33.3	-	-	-	-	6	100.0
Miogjen	1	6.7	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.0
Fibroze, adipoze	-	-	1	50.0	-	-	1	50.0	-	-	2	100.0
Limfohematopoetik	1	6.7	2	66.7	-	-	-	-	-	-	3	100.0
Kockor	1	6.7	-	-	1	50.0	-	-	-	-	2	100.0
Cista	4	26.7	-	-	1	16.7	1	16.7	-	-	6	100.0
Gjithsej	15	100.0	22	40.7	11	20.4	4	7.4	2	3.7	54	100.0

Simptomatologjia e tumoreve më së shumti ka zgjatur te tumoret lakrimale (mesatarja 3.3 vjet, rang 6 muaj deri 6 vjet), fibroz, adipoz (mesatarja 3.5 vjet, rang nje deri 6 vjet), vazogjen (mesatarja 3.1 vjet, rang 2 muaj deri 7 vjet), neurogjen (mesatarja 2.4 vjet, rang 5 muaj deri 8 vjet), inflamacionet (mesatarja 2.3 vjet, rang 6 muaj deri 4 vjet), cista (mesatarja 1.8 vjet, rang 3 muaj deri 6 vjet), kockor (mesatarja 1.6 vjet, rang 2 muaj deri 3 vjet), limfohematopoetik (mesatarja 1.1 vjet, rang 2 muaj deri 2 vjet), sekondar dhe miogjen mesatarisht 2 muaj (Tabelë 26 dhe 27).

Tabelë 27. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe kohëzgjatjes mesatare të simptomëve

Lloji i tumorit	N	Kohezgjatja e simptomëve (vjet)			
		Mesatarja	DS	Min	Max
Lakrimal	2	3.3	3.8	0.6	6
Vazogjen	12	3.1	2.6	0.2	7
Neurogjen	18	2.4	1.7	0.5	8
Sekondar	2	0.2	0.1	0.1	0.3
Inflamacion	6	2.3	1.5	0.6	4
Miogjen	1	0.2	-	-	-
Fibrozo, adipoz	2	3.5	3.5	1	6
Limfo-hematopoetik	3	1.1	0.9	0.2	2
Kockor	2	1.6	2.0	0.2	3
Cista	6	1.8	2.3	0.3	6
Gjithsej	54	2.3	2.0	0.1	8

Tabelë 28. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas llojit të tumorit dhe pranisë së rekurrencave

Lloji i tumorit	Rekurrenca				Gjithsej	
	PO		JO		N	%
	N	%	N	%		
Lakrimal	2	100.0	-		2	100.0
Vazogjen	-	-	12	100.0	12	100.0
Neurogjen	4	22.2	12	66.7	18	100.0
Sekondar	-		2	100.0	2	100.0
Inflamacion	-	-	6	100.0	6	100.0
Miogjen	-	-	1	100.0	1	100.0
Fibrozo, adipoz	-	-	2	100.0	2	100.0
Limfo-hematopoetik	1	25.0	2	75.0	3	100.0
Kockor	-	-	2	100.0	2	100.0
Cista	-	-	6	100.0	6	100.0
Gjithsej	7	13	47	87	54	100.0

4. REZULTATET

Tumoret lakrimale, neurogjene dhe lifohematopoetike kanë pasë rekurrencë, derisa llojet tjera nuk kanë pasë rekurrenca në kohën sa janë përcjellur.

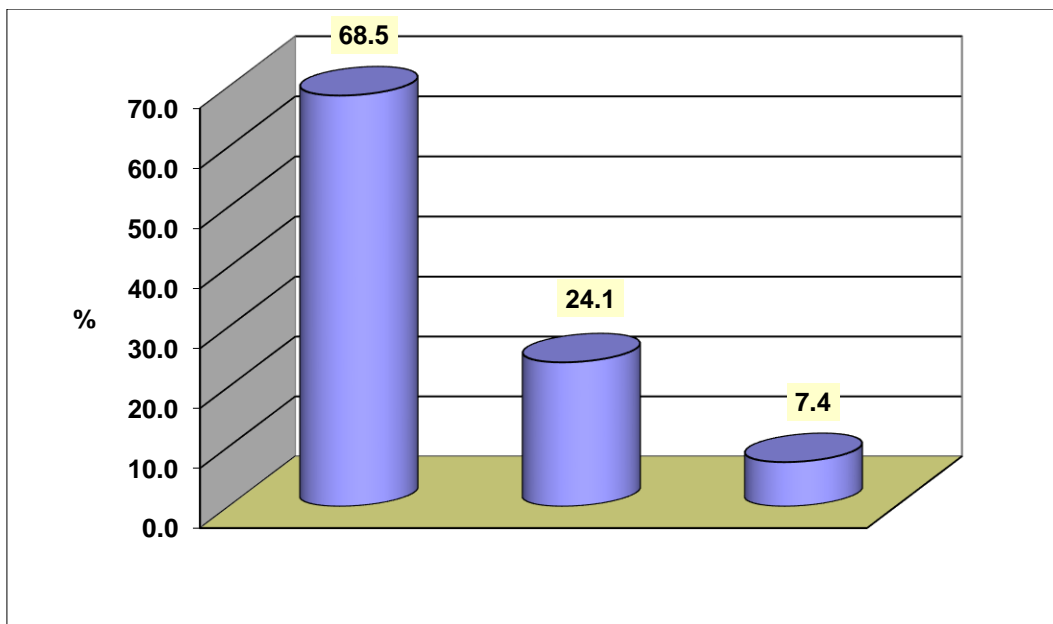
Pra, nëse e analizojmë përmes të përqindjes rekurrenca kemi pasur te 13.0% e tumorëve të orbitës. Rekurrenca më të shpeshta kanë qenë te tumoret sekondare 50.0%, fibroze, adipoze 50%, në neurogjene 33.3%, dhe në inflamacione 33.3%. Te tumoret tjera nuk kemi pasur rekurrenca (Tabelë 28). Pra, sipas llojit rekurrencë kemi pasë te Adenokarcinoma, Astrocitoma, Meningioma e gradës 3të dhe Rosai Dorfman,

Tabelë 29. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe gjinisë

Qasja kirurgjike	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
Orbitotomi lat (kronlein)	17	70.8	20	66.7	37	68.5
Transkranial	6	25.0	7	23.3	13	24.1
Orbitotomi anteriore	1	4.2	3	10.0	4	7.4
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

Varësisht prej lokacionit të tumorit është bërë edhe qasja kirurgjikale. Në studimin tonë qasja më e shpeshtë ka rezultuar të jetë orbitotomia laterale, pastaj transkraniale dhe në fund qasja e përparme. Pra, te pacientët e përfshirë në hulumtim më së shpeshti është realizuar orbitotomia laterale në 68.5% të rasteve, pastaj ajo transkraniale 24.1% dhe orbitotomia superiore në 7.4% të rasteve. Sipas gjinisë, kemi fituar strukturë të ngjashme (Tabelë 29 dhe Figurë 12).

Figurë 12. Struktura e rasteve me tumore të orbitës sipas qasjes kirurgjike



Orbitotomi laterale Orbitotomi Orbitotomi e përparme
Sipas lokalizimit, vendoset edhe për ç transkraniale htatshme kirurgjike. Në rastet e operuara në studimin tonë të gjitha tumoret e lokalizuar në pjesën temporale janë operuar me orbitotomi laterale. Me orbitotomi laterale janë hequr 85.7% e tumoreve me lokalizim inferior, 71.0% me lokalizim superior, 33.0% me lokalizim medial, 28.6% me lokalizim retrobulbar dhe 100.0% e atyre me lokalizim temporal.

Me orbitotomi transkraniale janë hequr 14.3% e tumoreve në pozitë inferiore, 33.3% te ata medial, 71.4% e tumoreve me lokalizim retrobulbar dhe 19.4% e atyre me lokalizim superior. Orbitotomia e përparme është realizuar te 33.3% e tumoreve me lokalizim medial dhe 9.7% e atyre me lokalizim superior (Tabelë 30).

Tabelë 30. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe lokalizimit inf/sup

Lokalizimi Inf/Sup	Qasje kirurgjike						Gjithsej	
	Orbitotomi lat (Krönlein)		Transkranial		Orbitotomi superiore		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Inf	6	85.7	1	14.3	-	-	7	100.0
Medial	1	33.3	1	33.3	1	33.3	3	100.0
Orbita	2	100.0	-	-	-	-	2	100.0
Retrobulbar	2	28.6	5	71.4	-	-	7	100.0
Sup	22	71.0	6	19.4	3	9.7	31	100.0
Temporal	4	100.0	-	-	-	-	4	100.0
Gjithsej	37	68.5	13	24.1	4	7.4	54	100.0

4. REZULTATET

Sipas lokalizimit anatomik në raport me konin muskular, tumoret e orbitës ndahen në intrakonal apo ekstrakonal. Në bazë të këtij lokalizimi është përzgjedhur metoda më e përshtatshme kirurgjike. Pjesa më e madhe e tumoreve të lokalizuara ekstrakonal dhe pjesa më e madhe e atyre intrakonal në pjesën e pasme janë operuar me orbitotomi laterale. Ato tumore që kanë pasë lokalizim më përpara ekstrakonal dhe intrakonal janë operuar me orbitotomi të përparme. Për më saktë prej 37 tumoreve me lokalizim ekstrakonal 78.4% janë operuar me orbitotomi laterale, 13.5% me transkraniale dhe 8.1% me orbitotomi anteriore. Te lokalizimi intrakonal i tumoreve intervenimi kirurgjik është bërë më shpesh me transkranial krahasuar me ata me lokalizim ekstrakonal (Tabelë 31).

Tabelë 31. Numri i rasteve me tumore të orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe lokalizimit intrakonal/ekstrakonal

Lokalizimi intrakonal/ekstrakonal	Qasja kirurgjike						Gjithsej	
	Orbitotomi lat (Krönlein)		Transkranial		Orbitotomi superiore		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Ekstrakonal	29	78.4	5	13.5	3	8.1	37	100.0
Intrakonal	8	47.1	8	47.1	1	5.9	17	100.0
Gjithsej	37	68.5	13	24.1	4	7.4	54	100.0

Në tabelën 32 janë përshkruar qasjet kirurgjike sipas lokalizimit të majtë apo djathtë të orbitës. Qasja më e shpeshtë me orbitotomi laterale është bërë në orbitën e djathtë me 80.8% ndërsa transkraniale është bërë te tumori i lokalizuar bilateral në të dy orbitat.

Tabelë 32. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas qasjes kirurgjike dhe lokalizimit dex/sin

Orbita dex/sin	Qasja kirurgjike						Gjithsej	
	Orbitotomi lat (Krönlein)		Transkranial		Orbitotomi superiore		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Dex	20	80.0	5	20.0	-	-	25	100.0
Dex/Sin	-	-	1	100.0	-	-	1	100.0
Sin	17	60.7	7	25.0	4	14.3	28	100.0
Gjithsej	37	68.5	13	24.1	4	7.4	54	100.0

Tabelë 33. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas heqjes se tumorit

Heqja e TU	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
Biopsi	2	8.3	2	8.3	4	7
Subtotal	4	17	4	13.3	8	15
Total	18	75	24	80	42	78
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0

Tumori i orbitës mund të largohet në tërësi, por ka raste kur tumori ka infiltruar strukturat përreth, kështu që nuk mund të largohet në tërësi dhe bëhet vetëm heqja e pjesërisht apo subtotale e tumorit. Ndonjëherë për të konfirmuar diagnozën përveç metodave imazherike bëhet edhe biopsia ekscizionale.

Siç shihet në tabelën 33, në 78.0 % të rasteve tumori është larguar në tërësi, në 15.0 % subtotal dhe në 7.0 % të rasteve është bërë vetëm biopsia. Te të dy gjinitë kemi pasur strukturë të ngjashme sipas qasjes kirurgjike.

Biopsia është bërë te abscesi orbital në 50.0%, glioma e nervit optik 50.0%, Non Hodgkin limfoma 100.0% dhe pseudotumor 25.0%. Heqja subtotale është bërë te cista epidermoide 50%, meningioma 11.1% dhe pseudotumori 25.0%. Te diagnozat tjera është bërë heqja totale e tumorit (Tabelë 34).

Tumoret e orbitës ndahen në tre grupe të mëdha sipas origjinës: primare, sekondare dhe metastatike¹⁷. Tumoret primare kanë origjinën nga vet orbita, ato sekondare përhapen perkontinuitatem nga strukturat përreth dhe tumoret metastatike. Në tabelën 37 kemi paraqitur numrin e rasteve me tumore primare dhe sekondare të orbitës sipas gjinisë.

4. REZULTATET

Tabelë 34. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas heqjes se tumorit dhe diagnozës

Diagnoza	Heqja e TU						Gjithsej	
	Biopsi		Subtotal		Total		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Abces Orbital	1	50.0	-	-	1	50.0	2	100.0
Adenokarcinoma	-	-	-	-	4	100.0	4	100.0
Astrocitoma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Cista dermoide	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Ciste Ehinokoksike	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Ciste epidermoide	-	-	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Ciste kockore	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Fibroma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Glioma e n.optik	1	50.0	-	-	1	50.0	2	100.0
Hemangioma arterio-venoze	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Hemangioma kavernoze	-	-	-	-	10	100.0	10	100.0
Karcinoma Gastrike	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Lipoma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Melanoma Malinje	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Meningioma	-	-	1	11.1	8	88.9	9	100.0
Mukocela	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Neurofibroma	-	-	-	-	2	100.0	2	100.0
Non Hodgkin Limfoma	1	100.0	-	-	-	-	1	100.0
Osteoma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Plazmocitoma	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Pseudotumor	1	25.0	1	25.0	2	50.0	4	100.0
Rhabdomiosarkome embrionale	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Rosai Dorfman	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0
Schwannoma	-	-	-	-	4	100.0	4	100.0

4. REZULTATET

Tabelë 35. Numri i rasteve me tumore te orbitës sipas llojit primar ose sekondar dhe gjinise

Tumori	Gjinia				Gjithsej	
	F		M		N	%
	N	%	N	%		
Primar	24	100.0	28	93.3	52	96.3
Sekondar	-	-	2	6.7	2	3.7
Gjithsej	24	100.0	30	100.0	54	100.0
Fisher test	P=0.897					

Në 96.3% të rasteve tumoret e orbitës ishin primare dhe vetëm në 3.7% sekondare me prejardhje nga indet tjera. Struktura e tumoreve primare apo sekondare ishte e ngjashme sipas gjinisë pa dallim sinjifikant ($P>0.05$). (Tabelë 35).

Tabelë 36. Numri i tumoreve beninje dhe malinje te orbitës sipas llojit primar ose sekondar

Lloji	T. beninj		T. malinj		Gjithsej		
	N	%	N	%	N	%	
Primar	40	77	12	23	52	96.3	
Sekondar	-	-	2	14.3	2	3.7	
Gjithsej	N	40	100.0	14	100.0	54	100.0
	%	74.1	-	25.9	-	100.0	-

Nga 54 rastet me tumore te orbites 40 ose 74.1% ishin tumore beninje dhe 14 ose 25.9% ishin malinje. Nga tumoret beninje 100.0% ishin primare dhe nga tumoret malinje 85.7% ishin primare dhe 14.3% apo 2 raste ishin sekondare (Tabelë 36). Sa i përket shpërndarjes së tumorit nga orbita në strukutra tjera kishim adenokarcinomën e gjëndrës lotit që është përhapur në arkadën supraciliare, derisa një meningiomë prej orbitës në mushkëri dhe dy meningioma nga kocka fronto temporale në orbitë.

Tabelë 37. Tumoret sipas llojit primar/sekondar dhe diagnozave

Diagnoza	T. primar		T. sekondar		Gjithsej	
	N	%	N	%	N	%
Abces Orbital	2	100.0	-	-	2	100.0
Adenokarcinoma	4	100.0	-	-	4	100.0
Astrocitoma	1	100.0	-	-	1	100.0
Cista dermoide	1	100.0	-	-	1	100.0
Ciste Ehinokoksike	1	100.0	-	-	1	100.0
Ciste epidermoide	2	100.0	-	-	2	100.0
Ciste kockore	1	100.0	-	-	1	100.0
Fibroma	1	100.0	-	-	1	100.0
Glioma e n.optik	2	100.0	-	-	2	100.0
Hemangioma arterio- venoze	1	100.0	-	-	1	100.0
Hemangioma kavernoze	10	100.0	-	-	10	100.0
Karcinoma gastrike	-	-	1	100.0	1	100.0
Lipoma	1	100.0	-	-	1	100.0
Melanoma Malinje metastaze	-	-	1	100.0	1	100.0
Meningioma	9	100.0	-	-	9	100.0
Mukocela	1	100.0	-	-	1	100.0
Neurofibroma	2	100.0	-	-	2	100.0
Non Hodgkin Limfoma	1	100.0	-	-	1	100.0
Osteoma	1	100.0	-	-	1	100.0
Plazmocitoma	1	100.0	-	-	1	100.0
Pseudotumor	4	100.0	-	-	4	100.0
Rhabdomiosarkome embrionale	1	100.0	-	-	1	100.0
Rosai Dorfman	1	100.0	-	-	1	100.0
Schwannoma	4	100.0	-	-	4	100.0
Gjithsej	52	96.3	2	3.7	54	100.0

Nga gjithsej 2 rastet e tumoreve sekondare një rast ishte karcinomë e lukthit që ka metastazuar në orbitë dhe nje rast ishte metastazë e melanomës malinje nga lëkura (Tabelë 37).

5. DISKUTIMI

Edhe pse orbitat mund të duken si një mikrosistem, në to mund të gjinden të gjitha llojet e tumoreve. Lloji më i shpeshtë i tumorit të të dy gjinitë në studimin tonë ishte hemangioma kavernoze me 18.5% dhe meningioma me 16.6%. Të dhëna të ngjajshme kemi edhe në literaturë ku prezantohet lloji vazogjen si më i shpeshtë, po mund të jetë edhe ai neurogjen si më i shpeshtë, e pastaj ai vazogjen e limfoid. Meningioma paraqitet si më e shpeshtë nga lloji neurogjen.⁸⁸ Përderisa në studimin e bërë nga autori Shields në mesin e 1264 pacientëve më i shpeshti ka rezultuar të jetë lloji vazogjen me 17% e pas tij neurogjen me 10% dhe tumoret limfoide me 10%.²⁸ Në përgjithësi këto tre lloje janë më të shpeshtat, dallimi i vetëm është nëse studimi është bërë në klinikë të Oftalmologjisë apo atë Neurokirurgjisë. Për ndryshim nga regjionet fqinje në Japoni është bërë studim dhe ka rezultuar me tumore limfoide në rend të parë me 44 %, vazogjen me 25% dhe tumore neurogjene 14%.⁸⁹

Në studimin tonë kemi analizuar simptomat me të cilat janë paraqitur pacientët në klinikë. Prej simptomave më të shpeshta në pranim të pacientët tonë ishte proptoza. Dhimbja përshkruhej përreth syrit dhe brenda orbitës, por në fakt gati të gjithë kanë pasur proptozë të cilën shumica nuk e kanë dalluar vetë derisa janë pranuar në klinikë. Poashtu në literaturë proptoza është shenja më e shpeshtë e shfaqjes së tumoreve të orbitës.⁹⁰

Nga të gjitha rastet me tumore të orbitës 77.0% ishin tumore beninje dhe 23.0 % malinje. Në literaturë ka rezultate të ndryshme. Sipas Shields rezultatet ishin me 64% beninje dhe 36% malinje.²⁸ Në një studim tjetër rezultatet përkohë me rezultatet tona ku rreth 72% ishin beninj dhe 28% malinj.⁹¹

Gjatë evaluimit të të dhënave për metastazat e tumoreve, në mesin e pacientëve tonë, metastazat që vinin nga organe tjera ishin nga lëkura prej një lezioni të melanomës malinje, pastaj metastaza në orbitë nga lukthi. Metastazat nga lukthi janë shumë të rralla⁹² derisa prej orbitës pikërisht nga gjëndra e lotit (karcinoma e gjëndrës lotit) metastaza kishim në kockën iliake.

Në 96.3% të rasteve tumoret e orbitës ishin primare dhe vetëm në 3.7% sekondare me prejardhje nga indet apo organet tjera. Duke u bazuar në studime tjera poashtu rezultatet janë të përafërta, sipas autorit Ohtsuka në një studim të bërë 89% të tumoreve rezultuan primare, 9% sekondare dhe 2% metastatike.⁸⁹ Diagnostikimi i tumoreve të orbitës të pacientët tonë u bë edhe me MRI edhe me CT, tek 42.6% e pacientëve diagnostikimi është bërë me CT, te 42.6% me MRI dhe te 14.8% edhe me CT edhe me MRI. Sa i përket diagnostikimit CT (tomografi e kompjuterizuar) dhe MRI (rezonanca magnetike) luajnë rol kyç në diagnostikim, derisa DWI (Diffusion-Weighted Imaging), PET CT (tomografi e kompjuterizuar me tomografi që emeton pozitron) dhe MRI PET (rezonancë magnetike me tomografi që emeton pozitron) eliminojnë çdo mëdyshje diagnostike. DWI është një metodë imazherike që përdor

| 5. DISKUTIMI

difuzionin e molekulave të ujit për të bërë kontrast në imazheritë e rezonancës magnetike.⁹³

Njëra ndër metodat e trajtimit të tumoreve të orbitës është heqja kirurgjike. Janë dy metoda kirurgjike: përmes orbitës dhe transkranial.^{94,95}

Poashtu kemoterapia konsiderohet si metodë e sigurtë e trajtimit, dhe më pak e dëmshme se radioterapia. Radioterapia përdoret si terapi për trajtim të tumoreve të orbitës si e vetme ose së bashku me kemoterapi dhe terapi kirurgjikale. Janë disa teknika që mund të përdoren. Radiacion me rreze nga jashtë në sy, sinusë dhe orbitë, ku më së shpeshti përdoret me akcelerator linear, si dhe brahiterapia ku në mënyrë kirurgjike implantohet burimi i radiacionit brenda tumorit. Komplikimet nga rrezatimi janë katarakta, syri i thatë, hipoplazia e orbitës, ptoza, retinopatia nga rrezatimi, asimetria e fytyrës nga hipoplazioni i kockave, keratokonjuntiviti, stenoza e duktuseve lakrimale, defektet në dhëmbë, ngecje në rritje dhe neoplazma sekondare si psh sarkoma osteogjene, leukemia limfoblastike dhe melanoma.⁹⁶

6. KONKLUZIONI

Për diagnostikim dhe trajtim të duhur e me kohë duhet një evaluim i gjërë klinik dhe imazherik. Tumoret më frekvente në studimin tonë ishin beninje krasahuar me ato malinje. Te fëmijët tumoret e pranishme gjatë kësaj periudhe ishin rabdomiosarkoma embrionale dhe limfomat, kurse te të rriturit më e shpeshta ishte hemangioma kavernoze e pas saj meningioma. Heqja e tumorit me kirurgji është bërë në tërësi në shumicën e rasteve e në disa raste është bërë subtotal apo vetëm biopsi. Në rastet ku është larguar tumori subtotal ose te tumoret malinje u vunë re recidive.

Si përfundim përgjigjet në pyetjet që i kemi parashtruar për të sqaruar qëllimin e këtij hulumtimi janë këto:

- Gjinia mashkullore ishte më e prekur se ajo femërore dhe moshat më prekura ishin prej 30-49 vjeçare.
- Në anamnezën e pacientëve tonë simptoma më e shpeshtë ishte proptoza. Rrënia e të pamurit, kokëdhimbja, diplopia e oftalmoplegja ishin disa nga simptomat tjera si shenja të para deri në diagnostikim të tumorit.
- Diagnostikimi i tumoreve të orbitës te pacientët tonë u bë edhe me MRI edhe me CT, tek 42.6% e pacientëve diagnostikimi është bërë me CT, te 42.6% me MRI dhe te 14.8% edhe me CT edhe me MRI. Në 35.2% të rasteve pacientët me tumore të orbitës është dashur të marrin kontrast për të mundur të diagnostikohen.
- Lokalizimi i tumoreve të orbitës më së shpeshti ishte i lokalizuar ekstrakonal dhe atë në 68.5% të rasteve, derisa në 31.5% të rasteve ishin intrakonal. Në pjesën superiore të orbitës ishin 57.4%, retrobulbar 13.0%, inferior 13.0%, temporal 7.4, medial 5.6% dhe me infiltrim në orbitë ishin 3.7%.
- Tumoret më të shpeshta ishin të natyrës beninje krahasuar me ato malinje.
- Sipas karakteristikave histopatologjike tumori më i shpeshtë ishte hemangioma kavernoze pas saj meningioma. Më të shpeshta në fëmijëri ishin rabdomiosarkoma embrionale dhe Non-Hogkin limfoma. Në moshën 20-39 vjeçare hemangioma kavernoze ishte më e shpeshta. Në moshën 40-59 vjeçare më tepër ishin të pranishme meningioma dhe hemangioma kavernoze. Mbi moshën 60 vjeçare tumori më i shpeshtë ishte meningioma.
- Në shumicën e rasteve, në 78.0% heqja e tumorit me kirurgji është bërë në tërësi derisa në rreth 15.0% është bërë heqje subtotale dhe 7% është marrë biopsi ekcizionale. Më së shpeshti është realizuar orbitotomia laterale, pastaj transkraniale dhe e përparme. Në rastet e operuara në studimin tonë të gjitha tumoret e lokalizuar në pjesën temporale janë operuar me orbitotomi laterale. Me orbitotomi laterale janë hequr 85.7% e tumoreve me lokalizim inferior, 71.0% me lokalizim superior, 33.3% me lokalizim medial dhe 29.0% me lokalizim retrobulbar. Me orbitotomi transkraniale janë hequr 14.3% e tumoreve në pozitë inferiore, 33.3% te ata medial, 71.4% e tumoreve me

| 6. KONKLUZIONI

lokalizim retrobulbar dhe vetëm 19.4% e atyre me lokalizim superior. Orbitotomia e përparme është realizuar te 7.4% e rasteve.

- Pacientët janë përcjellur në një periudhë kohore prej 24 muaj, ku janë bërë CT kontrolluese. Rekurrenca ka pasur te tumoret që janë larguar subtotal ose nga tumoret malinje. Tumoret që recidivuan ishin meningioma e gr 3të, adenokarcinoma, astrocitoma dhe Rosai Dorfman.
- Metastazat në orbitë ishin melanoma malinje nga lëkura dhe karcinoma gastrike nga lukthi. Nga orbita tumoret në hulumtimin tonë janë shpërndarë nga adenokarcinoma e gjëndrës së lotit në harkun supraciliar dhe më vonë në kockën iliake dhe meningioma nga orbita në mushkëri.

REFERENCAT

1. Timothy A. Turvey, DDSa,* and Brent A. Golden, DDS, MDa. Orbital Anatomy for the Surgeon. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2012 Nov; 24(4): 525–536.
2. Robinson TJ, Strac MF. The anatomy of the medial canthal ligament. *Br J Plast Surg.* 1970;1:1–7. [[PubMed](#)]
3. Hollingshead WH. *Anatomy for surgeons. Vol. 1.* Philadelphia: Harper and Row Publishers; 1982.
4. Takahashi Y, Miyazaki H, Ichinose A, Nakano T, Asamoto K, Kakizaki H. Anatomy of Deep Lateral and Medial Orbital Walls: Implications in Orbital Decompression Surgery. *Orbit.* 2013 Sep 24. [[Medline](#)].
5. Abed SF, Shams P, Shen S, et al. Academic study of cranio-orbital foramen and its significant in orbital surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2012;129:307e–11e. [[PubMed](#)]
6. Rontal E, Rontal M, Guilford FT. Surgical anatomy of the orbit. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1979;88:382–6. [[PubMed](#)]
7. Romanes GJ. *Cunningham's textbook of anatomy. 10.* London: Oxford University Press; 1964.
8. Spandidos DA. Mechanism of carcinogenesis: the role of oncogenes, transcriptional enhancers and growth factors. *Anticancer Res.* 1985;5:485–98. [[PubMed](#)]
9. *Environ Health Perspect.* 1992 Nov;98:13-24. Role of proto-oncogene activation in carcinogenesis. Anderson MW1, Reynolds SH, You M, Maronpot RM. 22. Bos TJ. Oncogenes and cell growth. *Adv Exp Med Biol.* 1992;321:45–9. discussion 51. [[PubMed](#)]
10. *Ophthalmology.* 2002 Mar;109(3):542-7. Human papillomavirus 16 and 18 expression in conjunctival intraepithelial neoplasia. Scott IU1, Karp CL, Nuovo GJ.
11. Bos TJ. Oncogenes and cell growth. *Adv Exp Med Biol.* 1992;321:45–9. discussion 51. [[PubMed](#)]
12. Spandidos DA. Mechanism of carcinogenesis: the role of oncogenes, transcriptional enhancers and growth factors. *Anticancer Res.* 1985;5:485–98. [[PubMed](#)]
13. Fogt F, Zimmerman RL, Daly T, Gausas RE. Observation of lymphatic vessels in orbital fat of patients with inflammatory conditions: a form fruste of lymphangiogenesis? *Int J Mol Med* 2004; 13: 681–683. | [PubMed](#) | [ChemPort](#) |
14. Partanen TA, Paavonen K. Lymphatic versus blood vascular endothelial growth factors and receptors in humans. *Microsc Res Tech* 2001; 55(2): 108–121. | [Article](#) | [PubMed](#) | [ChemPort](#) |

15. Fukunaga M. Expression of D2-40 in lymphatic endothelium of normal tissues and in vascular tumours. *Histopathology* 2005; 46: 396–402. | [Article](#) | [PubMed](#) | [ISI](#) | [ChemPort](#) |
16. Brinker T, Lüdemann W, Berens von Rautenfeld D. Dynamic properties of the lymphatic pathways for the absorption of cerebrospinal fluid. *Arch Neuropathol* 1997; 94: 493–498. | [Article](#) | [ChemPort](#) |
17. Shields JA, Bakewell B, Augsburger JJ, Donoso LA, Bernardino V. Space-occupying orbital masses in children. A review of 250 consecutive biopsies. *Ophthalmology*. 1986;93:379–84. [PubMedCrossRef](#)
18. Stefanyszyn MA, Hidayat AA, Pe'er JJ, Flanagan JC. Lacrimal sac tumors. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1994;10:169–84. [PubMedCrossRef](#)
19. Redondo P. Vascular Malformations [I] Concept, Classification, Pathogenesis and Clinical Features. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:141–58. [[PubMed](#)]
20. Jakobiec FA, Font RL, Zimmerman LE. Malignant peripheral nerve sheath tumors of the orbit: a clinicopathologic study of eight cases. *Trans Am Ophthalmol Soc*. 1985;83:332–66. [PubMed](#)
21. Goldberg RA, Rootman J, Cline RA. Tumors metastatic to the orbit: a changing picture. *Surv Ophthalmol*. 1990;35:1–24. [PubMedCrossRef](#)
22. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation: distribution, clinical features, and treatment outcome. *Arch Ophthalmol*. 2003;121:491–499. [[PubMed](#)]
23. Shields JA. Myogenic tumors. In: Shields JA, ed. *Diagnosis and Management of Orbital Tumors*. Philadelphia: Saunders; 1989:244-252.
24. Imtiaz A Chaudhry, MD, PhD, FACS,¹ Farrukh A Shamsi, MPhil, PhD,² Yonca O Arat, MD,³ and Fenwick C Riley, MD⁴. Orbital Pseudotumor: Distinct Diagnostic Features and Management. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2008 Jan-Mar; 15(1): 17–27.
25. Coupland SE¹, Damato B. Lymphomas involving the eye and the ocular adnexa. *Curr Opin Ophthalmol*. 2006 Dec;17(6):523-31.
26. Günalp I¹, Gündüz K. *Int Ophthalmol*. Cystic lesions of the orbit. 1996-1997;20(5):273-7.
27. Hassler, Werner ; Unsold, Renate ; Schick, Uta. *Orbital Tumors - Diagnosis and Surgical Treatment*. *Dtsch Arztebl* 2007; 104 (8): A-496 / B-436 / C-423.
28. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions: the 2002 Montgomery Lecture, part 1. *Ophthalmology* 2004;111(5):997–1008.
29. Ergün R, Ökten A, Yüksel M, Gül B, Evliyaoğlu C, Ergüngör F, et al. Orbital hydatid cysts: Report of four cases. *Neurosurg Rev*. 1997;20:33–7. [[PubMed](#)]
30. Benazzou S, Arkha Y, Derraz S, Elouahabi A, Elkhamlichi A. Orbital hydatid cyst: Review of 10 cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 2010;38:274–8. [[PubMed](#)]

31. Gomez Morales A, Craxatto JO, Cravetto L, Ebner R. Hydatid cyst of the orbit. A review of 35 cases. *Ophthalmology*. 1998;95:1027–32. [[PubMed](#)]
32. Farioli B, Esposito V, Santoro A, Iannetti G, Giuffre R, Cantare G. Transmaxillophenoidal approach to tumors invading the medial compartments of the cavernous sinus. *J Neurosurg*. 1995;82:63–9.
33. Handousa AB. Proptosis caused by hydatid disease. *Br J Ophthalmol*. 1951;35:607–13. [[PMC free article](#)][[PubMed](#)]
34. Aksoy F, Tanrikulu S, Kosar U. Inferiorly located retrobulbar Hydatid cyst: CT and MRI features. *Comput Med Imaging Graph*. 2001;25:535–40. [[PubMed](#)]
35. Lama Jurdy, Johanus H.M. Merks, Bradly R. Pieters, Maarten P. Mourits, Roel J.H.M. Kloos, Simone D. Strackee, Peerooz Saeeda. Orbital rhabdomyosarcomas: A review. *Saudi J Ophthalmol*. 2013 Jul; 27(3): 167–175.
36. Breneman J.C., Lyden E., Pappo A.S., Link M.P., Anderson J.R., Parham D.M. Prognostic factors and clinical outcomes in children and adolescents with metastatic rhabdomyosarcoma – a report from the intergroup rhabdomyosarcoma study IV. *J Clin Oncol*. 2003;21:78–84. [[PubMed](#)]
37. Boparai M.S., Dash R.G. Clinical, ultrasonographic and CT evaluation of orbital rhabdomyosarcomas with management. *Indian J Ophthalmol*. 1991;39:129–131. [[PubMed](#)]
38. Shields C.L., Shields J.A., Honavar S.G., Demirci H. Clinical spectrum of primary orbital rhabdomyosarcoma. *Ophthalmology*. 2001;108:2284–2292. [[PubMed](#)]
39. Missiaglia E., Williamson D., Chisholm J., Wirapati P., Pierron G., Petel F. PAX3/FOXO1 fusion gene status is the key prognostic molecular marker in rhabdomyosarcoma and significantly improves current risk stratification. *J Clin Oncol*. 2012;30:1670–1677. [[PubMed](#)]
40. Wolden S.L., Anderson J.R., Crist W.M., Breneman J.C., Wharam M.D., Jr, Wiener E.S. Indications for radiotherapy and chemotherapy after complete resection in rhabdomyosarcoma: a report from the intergroup rhabdomyosarcoma studies I to III. *J Clin Oncol*. 1999;17:3468–3475. [[PubMed](#)]
41. Hein P.A., Gladstone D.J., Bellerive M.R., Hug E.B. Importance of protocol target definition on the ability to spare normal tissue: an IMRT and 3D-CRT planning comparison for intraorbital tumors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005;62:1540–1548. [[PubMed](#)]
42. Glass LR, Canoll P, Lignelli A, Ligon AH, Kazim M. Optic nerve glioma: Case series with review of clinical, radiologic, molecular, and histopathologic characteristics. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2014;30:372–6. [[PubMed](#)]
43. Dutton J.J. Gliomas of the anterior visual pathway. *Surv Ophthalmol*. 1994;38(5):427–452. [[PubMed](#)]
44. Lertchavanakul A., Baimai C., Siwanuwatn R., Nuchprayoon I., Phudhichareonrat S. Optic nerve glioma in infancy: a case report of the youngest patient in Thailand. *J*

Med Assoc Thailand = Chotmaihet Thangphaet. 2001;84(Suppl 1):S137–S141. [\[PubMed\]](#)

45. Thompson C.R., Lessell S. Anterior visual pathway gliomas. *Int Ophthalmol Clin.* 1997;37(4):261–279. [\[PubMed\]](#)

46. Holman R.E., Grimson B.S., Drayer B.P., Buckley E.G., Brennan M.W. Magnetic resonance imaging of optic gliomas. *Am J Ophthalmol.* 1985;100(4):596–601. [\[PubMed\]](#)

47. Wulc A.E., Bergin D.J., Barnes D., Scaravilli F., Wright J.E., McDonald W.I. Orbital optic nerve glioma in adult life. *Archiv Ophthalmol.* 1989;107(7):1013–1016. [\[PubMed\]](#)

48. Cirak B. Optic nerve glioma. *J Neurosurg.* 2003;99(2 Suppl):246. [Author reply 246] [\[PubMed\]](#)

49. Parsa C.F., Hoyt C.S., Lesser R.L. Spontaneous regression of optic gliomas: thirteen cases documented by serial neuroimaging. *Archiv Ophthalmol.* 2001;119(4):516–529. [\[PubMed\]](#)

50. Redondo P. Vascular Malformations [I] Concept, Classification, Pathogenesis and Clinical Features. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:141–58. [\[PubMed\]](#)

51. Shields Carol L. *Eyelid, Conjunctival, and Orbital Tumors.* Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN: 0781775787, 9780781775786.

52. Rama Anand, Kavita Deria, Pankaj Sharma, MK. Narula, and Rajiv Garg. *Indian J Radiol Imaging.* Extraconal cavernous hemangioma of orbit: A case report. 2008 Nov; 18(4): 310–312.

53. Davis KR, Hesselink JR, Dallow RL, Grove AS., Jr CT and ultrasound in the diagnosis of cavernous hemangiomas of the orbit. *J Comput Tomogr.* 1980;4:98–104. [\[PubMed\]](#)

54. Rootman J. *Diseases of the orbit - A multi disciplinary Approach.* 2nd ed 2003. 53. Sweet C, R Silbergleit and B Mehta. “Primary intraosseous hemangioma of the orbit: CT and MR appearance.” *AJNR Am J Neuroradiol* 18, no. 2 (February 1, 1997): 379–381. [\[Link\]](#).

55. Shapely J, Sabin HI, Danesh-Meyer HV, Kaye AH. Diagnosis and management of optic nerve sheath meningiomas. *J Clin Neurosci.* 2013;20(8):1045-1056.

56. Dutton JJ. Optic nerve sheath meningiomas. *Surv Ophthalmol.* 1992;37(3):167-183.

59. Eddleman CS, Liu JK. Optic nerve sheath meningioma: current diagnosis and treatment. *Neurosurg Focus.* 2007;23(5):E4. Review

60. Turbin RE, Pokorny K. Diagnosis and Treatment of Orbital Optic Nerve Sheath Meningioma. *Cancer Control.* 2004 Sep-Oct;11(5):334-41. Review.

61. L. J. Skorin, “Congenital dermoid and epidermoid cysts,” *Optometry*, vol. 21, pp. 30–31, 2001.

62. J. R. Keene, V. H. Hillard, R. Murali, and G. Geldzahler, "Intraorbital epidermoid tumors: a case report and a review of the literature," *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 63, no. 11, pp. 1674–1676, 2005
63. J. A. Shields and C. L. Shields, "Orbital cysts of childhood—classification, clinical features, and management," *Survey of Ophthalmology*, vol. 49, no. 3, pp. 281–299, 2004.
64. Thornhill, EH, Anderson, B. Extradural diploic epidermoids producing unilateral exophthalmos. *Am J Ophthalmol.* 1944;27:477–483
65. Chaudhry IA. Management of deep orbital dermoid cysts. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2008;15 (1): 43-5.
66. Greenspan A. Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol.* 1993;22(7):485-500.
67. Fetissov, A.G. Pathogenesis of osteomas of the nasal accessory sinuses. *Ann. Otol., Rhin. & Laryng.* 1929;38:404.
68. Greenspan A. Benign bone-forming lesions: osteoma, osteoid osteoma, and osteoblastoma. Clinical, imaging, pathologic, and differential considerations. *Skeletal Radiol.* 1993;22(7):485-500.
69. Sires BS, Benda PM, Stanley RB Jr, et al. Orbital osteoid osteoma. *Arch Ophthalmol.* 1999;117(3):414-5.
70. Reese, A.B. Orbital tumors and their surgical treatment. *Am. J. Ophth.* 1941;24:386 (24:497).
71. T. Darsaut, G. Lanzino, B. Lopes, S. Newman. An introductory overview of orbital tumors. *Neurosurg Focus* 10 (5):Article 1, 2001.
72. Char DH. *Clinical ocular oncology* . (Raven-Lippincott, Philadelphia), 2nd ed. pp 390–397.
73. Boldt HC, Nerad JA. Orbital metastases from prostate carcinoma. *Arch Ophthalmol* 106:1403–1408.
74. L.T. Bilaniuk. Orbital vascular lesions. Role of imaging. *Radiol Clin North America*, 37 (1) (1999), pp. 169-183.
75. R.G. Peyster, M.D. Shapiro, B.G. Haik. Orbital metastasis: role of magnetic resonance imaging and computed tomography. *Radiol Clin North America*, 25 (3) (1987), pp. 647-662.
76. Politi LS, Forghani R, Godi C. Ocular adnexal lymphoma: diffusion-weighted MR imaging for differential diagnosis and therapeutic monitoring. *Radiology* 2010;256(2):565–574.
77. Turbin RE, Pokorny K: Diagnosis and treatment of orbital optic nerve sheath meningioma. *Cancer Control* 2004; 11: 334–41.

78. Schick U, Dott U, Hassler W: Surgical treatment of orbital cavernomas. *Surg Neurol* 2003; 60: 234–44.
79. Tina D. Tailor. *Orbital Neoplasms in Adults: Clinical, Radiologic, and Pathologic Review*. RadioGraphics Vol. 33, No. 6: 1739-1758.
80. Honig S, Trantakis C, Frerich B, Sterker I, Kortmann RD, Meixensberger J: Meningiomas involving the sphenoid wing outcome after microsurgical treatment—a clinical review of 73 cases. *Cen Eur Neurosurg* 71:189–198, 2010
81. Schick U, Bleyen J, Hassler W: Treatment of orbital schwannomas and neurofibromas. *Br J Neurosurg* 2003;17: 541–5.
82. Xian J, Zhang Z, Wang Z, et al.. Evaluation of MR imaging findings differentiating cavernous haemangiomas from schwannomas in the orbit. *Eur Radiol* 2010;20(9):2221–2228.
83. Khan AM, Varvares MA. Traditional approaches to the orbit. *Otolaryngol Clin North Am.* 2006;39:895–909.
84. Humphrey CD, Kriet JD. Sugical approaches to the orbit. *Otolaryngology.* 2008;19:132–9.
85. Maroon JC, Kennerdell JS. Surgical approaches to the orbit. Indications and techniques. *J Neurosurg.* 1984;60:1226–35.
86. Carta F, Siccardi D, Cossu M, Viola C, Maiello M. Removal of tumours of the orbital apex via a postero-lateral orbitotomy. *J Neurosurg Sci.* 1998;42:185–8.
87. Nemet A, Martin P. The lateral triangle flap – A new approach for lateral orbitotomy. *Orbit.* 2007;26:89–95.
88. Nevo Margalit, Haim Ezer, Dan M. Fliss, Elvira Naftaliev, Erez Nossek, Anat Kesler. Orbital tumors treated using transcranial approaches: surgical technique and neuroophthalmological results in 41 patients. *Neurosurgical Focus* November 2007 / Vol. 23 / No. 5 / Page E11.
89. Ohtsuka K1, Hashimoto M, Suzuki Y. A review of 244 orbital tumors in Japanese patients during a 21-year period: origins and locations. *Jpn J Ophthalmol.* 2005 Jan-Feb;49(1):49-55.
90. Karcioğlu Z. *Orbital tumors*, pp 340-390, Springer, 2005.
91. Bisulli F1, Foschini MP, Dallera P, Gaist G. Expanding lesions of the orbit: Multicase review. *Pathologica.* 1997 Jun;89(3):256-63.
92. Günalp İI, Gündüz K. Metastatic orbital tumors. *Jpn J Ophthalmol.* 1995;39(1):65-70.
93. Bela S. Purohit, Maria Isabel Vargas, Angeliki Ailianou, Laura Merlini, Pierre-Alexandre Poletti, Alexandra Platon, Bénédicte M. Delattre, Olivier Rager, Karim Burkhardt, and Minerva Becker. Orbital tumours and tumour-like lesions: exploring the armamentarium of multiparametric imaging. *Insights Imaging.* 2016 Feb; 7(1): 43–68.

| REFERENCAT

94. Badie B. Neurosurgical Operative Atlas. ed 2. New York: Thieme; 2007. pp. 270–288.
95. Darsaut TE, Lanzino G, Lopes MB, Newman S. An introductory overview of orbital tumors. Neurosurg Focus. 2001;10:E1. [PubMed]
96. Finger PT1. Radiation therapy for orbital tumors: concepts, current use, and ophthalmic radiation side effects. Surv Ophthalmol. 2009 Sep-Oct;54(5):545-68. doi: 10.1016/j.survophthal.2009.06.004.

APENDIKS

RASTE KLINIKE

Gjatë punës tonë janë bërë një numër i madh i operimeve të cilat janë të dokumentuara. Për shkak të konfidencialitetit të pacientëve nuk kemi bashkangjitur fotografi ku mund të identifikohet pacienti, por vetëm disa rezultate imazherike më të rëndësishme dhe qasjet kirurgjike të largimit të këtyre tumoreve.

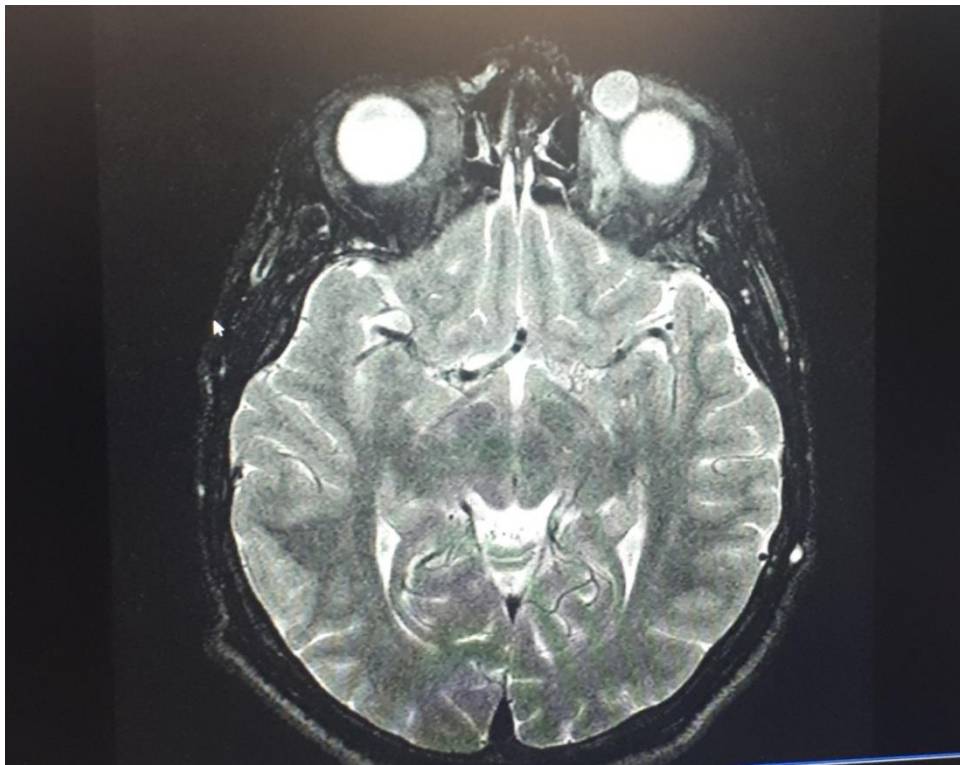
Figurë 1. Celluliti i orbitës



Figurë 2. Hemangioma me lokalizim nga ana nazale



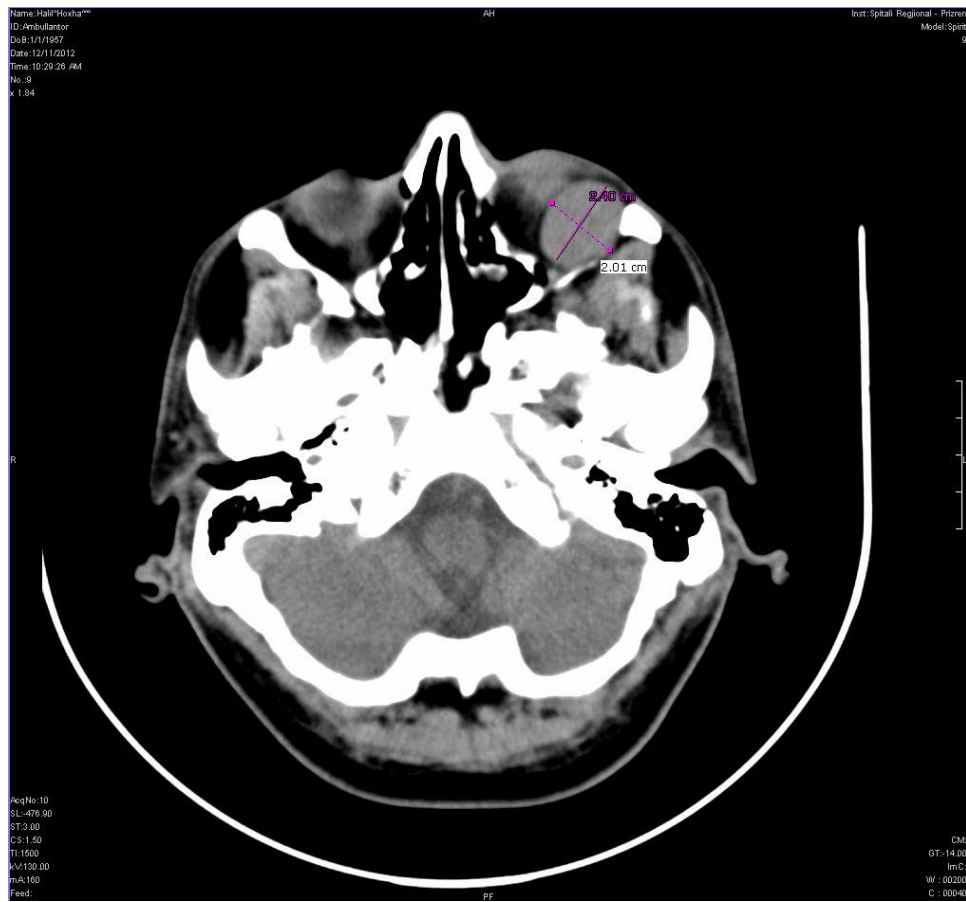
Figurë 3. Cista epidemoide



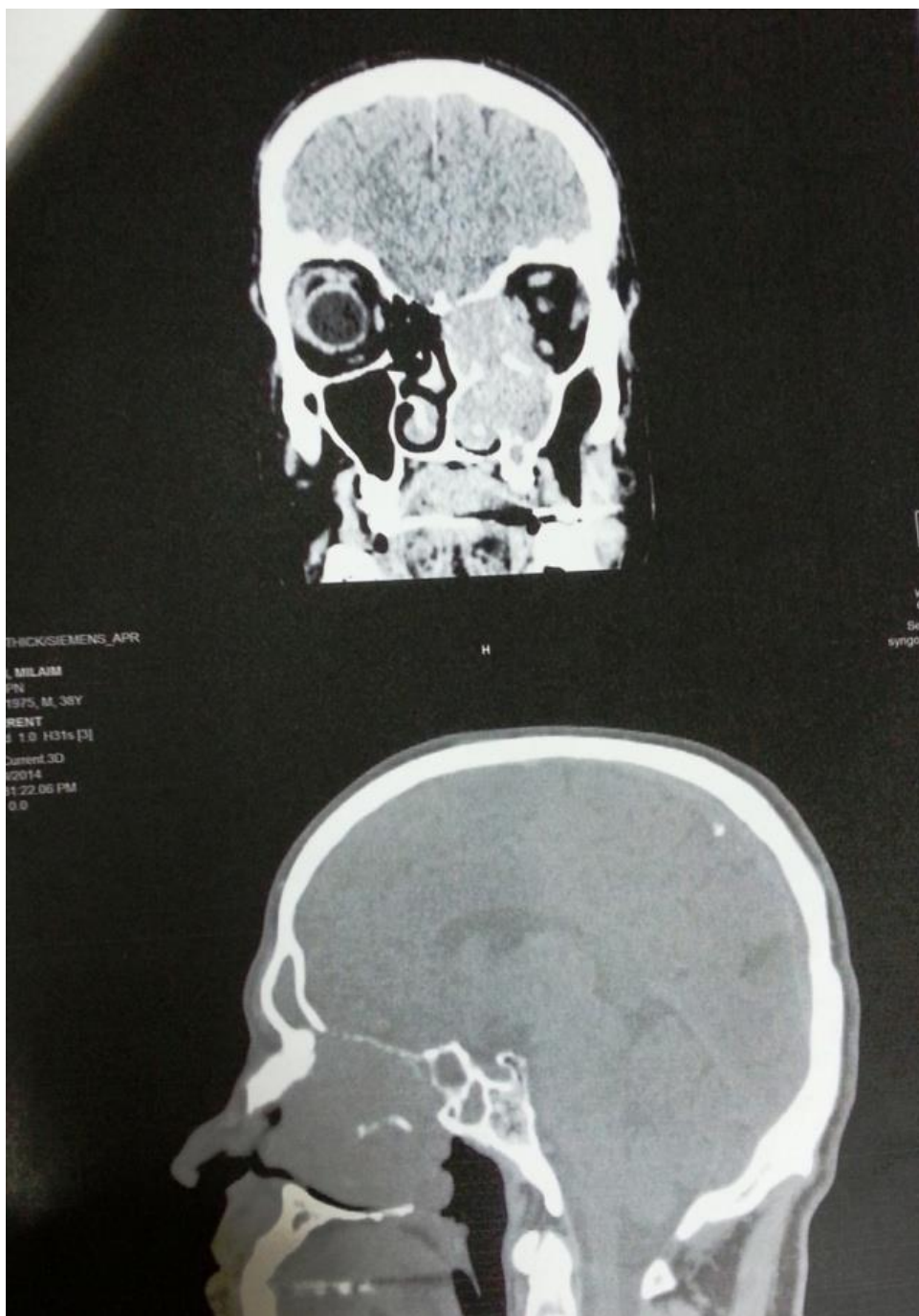
Figurë 4. Hemangioma kavernoze retrobulbare



Figurë 5. Hemangioma kavernoze inferiore



Figurë 6. Limfoma ekstranodale e tipit nazal



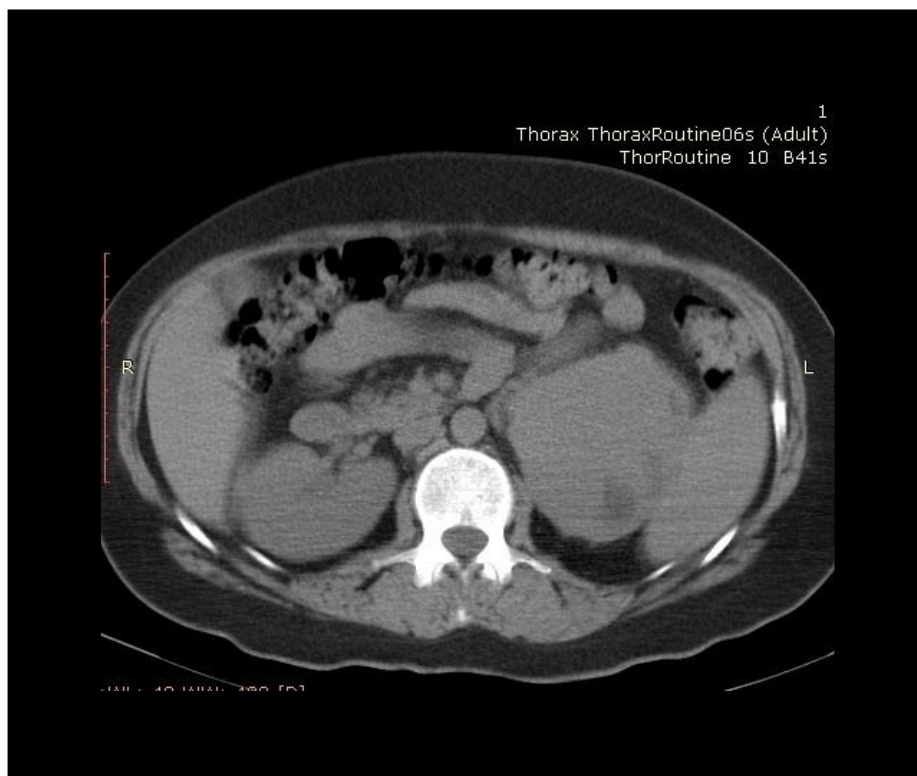
Figurë 7. Adenokarcinoma cistike (gjëndra e lotit, spirocilindroma)



Figurë 8. Sëmundja Rosai Dorfman në orbitë



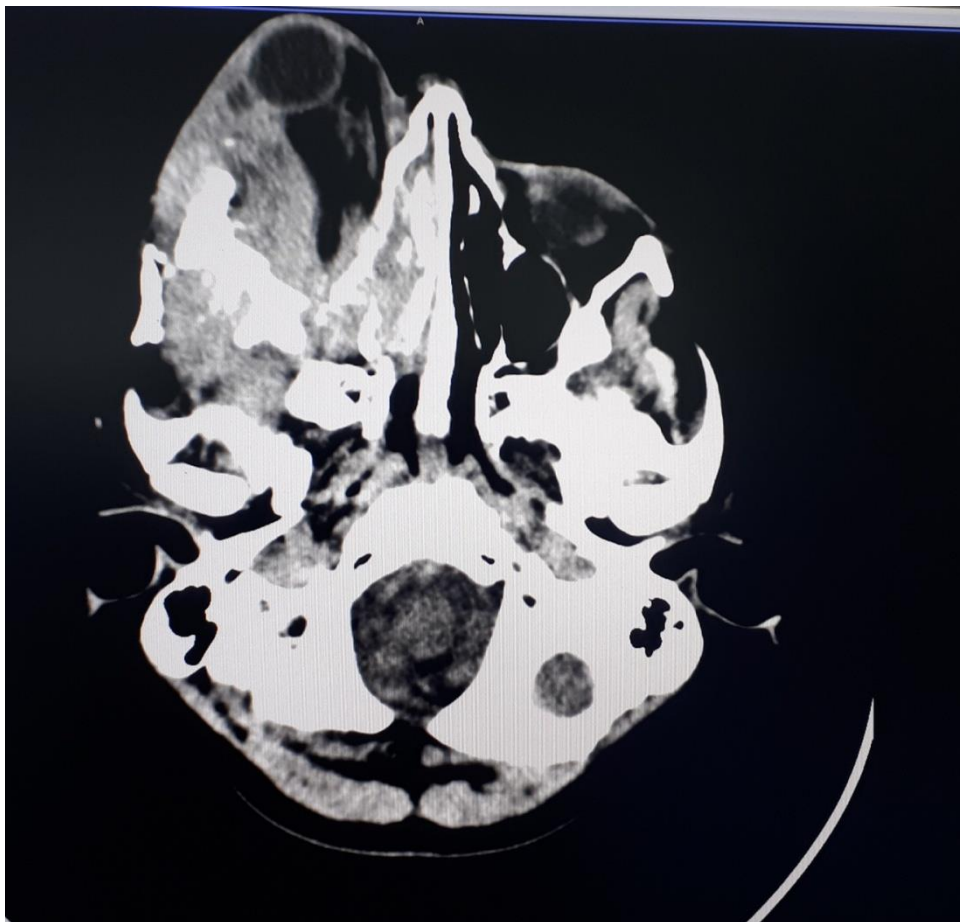
Figurë 9. Lezion ekstranodal i sëmundjes Rosai Dorfman në veshkë



Figurë 10. NonHodgkin Limfoma orbitale



Fig. 11 Ewing's Sarkoma

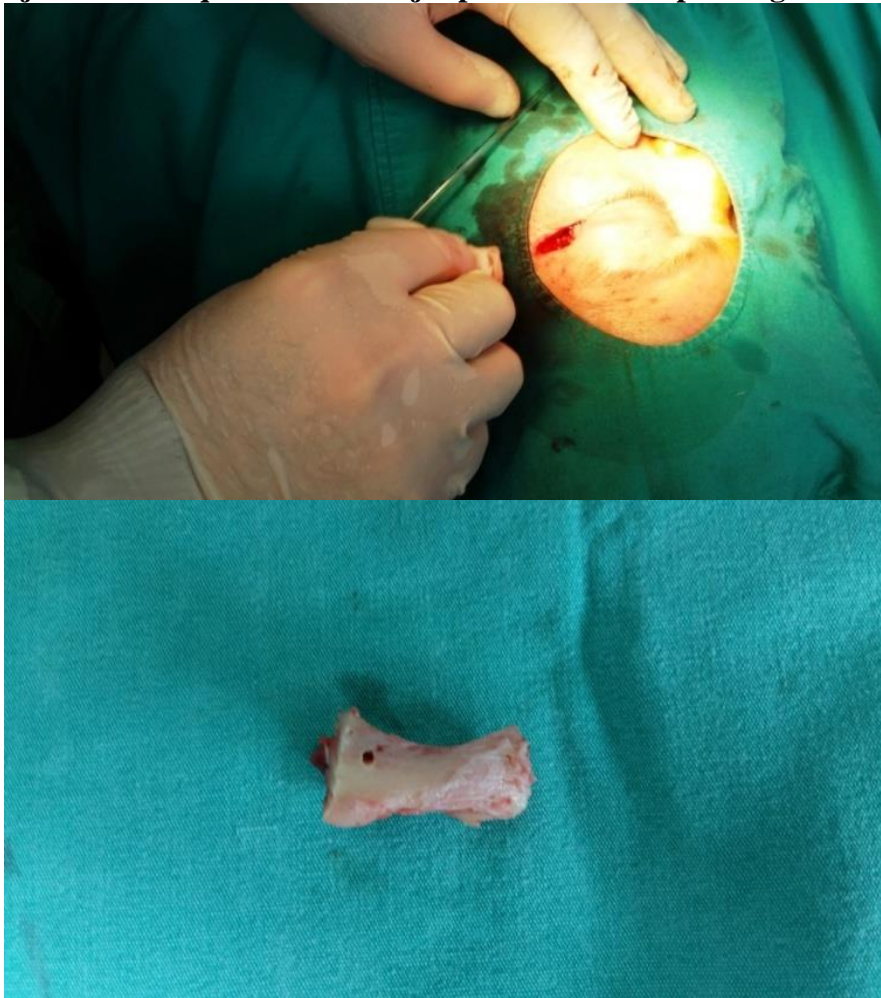


Figurë 12. Qasje kirurgjike me anë të orbitotomisë së përparme

a. para heqjes së tumorit, b. pas largimit të tumorit



Figurë 13. Orbitotomi laterale
a. qasje laterale në orbite
b. largimi i kockës në harkun zigomatik,
i hapet një vrimë me qëllim të vendosjes përsëri në vend pas largimit të tumorit



Figurë 14. Masë tumorale e larguar nga orbita



ABSTRAKT

HYRJJE: Tumoret e orbitës janë tumore të rralla, që kërkojnë një qasje multidisciplinare. Ato mund të jenë beninje por edhe malinje me rrezikshmëri për jetë dhe për këtë shkak kërkojnë një ekzaminim të saktë për diagnostikim dhe trajtim me kohë.

QËLLIMI: Qëllimi i këtij punimi ishte evaluimi epidemiologjik, klinik, imazherik, trajtimi kirurgjik i tumoreve të orbitës në periudhë kohore gjashtë vjeçare dhe përcjellja postoperative.

MATERIALI DHE METODAT: Numri total i pacientëve të përfshirë në studim është 54 dhe përfshinë pacientët me tumore të orbitës prej vitit 2008 deri në vitin 2013 të mjekuar në Shërbimin e Neurokirurgjisë, pranë Qendrës Spitalore Universitare të Tiranës. Të dhënat për secilin pacient janë siguruar nga kartelat e pacientëve.

REZULTATET: Gjatë kësaj periudhe gjashtë vjeçare u diagnostikuan dhe mjekuan 54 pacientë. Nga të gjitha rastet 74.0% ishin tumore beninje dhe 22.0% malinje. Tumoret më të shpeshta të rriturit ishin hemangiomat kavernoze me 18.5% dhe meningiomat me 16.6%, derisa te fëmijët gjatë kësaj periudhe një ishte rhabdomiosarkomë embrionale dhe një non-Hodgkin limfomë.

KONKLUZION: Tumoret më të shpeshta në studimin tonë ishin beninje. Te fëmijët tumoret e pranishme gjatë kësaj periudhe ishin rhabdomiosarkoma embrionale dhe nonHodgkin limfoma, kurse te të rriturit më e shpeshta ishte hemangioma kavernoze. Heqja e tumorit me kirurgji është bërë në tërësi në shumicën e rasteve e në disa raste është bërë subtotal apo vetëm biopsi. Në rastet ku është larguar tumori subtotal ose te tumoret malinje u vunë re recidive.

FJALËT KYÇE: *Tumoret e orbitës, proptoza, orbitotomia, ekstrakonal, intrakonal, hemangioma, meningioma.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Orbital tumors are rare and require a multidisciplinary approach. They can be benign, but also life threatening malignant tumors, thus it's very important prompt examination for timely and accurate diagnosis.

PURPOSE: Our goal was to study the epidemiological, clinical, radiological, and surgery of orbital tumors at a 6-year period and postoperative follow-up.

MATERIAL AND METHODS: The total number of patients involved in the study was 54 and includes only patients with orbital tumors diagnosed and treated as from 2008 to 2013 at the Neurosurgery Clinic, University Medical Center of Tirana. Data for each patient were provided from patient records.

RESULTS: During this time 54 patients were diagnosed and treated. From all cases with orbital tumors 74.0% were benign and 22.0% malignant. Cavernous hemangioma with 18.5% and meningioma with 16.6% were the most common tumors. In childhood there were present embrional rhabdomyosarcoma and nonHodgkin's lymphoma.

CONCLUSION: Most common tumors in our study were benign. In childhood embryonal rhabdomyosarcoma and non-Hodgkin's lymphoma were present, while in adults the most common was cavernous hemangioma. Surgical removal of tumors was done in total in most cases while in others was subtotal or biopsy was performed. In cases were the tumor was subtotally cases of recurrence were encountered.

KEYWORDS: *orbital tumors, proptosis, orbitotomy, extraconal, intraconal, haemangioma, meningioma.*