UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I MJEKËSISE
DEPARTAMENTI I SËMUNDJEVE INFEKTIVE
DHE DERMATOLOGJISË

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
"DOKTOR"

TEMA

Studim epidemiologjik dhe klinik I vitiligos ne rrethin e Tiranes.

KANDIDATI
ARDIANA SINANI

UDHËHEQËS SHKENCOR
PROF. DR. ENVER ROSHI

TIRANË, 2020
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

FAKULTETI I MJEKËSISË
DEPARTAMENTI I SËMUNDJEVE INFEKTIVE
DHE DERMATOLOGJISË

I

PARAQITUR NGA

ARDIANA SINANI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

"DOKTOR"

SPECIALITETI: DERMATOLOGJI

TEMA

Studim epidemiologjik dhe klinik I vitiligos ne rrethin e Tiranes.

Udhëheqës Shkencor: PROF. DR. ENVER ROSHI

MBROHET ME DATË...../...../2020 PARA JURISË

1. **Prof Ermira Vasili KRYETAR**
2. **Prof Arjan Harxhi OPONENT**
3. **Prof. As Loreta Kuneshka OPONENT**
4. **Prof Najada Como ANËTAR**
5. **Prof As Alban Ylli ANËTAR**

PERMBAJTJA

PARATHENIE ..... **Error! Bookmark not defined.**
MIRENJOHJE ..... **Error! Bookmark not defined.**
LISTA E SHKURTIMEVE ..... **Error! Bookmark not defined.**
PERSE ZGJODHA KETE TEME DOKTURATURE ..... **Error! Bookmark not defined.**
1-HYRJE ..... **Error! Bookmark not defined.**
1.1 HISTORIA E PATOLOGJISE SE VITILIGOS ..... **Error! Bookmark not defined.**
1.2 PERKUFIZIMI DHE LLOJET E VITILIGOS ..... **Error! Bookmark not defined.**11
1.3 PREVALENCA E VITILIGOS DHE PARAQITJA KLINIKE ..... **Error! Bookmark not defined.**
1.4 ETIOLOGJIA DHE PATOGJENEZA E VITILIGOS ..... **Error! Bookmark not defined.**
2.QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT 54
2.1 QELLIMI I STUDIMIT 54
2.2 OBJEKTIVAT SPECIFIKE TE STUDIMIT 55
3.METODOLOGJIA 55
3.1 PËRZGJEDHJA E SUBJEKTEVE NË STUDIM 55
3.2 MBLEDHJA E TË DHËNAVE 57
3.4 ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE 60
4.REZULTATET E STUDIMIT 61
5. DISKUTIMI 62
5.1 PERMBLEDHJA E REZULTATEVE TE STUDIMIT 62
5.2 KRAHASIMI I REZULTATEVE ME RAPORTIMET E LITERATURES 62
6. PERFUNDIME 63
7 REKOMANDIME 64
6.BIBLIOGRAFIA .....

PARATHENIE.

Shëndeti sipas OBSH përkufizohet si gjendje e mirëqënies së plotë fizike, mëndore dhe sociale. Në kuadër të përkufizimit të sipërpërmendur Vitiligo është një sëmundje që paraqet interes, pasi ajo shfaq ndikim përveçse në sferën fizike, edhe në atë emocionale.

Nga studimet botërore rezulton se prevalenca e vitiligos është 1-2%. Megjithatë të dhënat për Shqipërinë mungojnë. Kjo është një arsye për realizimin e një studimi në mënyrë që të njihet shkalla e përhapjes së ketij problemi në Shqipëri.

Gjithashtu duke patur parasysh ndikimin që lekura ushtron në sferën emocionale të individit të prekur nga kjo sëmundje si dhe referuar faktit që ajo është një sëmundje përgjithesisht e panjohur për shoqërinë shqiptare, lind nevoja e realizimit të një studimi i cili do të përcaktojë faktorët që ndikojnë në cilësinë e jetës së subjekteve të prekur nga Vitiligo, në mënyrë që të bëhet i mundur identifikimi i atyre faktorëve që e përkeqësojnë cilësinë e jetës si dhe të propozohen ndërhyrjet e mundshme.

MIRENJOHJE

Shpreh mirënjohjen time stafit të shërbimit të dermatologjisë në Spitalin ushtarak. Shërbimit të Dermatologjisë, Qëndra Spitalore Nënë Tereza, Departamentit të Sëmundjeve Infektive, Dermatologjisë , Qëndra Spitalore Nënë Tereza. ,

Jam mirënjohëse udhëheqësit tim shkencor Prof. Dr. Enver Roshit, për mbështetjen , inkurajimin dhe suportin përgjatë kohës së studimit tim.

Falenderoj Dekanatin e Fakultetit te Mjekësisë që më besoi dhe më lejoi të zhvilloja këtë temë doktorature.

Dedikuar mamase time qe aq shume deshironte qe une te isha mjeke.

LISTA E SHKURTIMEVE

BB-UVB - Broad Band Ultra Violet light B

BSA - Body surface area

CDLQI – Children Dermatology Life Quality Index

DLQI – Dermatology Life Quality Index

MED – Minimal Erythema Dose

MET – Maximum Exposure Time

NB-UVB - Narrow Band Ultra-Violet light

NSV – non-segmental vitiligo

RCT - Randomised controlled trial

SCORAD – Severity Scoring for Atopic Dermatitis

SV – Segmental vitiligo

TCS – Topical Corticosteroids

UV – Ultra Violet light

UVA - Ultra Violet light A

UVB - Ultra Violet light B

VASI – Vitiligo Areas Scoring Index

VIDA – Vitiligo Disease Activity Score

VETF - Vitiligo European Task Force

Perse kam zgjedhur për të ndërmarrë këtë teme studimi?

Gjatë studimeve të mia në shkollën mjekësore kam kuptuar se praktika klinike duhet të shoqërohet me parimet e mjekësisë .

Hyrja në dermatologji më bëri me te perkushtuar ne në këtë fushë. Gjatë trajnimit tim si specializante dhe me vone gjate praktikes sime mjekesore si dermatologe, kuptova se aftësia për të diagnostikuar sëmundjet e lëkurës, kënaqësia e vendosjes sakte te diagnoses dermatologjike , hetimi dhe trajtimi, mjekesor apo kirurgjikal dhe egzaminimi histopatologjike me beri te kuptoj se sa marrëdhënie komplekse ka në mes të lëkurës dhe të organeve të brendshme.

Që atëherë unë kam kërkuar në mënyrë aktive çdo mundësi qe me përfshin në aktivitetet e dermatologjise akademike për të kontribuar dhe për të përmirësuar praktikat aktuale klinike.

Sherbimi I Dermatologjise ne Qendren Spitalore Universitare “Nene Tereza” dhe ne Spitalin Ushtarak (vendi ku une aktualisht punoj), njihen si qendra me përsosmëri dhe një reputacion kombëtar për diagnostikimin dhe trajtimin e semundjeve te lëkurës, kjo fale punes dhe perpjekjeve te brezave me radhe te dermatologeve qe kane punuar me perkushtim ne keto qendra. Unë besoj se projekti im I doktoratures " Epidemiologjia dhe klinika e Vitiligos", në Dermatologji do të jetë vendimtar dhe i frytshëm për progresin tim arsimor dhe zhvillimin e karrierës time profesionale dhe nje ndihmese për të përfshirë rezultatet e mia klinike kërkimore në praktikë klinike dermatologjike.

-Pse zgjodha nje teme studimi mbi vitiligon?

Sëmundjet e lëkurës janë shumë të zakonshme, ato prekin më shumë se një te katërten e e popullsisë në bote. Edhe pse zakonisht nuk jane te rrezikshme për jetën, sëmundjet e lëkurës kane një ndikim të rëndësishëm në cilësin e jetës së pacientëve dhe të shkaktojne ndryshime të konsiderueshme psikologjike.

Studimi im i propozuar nga Sherbimi I Dermatologjise QSUT fokusohet mbi vitiligon, nje semundje që rezulton në humbjen e pigmentit ne lëkure nje patologji me një ndikim mjaft negativ në cilësinë e jetes se një pacienti me vitiligo, dhe per shkak te mungeses se te dhenave mbi epidemiologjine dhe format klinike te kesaj patologjie ne Shqiperi dhe gjithashtu mungeses se te dhenave statistikore mbi vitiligon ne Shqiperi ne Statistikat mjekesore te vendeve ne bote per vitiligon.

Keshtu pra, lindi kjo nevojë për një studim me të gjerë mbi kete semundje sepse duke u bazuar ne epidemiologjine e saj dhe format klinike na ndihmojne per gjetur nje mënyre me efektive per trajtimin dhe kurimin e kesaj patologjie.

Kapitulli I pare e ketij studimi I dedikohet shqyrtimit te literatures. Ka nje informacion të kufizuar në dispozicion mbi vitiligon dhe për këtë arsye kapitulli im i parë është një (up-to-date) vështrim I literatures mbi kete sëmundje, duke përfshirë përkufizim, klasifikimi,

etiologjine, histopatologjine, prognozën, vlerësimi dhe trajtimin. Duke bërë këtë, jam përpjekur të përmbledhë dëshmi, hipotezat dhe sugjerimet ekzistuese, dhe gjithashtu për të identifikuar disa nga mangësitë kërkimore dhe aspekte të ndryshme te studimeve mbi kete semundje.

Vitiligo është një çrregullim fituar depigmentimit te lekures që prek rreth 0,5% -2%[7, 8] te popullsisë botërore. Megjithatë shifra te larta si 8% janë raportuar në Indi, ku për shkak të ngjyrës se errët të lëkurës Vitiligo është më dukshme dhe perben shqetesim te madh kozmetik ne kete popullate. [9, 10.]

Si shoqëritë e lashta dhe ato moderne gjithmon kane perceptuar hypopigmentimin e lekures (njollat e bardha) në një mënyrë negative. Vitiligo ndikon ne mirëqënien sociale dhe psikologjike të pacientit dhe në jetën shoqërore te tij. Pacientët shpesh përjetojnë stigmatizem, duke përfshirë edhe kureshtje, nga njerëzit e tjerë, refuzimin dhe diskriminimin në punë, vetëvlerësim të ulët, siklet, dhe një prevalencë më të lartë të vështirësive seksuale, sidomos tek gratë. Natyra e sëmundjes kronike, trajtimi afatgjatë, mungesa e terapisë uniforme efektive dhe sigurisht dekursi i paparashikuar janë zakonisht demoralizuese për pacientët që vuajnë nga vitiligo.

1-Hyrje

1.1 Historia e Vitiligos

Celsus ishte i pari qe ka përdorur emrin e vitiligos në shkrimet e tij latine mjekesore ne "De Medicina" në shekullin e dytë para Krishtit[78,69] . Besohet se emri vitiligo rrjedh nga fjala latine "vitium" we do të thotë defekt ose një të metë[71,62,69] . Sëmundja (Vitiligo), e cila "shkakton njolla te bardha".

Qe në kohët e lashta, ka te dhena per vitiligon, keto te dhena jane gjetur janë gjetur në librat e lashtë të shenjta indiane, të tilla si Atharva Veda (1400BC) dhe ne librin e shenjtë budist Vinay Pitak (224-544 BC)[69] (Picardo et al., 2010).

Foto 1.1 Foto e shekullit 18 (Vitiligo Faciale).

Në Bibël, Dhiata e Vjetër, jane permendur pesë kategoritë e sëmundjeve që shkaktojnë njolla të bardha te cilat jane: (1) njolla të bardha në vetvete, (2) njolla të bardha të lidhur me flokët te cila kthehen te bardhë, (3) njolla të bardha të lidhurme inflamacion, (4) njolla te bardha me deskuamim dhe (5) njolla të bardha (spote) me atrofi. Dy kategoritë e para mendohet të jene referuar vitiligos. Që prej kohëve te lashta, meshkujt dhe femrat me njollat e bardha të lëkurës, nuk janë respektuar në shoqëri, ata diskriminoheshin nuk martoheshin ose nuk ju lejohej te martoheshin, ose në qoftë se njollat e bardha ndodhnin gjatë martesës, kjo ishte nje arsye e forte per divorc[69,55].

Vitiligo eshte perkufizuar si një, çrregullim kronik I fituar I depigmentimit te lëkurës, qe shkaktuar nga humbja e pigmentit në zonat e prekura të lëkurës dhe / ose mukozave dhe

karakterizohet nga macula (njolla) me ngjyre qumështi të bardhë, jo te deskuamuara me kufij te qarte me lekuren e shendoshe. Qimet në lëkurën me vitiligo fillimisht mbeten te pigmentuara dhe me pas ato fillojne te depigmentohen dhe shfaqet, leucotrichia (flokë ne ngjyra te bardhe) . Rrallë mund te preket edhe ngjyra e syve . Vitiligo qe nganjëherë referohet si leucoderma (-leu · bashkë · · der ma) nga fjalët greke "LEUCO" do të thotë e bardhë, dhe "Derma" që do të thotë lëkurë, karakterizohet nga lezione te depigmentura në lëkurë që rezultojne nga humbja apo dëmtimi i melanocyteve [69](Picardo et al, 2010).

1.2 Përkufizimi dhe llojet e vitiligo.

-Përkufizimi i vitiligos.

Ne ditet e sotme akoma ka mungesë aktuale te konsensusit në përcaktimin dhe metodat e vlerësimit të këtij çrregullimi, që e bën vitiligon te vështirë për të krahasuar rezultatet e studimeve të ndryshme të bera mbi kete patologji.

Në vitin 2007, Vitiligo Europian Task Force (VEFT) botoi një letër konsensusi i cili propozonte përkufizimin konsensual dhe klasifikimin e Vitiligos si me poshte.

Vitiligo vulgaris / vitiligo Jo-segmental (NSV) është çrregullim I fituar kronik depigmentues qe karakterizohet nga njolla të bardha, shpesh simetrike, te cilat zakonisht rriten në madhësi me kalimin e kohes, e cila shoqerohet me një humbje të konsiderueshme të funksionit epidermik dhe nganjëherë humbje te ngjyres (depigmentim) te flokeve [80] .

Vitiligo segmentale (VS) përkufizohet si depigmentim (njolla te bardha qe jane te shpërndara ne menyre te njëanshme dhe që mund të përputhen tërësisht ose pjesërisht por jo domosdoshmërisht me një dermatome, [80] .

Dermatome është përcaktuar si një zonë e lëkurës që inervohet nga një nerv i vetem, me origjinë nga një rrënjë e vetme qe del nga shtylla kurrizore .

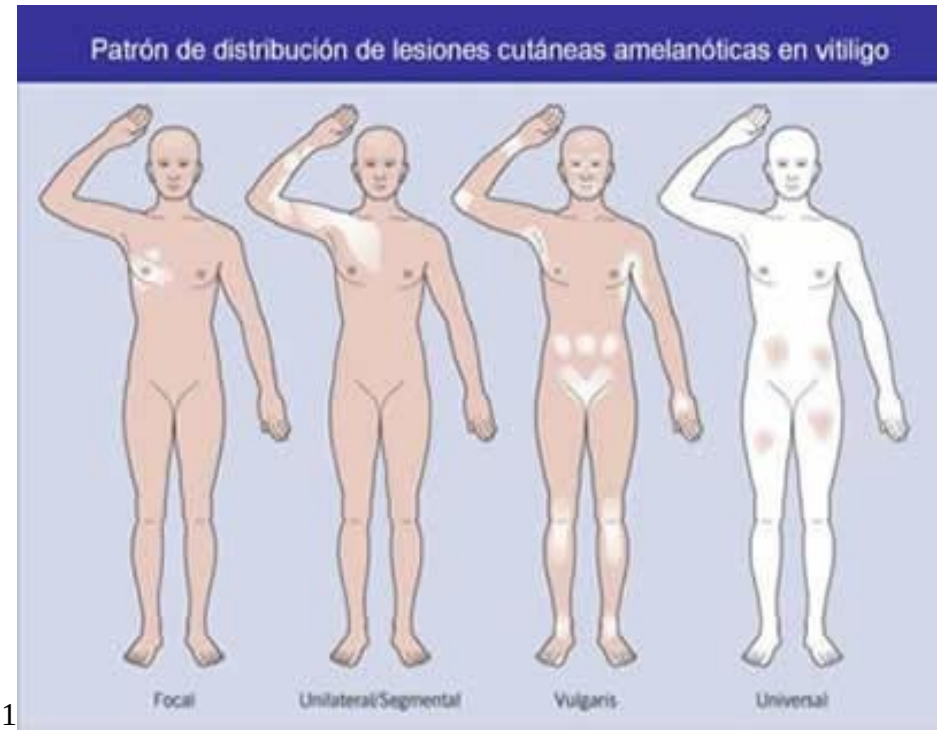
Vitiligo Mixe është e karakterizuar nga prania e dy lezioneve, vitiligo jo-segmentale dhe vitiligo segmentale ne te njejtin pacient.

Tabela 1.1 Llojet e vitiligos [80](Taieb and Picardo, 2007)

Llojet e vitiligos	Nen llojet e vitiligos

Vitiligo Jo-segmentale	Focal, mucosal, acrofacial, generalised, universal
Vitiligo Segmentale	Focal, mucosal, unisegmental, bi or plurisegmental
Mixe (vitiligo jo-segmentale dhe vitiligo segmentale	Focal, mucosal, acrofacial, unisegmental, bi ose Plurisegmentale generalised, universal
E pa klasifikuar	Focal në fillim, multifokale, asimetrike jo segmental, mukozale (një vend)

Aktualisht terma të tjera te ndryshem janë përdorur gjithashtu në literature për të përshkruar klinikisht vitiligon të tilla si: 1-Vitiligo Fokale, 2- vitiligo acrofaciale, 3- vitiligo e gjeneralizuar 4- vitiligo universale dhe 5- vitiligo mukosale.

Figura 1.2.2.1 

Vitiligo mund të zhvillohet dhe progresoje me kalimin e kohës, dhe klinikisht patologjia mund te kaloje nga një lloj ne llojin tjeter te vitiligos duke qene active dhe rralle here duke bere regres (permisuar)[49].

Nëntipe klinike të vitiligo

-Vitiligo fokale karakterizohet nga nje ose disa macula (njolla) te bardha te lokalizuara jo sipas shpendarjes te dermatomale[69] .

Foto 1.2. Vitiligo fokale.

-Vitiligo Acrofaciale prek zonat periorificial te fytyrës dhe lekuren ne gjymtyrët distal. Vitiligo ne zonat periorificial prek lëkurën rreth syve, hundes, vesheve, gojes ,[69] (Picardo et al., 2010)

Foto 1.3 Vitiligo acrofaciale

- Vitiligo mukosale prek mukozen e gojë ose / dhe mukozat gjenitale dhe futet tek vitiligo jo-segmentale ose mund te jete pjese e vitiligos fokale [69](Picardo et al., 2010).

Foto 1.4 Vitiligo mukozale

Vitiligo e gjeneralizuar futet ne llojin e vitiligos jo segmentale[69] (Picardo et al., 2010).

Foto 1.5 vitiligo e gjeneralizuar

- Vitiligo Universalis karakterizohet nga depigmentimi I plote ose pothuajse i plotë I lekures I shoqeruar me vatra te vogle te pigmentuara ne zonat e lekures te ekspozuara nga dielli. Kjo është forma më e rëndë e vitiligos jo-segmentale[69] (Picardo et al., 2010).

Foto 1.6 - Vitiligo Universale.

- Trichrome ose multichrome vitiligo shihet ne shumicen e rasteve tek personat me lekure te erret ku brenda nje pllake vitiligoje ka zona te depigmentuara totalisht dhe zona me hypopigmentim si dhe zona me ngjyre normale te lekures[69]. (Picardo et al., 2010).

Foto 1.7 - Vitiligo Multichrome.

- Vitiligo inflamatore i referohet lezioneve te bardha me buze rreth e qark erythematoze ku mund te bashkeshoqerohet me prurit te lehte[69]. (Picardo et al.,2010).

Foto 1.8 vitiligo inflamatore

- Blue vitiligo i referohet lezioneve ne ngjyre nuance blu qe vijne si rezultat pas nje vitiligoje inflamatore[69], (Picardo et al.,2010).

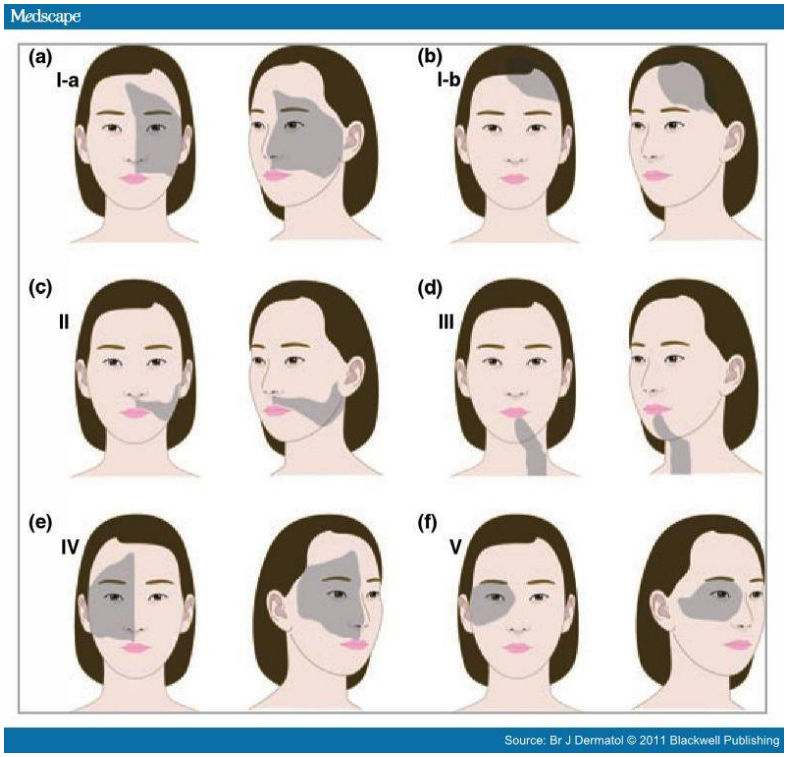
Foto 1.9 - Blu Vitiligo.

- Klasifikimi i vitiligos segmentale te fytyrës dhe qafes u propozua nga Gauthier në mënyrë për të përshkruar klinikisht kete nenlloj te vitiligos[25] (Gauthier Y. 2006).

Me poshte janë propozuar 5 lloje klinike në bazë të zonave qe inervojne nervat perkates:

Njolla te bardha rreth syrit qe inervihet nga nervi ophtalmic (V1), maxillar (V2) dhe mandibular (V3) pjese te deges trigeminale: Tipi I korrespondon V1 (Përfshirja e pjesshme ose të përgjithshme), Tipi II korrespondon V2 (Përfshirja e pjesshme ose të përgjithshme), Lloji III i korrespondon V3(Përfshirja e pjesshme ose të përgjithshme), Tipi IV eshte mix nga nervat e mesiperm dhe Tipi V korrespondon pjeses cervikofaciale te fytyrës[25] (Gauthier Y., 2006).

Foto 1.12



1.3- Prevalenca e vitiligos dhe paraqitja klinike

- Prevalenca

Vitiligo është çrregullimi më i zakonshmi dhe me I madh i depigmentimit që prek në rreth 0.5 %-2 % të popullsisë së botës . Megjithatë , është e vështirë për të vlerësuar dominimin e saktë të vitiligos . Ne Indi vitiligoja prek reth 8.8% . Kjo mund të jetë për shkak të përfshirjes së rasteve me vitiligo me shume, ne studimet e bera ne kete vend.

Nga ana tjetër, jane bere studime per te vlerësuar dominimin e vitiligos në popullsitë me ngjyre te zezë te lekures sic është studimi I bere ne brigjet perendimore te indise i cili rezultoi se prevalenca e vitiligo në popullaten me ngjyre të erret te lekures është e krahasueshme , ose pak më pak se , me të dhënat e gjetura aktualisht në popullaten me ngjyre të bardhë te lekures[10] . Në përgjithësi , normat më të larta te incidences jane regjistruar në Indi , e ndjekur nga Meksika dhe Japonia. Dallimi në mes të dhënave të prevalencës dhe incidencës mund të jetë për shkak të një raportimi më të lartë të vitiligos ne vendet, ku ngjyra e lekures eshte e erret dhe me nivel kulturor te larte dhe mund të detyrojë pacientët të kërkojnë konsultime të hershëm per lezionet e vitiligos te shfaqura ne lekuren e tyre dhe kjo eshte me dukshme ne popullaten me ngjyre te zeze te lekures[74] .

Gjinia

Të rriturit dhe fëmijët e të dy sekseve preken në mënyrë të barabartë nga vitiligo, edhe pse femrat paraqiten me shpesh për trajtime , kjo ndoshta për shkak të pasojave më të mëdha sociale tek gratë dhe vajzat e prekur nga kjo patologji[75,24] .

Mosha

Vitiligo prek të gjitha moshat, por zakonisht ndodh tek të rinjte mes moshës 10 dhe 30 vjec[75,24,15,37,74] . Megjithatë një tjeter studim epidemiologjik tregoi se pothuajse 50% e njerëzve qe zhvillojne vitiligo jane pas moshes 40 vjec[37] . Është vlerësuar se gati gjysma e pacientëve me vitiligo paraqiten para moshës 20 vjet per vizite, dhe gati 70-80% para moshës 30 vjec[74] . Një studim i kohëve të fundit sugjeroi se fillimi vitiligos ne femijeri (para moshës 12) prek 32% të pacientëve[56] , krahasuar me nje studim me te hershem qe raporton nje shifer 25% te pacienteve[30,38] . Po ashtu, i njëjti studim konfirmoi se shumica e pacientëve (89%) kishin histori per vitiligo para moshës 4 vjec[56] .

Vitiligo jo-segmentale mund të ndodhë në çdo moshë, ndërsa vitiligo segmentale ka tendencë të ndodhë në moshë të re[56] para moshës 30 vjec në 87% të rasteve, dhe para se të moshes e 10 vjec në 41.3%[56].

Së fundi, një studim në Jordani tregoi se prevalenca vitiligos rritet me moshën (0.45% <1 vjeç; 1% moshës 1-5 vjeç , 2.1% të moshës 5-12 vjeç)[4] .

Prezantimi klinik

Vitiligo klasifikohet ne vitiligo segmentale dhe vitiligo jo-segmentale.

Vitiligo jo-segmentale

Zonat e prekura më së shpeshti dhe ne fillim te patologjise se vitiligos jo-segmentale janë zakonisht ne fytyrë, e ndjekur nga trungu, qafa dhe pjesa e pasme trungut te trupit sipas Hann et al., 1997b)[33,34].

Është raportuar se vitiligo përgjithësisht mund të fillojë në çdo vend të trupit, por pjeset e lekures te ekspozuar në diell siç janë gishtat, duart dhe fytyra janë zakonisht zonat fillestare të raportuara nga pacientët[69] . Zonat interphalangeale, bërrylat dhe gjunjët janë sipërfaqet me te shpesh me te prekura nga siperfaqet extensore .

Ne pacientët me vitiligo në lekuren e duarve vitiligo shpesh përparon duke u shfaqur ne fytyre. Kjo shpjegon frekuencën e vitiligos acrofaciale me te madhe ne këta pacientë[33] .

Vitiligo segmentale

Në vitiligo segmentale zonat e zakonshme me te përfshira janë fytyra (51.1%), trungu i perparme (21.5%) dhe gjymtyrë (10.8%)[32] .

I njëjti studim tregoi se shpërndarja më e zakonshme dermatomale e vitiligos është sipas inervimit trigeminal 52.1%, , thorakal 22.8% dhe cervical 17.4% . Shpërndarja dermatomale trigeminale prek lëkurën e fytyrës. Shpërndarja dermatomale thoracale referohet lëkurës se trungut dhe shpërndarja dermatomale cervical prek lekuren kokes, qafes dhe extremitet e siperme.

Përfshirja e flokeve në vitiligo

Poliosis (depigmentimi e flokeve te kokës) (foto 1.4) është më e shpeshtë se ai

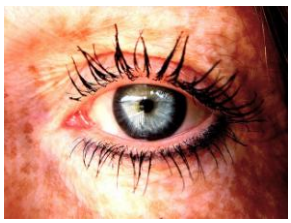
Manifestimi me I shpeshte I përfshirjes së zonave me qime në vitiligo ndjekur nga vetullat, flokët, regjionet pubike dhe axillar esipas një studimi te (Song, 1994)[76].

Foto 1.10 Poliosis.

- Perfshirja ne depigmentimin ngjyres se Syve dhe veshve në vitiligo.

Lezionet e hypopigmentuara në iris janë gjetur në 20-50% e pacientëve me vitiligo sipas disa studimeve. Megjithatë, nuk ka pasur prekje te syrit nga vitiliogo në një grup të vogël te raportuar ne paciente me ngjyre te zeze te vitiligos[3,2,9,12,71,6] .

Foto 1.11. Depigmentim I irisit te Syrit.



Humbje melanocyteve otice jane raportuar në disa raste te pacienteve me vitiligo. Jane raportura edhe crregullime të dëgjimit në paciente me vitiligo[20,57,61,82] .

Diagnoza diferenciale

Etiologjia e sëmundjes se vitiligos është ende e panjohur dhe prandaj përcaktimi dhe klasifikimi I saj janë thjesht përshkrues. Kur vitiligo është klasike, diagnoza mund te vendoset fillimisht në kujdesin parësor, por raste sfiduese kërkojnë vlerësim nga një dermatologu[28] .

Tabela 1.2 Diagnoza diferenciale për vitiligo jo-segmentale.

Patologjite qe përjashtohen nga përkufizimi e vitiligos jo-segmental		**Prezantimi Klinik**
Crregullime te trasheguara apo gjentike qe shfaqen me hypomelanosis	Peibaldism	Zona te depigmentuara ne vijen e mesme (midline) te trupit, ne pjesen frontale te kokes, dhe ne kurrizin e extremitetve te poshtme
Lezione te hypopigmentuara qe ne lindje apo te shfaqura me ekspozimet e para ne diell	Tuberus sclerosus	Ash-leaf njolla te bardha, angiofibroma, zhvillim I vonuar mendor
	Albinism	Diagnose diferenciale me vitiligo universal, merret parasysh klinike e fillimit e menjehershme apo progressive.
	Waanderburg's syndrome	Njolla te bardha ne pjesen frontale te kokes, shurdhim, crregullime ne pigmentimin e retines
Hypomelanosis post inflamatore	Psoriasis	Diagnoza behet duke u bazuar ne kliniken e ketyre patologjive.
	Eczema atopic	
	Lichen sclerosus	
Para-malignant hypomelanoses	**Mycosis Fungoides**	**Ne personat me ngjyre te erret te lekures t-cell lymphoma paraqietn me depigmentimem te lekures.**
	Melanoma qe paraqiten me	Karakterizohet nga

	depigmentim	depigmentime rreth melanomes ose me regresionit të melanomes primare.
Occupational disease, perdorimi I produkteve kimike	Vitiligo e shkaktuar nga perdorimi I lendeve kimike.	Shkaktohet nga perdorimi I lendeve kimike depigmentuese ex. Sic eshte fenolet ne industrine kimike.
	Depigmentim I shkaktuar nga medikamentet	Shkaktuar nga medikamnete të tilla si ne kohët e fundit Depigmentime te raportuar pas trajtim me imatinib, Imiquimod, kortikosteroidet fuqishëm lokalisht
Melasma	Crregullime te hyperpigmentimit	Zonat rreth melasmave gabimisht mund te merren per vitiligo.
Post traumatic leucoderma	Cikatrice post djegieve e thella te lekures apo traumatike	Lezionet mund te jene ne forme jo te zakonshme, sidomos kur trauma nuk mbahet mend nga pacienti.
	Toxic epidermal necrolisis	
Para-infectious hypopigmentation	Tinea versicolor	Mykozat e lekures qe shfaqin depigmentime me deskuamime
	Leprosis	Karakterizohet nga lezione hypochromic. Zakonisht te lidhura me humbjen e ndjeshmërisë dhe duhet të dyshuar në individë qe jetojnë në zonat endemike.

Tabela 1.3 Diagnoza diferenciale për Vitiligon Segmentale

Patologjite qe bejne diagnozen diferenciale me vitiligon segmentale

Prezantimi Klinik

Naevus depigmentosus	Nishane depigmentuese kongjenitale ose qe zbulohen në vitin e parë të jetës dhe ruajne te njejten në madhësi dhe përmasa gjate rritjes së fëmijëve.
Segmental or hemicorporeal hypomelanosis of Ito	Karakterizuar nga vija të ngushta depigmentura sipas Linjave Blascho qe mund të jetë e vështirë për të dalluar në rastet e vitiligos multisegmentale.

- Cilësia e jetës në pacientët me Vitiligo.

Porter et al raportuan se problemet kozmetike të kesaj sëmundje (në dukje të parëndësishëm) kane një ndikim të madh në cilësinë e jetës së ketyre pacientëve dhe ndikojne negativisht ne marrëdhëniet seksuale midis partnerve[70,65,77] . Shumë paciente ndihen keq psikologjikisht dhe te zënë ngushtë nga vitiligo. Ata përjetojnë diskriminim nga të tjerët dhe besojnë se ata nuk e marrin mbështetjen dhe mjekimin e duhur nga mjekët e tyre[70,77] .

Një studim i fundit i kryer nga Britania e Madhe tregoi se mbi gjysma (56.6%) e anketuarit treguan se vitiligo e moderuar ose e rëndë ndikonte ne kualitetin e jetes se tyre. Gjetja e një kurë efektive ose të qëndrueshme ishte prioriteti kryesore për të anketuarit prekur nga vitiligo. Negative ishte pergjigja se ku e gjenin keta pacient informacionin mbi patologjine e tyre, ata theksuan se Informacion e merrnin nga burime te tilla si : nga shoqëria e tyre jo me informim mjekesor (kjo ne shumicen e rasteve), nga interneti, dhe nje pjese nga dermatologu[81] .

Gjithashtu, pacientët me vitiligo marrin nje mbeshteteje të kufizuara ose ambivalent nga miqtë dhe familjet e tyre, dhe të përjetojnë një numer te problemeve psikologjike të tilla si turp, depresioni dhe ankthi, të cilat mund të çojë në vetëvleresim të ulët për veten dhe izolim social[70]. Shumica e pacientëve me vitiligo në zonat e ekspozuar ankohen per pranine e ndjenjave të pakëndshme në krahasim(ne shumicen e rasteve), në krahasim me ata me lezione në zonat paexposuara[59] . Emocionet e cituara më shpesh ishin frika, veçanërisht nga përhapja e lezioneve vitiliginous (71%), turp (57%), pasiguria (55%), trishtim (55%).

Vetë-vleresimi i pacientëve me Vitiligo është gjithashtu i ulur në mënyrë të konsiderueshme. Crregullimet emocionale si ne humor janë të zakonisht te ulura, veçanërisht në adoleshentët. Vitiligo që fillon në fëmijëri mund të të shoqërohet me trauma të rëndësishme psikologjike që mund të të ketë një efekt të gjatë të qëndrueshme në vetë-vleresimin personal te fëmijës me

vitiligo. Zakonisht ata shmangin ose kufizojne aktivitetet sportive dhe shpesh humbasin ditë vitale në shkollë[65,67] .

Një studim në Hollande mbi ndikimin e vitiligos ne fëmijëri dhe në jetën e të rriturve treguan se zhvillimi psikoseksual i të rriturve të rinj me vitiligo gjate fëmijërisë eshte I ulur. Megjithatë, pacientët raportuan ndjenja negative nga prania e vitiligos gjatë fëmijërisë në mënyrë të konsiderueshme dhe kjo sillte shumë probleme në zhvillimin social te tyre[47] .

Përveç kësaj, një studim i bere ne pacientët muslimanë femra me vitiligo në Iran tregoi se ato përjetojnë nje cilësi më të madhe të jetes se se meshkujt[65,67] , kjo ndoshta per shkak te mbulimit dhe mos ekspozimit te zonave me vitiligo.

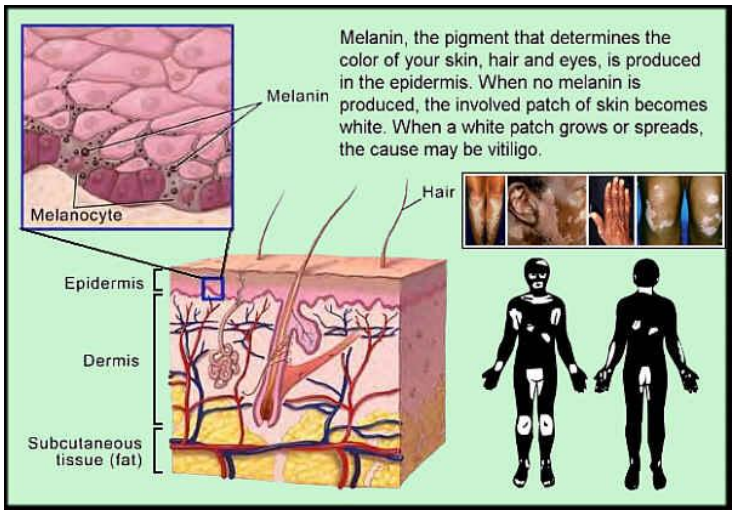
Aktualisht, nuk ka hulumtime të sakta te bera mbi ndikimin psikologjik te sëmundjes dhe efikasiteti I terapise psikologjike për pacientët[69,63].

Ne nje studim te bere nga Papadhopulos et al (1999)[63] eshte pare se terapia psikologjike mbi ndryshimin e sjelljes dhe suportimin psikologjik te vitiligos mund të sigurojë dobi në aspektin e përballimit te jeteses në personat me vitiligo dhe kjo terapi psikologjike vetë mund të ketë një efekt pozitiv në progresionin e sëmundjes.

1.4- **Etiologjia dhe patogjeneza e vitiligos**

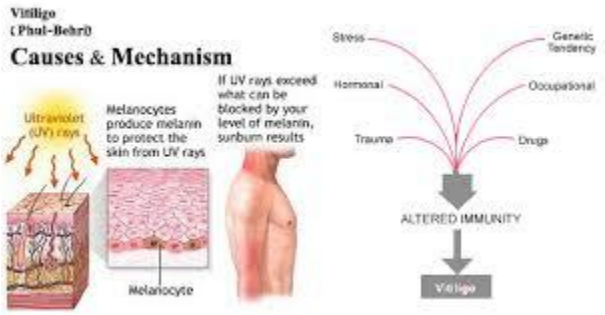
Etiologjia e vitiligos nuk është akoma e qarte sa duhet dhe ka qenë të burim diskutimesh dhe studimesh për dekada të tëra. Ende nuk është e qartë nëse melanocitet në lezionet vitiligos janë zhdukur apo kane dale thjesht jashte funksionit te tyre qe eshte prodhimi I melanines pigmentit qe I jep ngjyre lekures

Figura 1.9.. Melanocitet dhe humbja e funksionit te tyre ne prodhimin e melanines.



Shkaku i shkatërrimit melanociteve është i panjohur. Supozohet se vitiligo eshte nje semundje multifaktoriale.

Figura 1.9.2. Mekanizmat multifaktorial ne etiologjine e vitiligos.



Jane bere studime te cilat kane treguar lidhjen e vitiligos me patologji si me çrregullime autoimune te gjendres tiroide[73,21,8] , ku vitiligo ka qene e bashkeshoqeruar me keto patologji.

Jane ngritur per studim tre hipoteza te vecanta ajo,

1- Autoimune

2-Nervore

3-Vetëshkatërrimit te melanociteve.

Jane zhvilluar edhe disa teori te tjera për të shpjeguar patogjenezën e kesaj sëmundje te propozuar multifaktoriale[17,19,43,72,79] .

Teoria imunologjike dhe teoria gjenetike duken si me te saktat për vitiligon deri më sot.

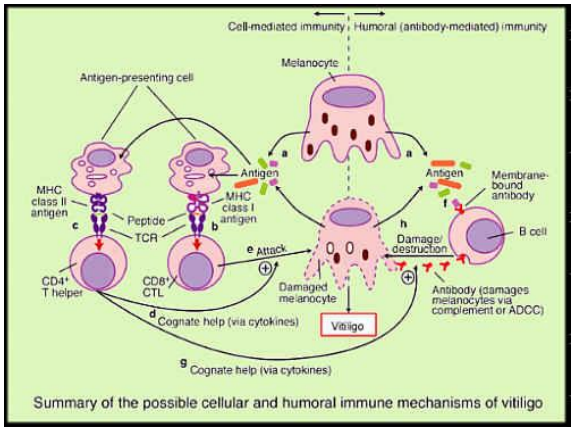
- Hipoteza autoimmune dhe gjenetike.

Hipoteza e autoimunitetit bazohet ne reagimin antigjen-antitrup, i cili shkakton mosfunksionim melanociteve dhe të çon në vitiligo. Dy mekanizma imun janë propozuar[86] (Ortonne et al., 1983). Një mekanizëm që përfshin një çrregullimi primar në sistemin imunitar qe rezulton në autoimmunisation me formimi i autoantibodies kundër melanocyte si antigjene. Si pasojë, melanocitet shkaterrohen dhe frenohet prodhimi I pigmentit melnine melanina

Mekanizmi i dytë është përqëndruar në demtimin e melanociteve I cili shkakton atyre për clirimin një substancë antigjenike e cila ndihmon për të gjeneruar antitrupa, duke frenuar melanogjenezen dhe duke çuar ne zhdukjen e melanocyteve.

Etiologjia autoimune e vitiligos konsiderohet si me e sakta deri me sot duke u bazuar edhe ne faktin e bashkeshoqerimit te ketij crregullimi me çrregullime të tjera autoimune sic eshte thyroiditis autoimun, semundja Addison, myasthenia gravis, anemia pernicioze, diabeti mellitus, morphoea, hypoparathyroidism dhe halo Zoster[28] .

Figura 1.9.3. Hipoteza autoimune.



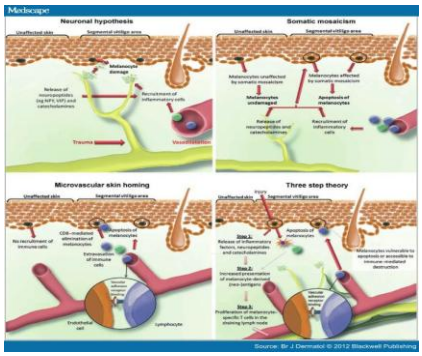
Gjithashtu, studimet kanë treguar se frekuenca e vitiligos dhe sëmundjeve të tjera autoimune është rritur në të afërmit e pacientëve me vitiligo, mbështetur kjo ne komponentin gjenetik për vitiligo.

- Hipoteza neurogjenike

Sipas teorisë neurogjenike, humbja e një efektit normal te neurohormoneve dhe neuropeptideve mund te shkaktojë humbjen apo demtimin e melanociteve dhe si rezultat vitiligon segmentale[1,52,14],

Dhe së fundi, shpërndarja e depigmentimit në Vitiligon segmentale eshte e ngjashme me ate të shpërndarjes dermatomale te herpes zoster madje eshtë propozuar që vitiligo segmental mund të rezultojë nga mosfunksionimi i inervimit simpatik në zonen e prekur[41,40] .

Figura 1.9.4 Hipoteza neurogjenike.



- **<u>Hipoteza e vetshkaterrimet te melanociteve</u>**

Kjo hipotezë bazohet në ate qe një metabolite sic jane fenolet I prodhuar gjate sintezës se melaninës çon në zhdukjen e melanocytes. Fenolet dhe derivatet e saj mund të shkatërrojë melanocytes [87]. Gjithashtu grumbullimi i Dderivateve toksike apo produktev si (tyrosine, triptofan, DAP, dopachrome, dhe 5,6 dihydroxyindole) gjatë sintezës së melaninës shkaktojne vdekjen e melanocyte[88].

Teori të tjera të tilla si teoria e stresit oksidativ, teoria e fenomenit Koebner-së, teoria e citokineve gjithashtu supozohen per etilogjine e vitiligos.

<u>-Teoria e stresit oksidativ.</u>

Sipas teorisë stresit oksidativ, ajo sugjeron se degjenerimi melanocitar shkaktohet nga prodhimi I radikalet e lira dhe toksinave dhe metabolitëve toksik të tjere të prodhuara brenda ose jashtë qelizës gjate metabolizmit qelizor , te cilat cojne ne demtimin e funksionit apo shkaterrimin e melanociteve ne lekuren me vitiligo, për shkak të një defekti ne rrugen e antioxidimit[10,39,44,79,80] .

Figura 1.9.5 Teoria e stresit oksidativ.

Gjithashtu, melanocitet ne kultura in vitro tregojnë rënie te niveleve e Catalases, enzimë kjo që përfshihet në eleminimin e radikaleve te peroksidit te oksigjenit te gjeneruar nga metabolizmi qelizor dhe rrezatimi UV[18,39,42,51] .

- **Teoria fenomenit Koebner.**

Lezione te vitiligos janë përshkruar në vendet e traumave të përsëritura të tilla si fërkime të përsëritura ose presion ta vazhdueshem, ne cikatricet apo njollat e hypopigmentura te lena nga sherimi I plageve apo djegieve,[22,26,25] .

Fenomeni i Koebner, i quajtur sipas dermatologut gjerman Koebner në vitin 1877, i referohet shfaqjes se lezioneve te reja psoriatike pas traumave te siperpermendura ne personat me psoriasis.[36,45,54,78].

Më vonë në 1890, Kaposi ishte i pari qe beri lidhjen e fenomenit te Koebner me shfaqja e lezioneve të reja Vitiligos ne personat me apo pa vitiligo[69].

Si pasojë, u hodh hipoteza që shumë lezione të vitiligos jo-segmentale mund të lidhen me fërkime të përsëritura qe ndodhin gjatë larjes, veshjes, kujdesit personal, aktiviteteve sportive apo aktivitete të tjera fizike[22,26,].

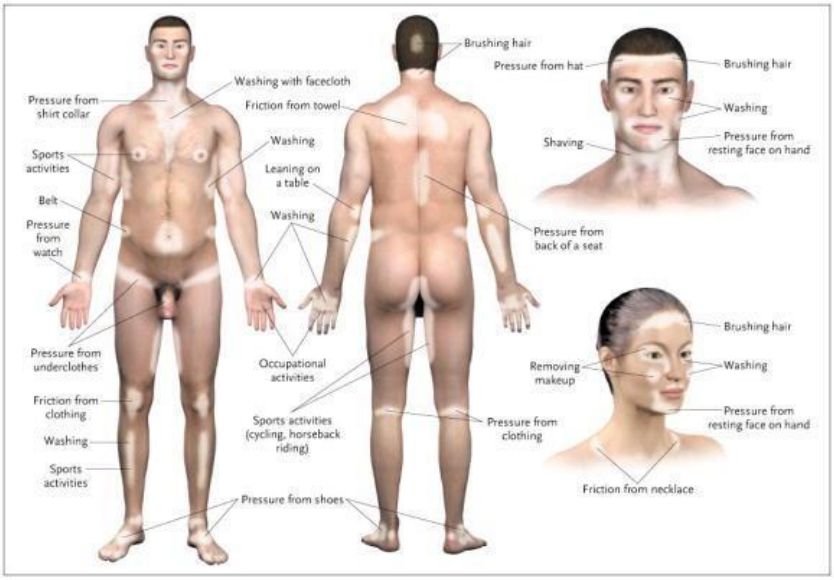


Figura 1.9.5 Fenomenin Koebner-së[79] (Taieb dhe Picardo, 2009).

Në fenomenin Koebner, njollat e vitiligos zhvillohen si rezulat I një përgjigje isomorfike fërkimi apo presionit që rezulton nga aktivitetet e tilla të zakonshme si larja e flokëve, tharja e lëkurës me një peshqir, etj.

Bazuar në fenomenin e Koebner, ose sic quhet ndryshe Koebnerisation qe mund të ndodhë në vendin e lekures gjate grafts transplant kjo është nje arsye e rëndësishme për të vlerësuar rrezikun i krijimit te lezione të reja te vitilgos pas procedurave kirurgjike ose kozmetike në pacientët me Vitiligo[36,53].

<u>- Teoria e veprimit te citokinave</u>

Gjithashtu, studimet kanë treguar se njesite e epidermike njerëzore te melanines njerezore përfaqësojne nje lidhje symbiotice në të cilën nga një qelize melanocitike transportohet pigmenti I melanines nëpërmjet dendriteve të saj në rreth 36 keranocite,[24,23].

Për më tepër, të dhënat sugjerojnë se melanogjenesis rregullohet me anë të clirimit citokinave specifike melanogjenike te prodhuara dhe te lëshuara nga keratinocytet dhe nga faktorët e rritjes te derivuar nga fibroblastet te cilat mund të të kontribuojnë në rregullimin e aktiviteteve melanocytike dhe pigmentimit te lekures . Së fundi, vitiligo ne lekure , vjen si rezultat I humbjes se aftesise se keratinociteve per te prodhuar citokina dhe uljes se prodhimit te faktoreve te rritjes nga fibroblastet te cilat ndikojne direkt ne aktivitetin e melanociteve per te prodhuar melanin. Një çekuilibër i tillë ndoshta luan një rol në zhdukjen e melanocyteve nga mos aktivizimi I tyre nga cytokinat dhe faktoret e rritjes[13,60,83] .

Në përfundim, teori të ndryshme janë sugjeruar për të shpjeguar patogjenezën e vitiligos te cilat te gjitha së bashku, tregojnë se vitiligo është nje patologji multifaktoriale dhe mund të jetë me

teper një Sindrome se sa një sëmundje të vetme[85,44] sepse asnjë teori e vetme nuk e shpjegon plotësisht fizpatologjine e vitiligos[69] .

- **Histopatologjia**

Diagnoza e vitiligo mund të bëhet klinikisht, megjithatë në raste të vështira, jane marre edhe biopsi të lëkurës per te diferencuar vitiligon nga çrregullime të tjera të pigmenteve ne lekure[69].

Gjate egzaminimit histopatologjike në lëkurën vitiliginoze është pare si karakteristike mungesa e melanociteve në shtresen bazale te lezionit te marre dhe humbja e pigmentit melaninë ne keratinocite e shtreses keratotike te epidermes, ne keto raste numri i reduktuar i melanociteve vjen si rezultat i ndryshimeve degjenerative të pranishëm në lezionet vitiliginoze [34].Gjate egzaminimit histopatologjike te lezioneve vitiliginoze eshte e rendesishme te vleresohet nese semundja eshte active apo e qendrueshme duke e krahasuar me lekuren normale[69]. Gjetjet histopatologjike ndryshojnë në bazë të 3 fazave qe kalon kjo patologji. Faza e hershme e semundjes, faza aktive e semundjes dhe faza e qendrueshme e saj per nje kohe te gjate[34]. Në lezionet gjate fazës të hershme, shihet procese inflamatore, infiltrate limfocitare në lezionin vitiligonoz. Procesi inflamator zakonisht eshte process inflamator lichenoid me ndryshime te vogla ne shtresen e epidermes. Gjithashtu gjate kesaj faze shihet prania e disa melanocyteve dhe Melaninës në shtresën bazale te epidermes[85,69].Ne Fazen e aktive dhe ate te qendrueshme te semundjes ne lezionet vitiliginoze shihet mungesa e pigmentit melaninë në shtresen e epidermes ndryshe nga ajo normale.

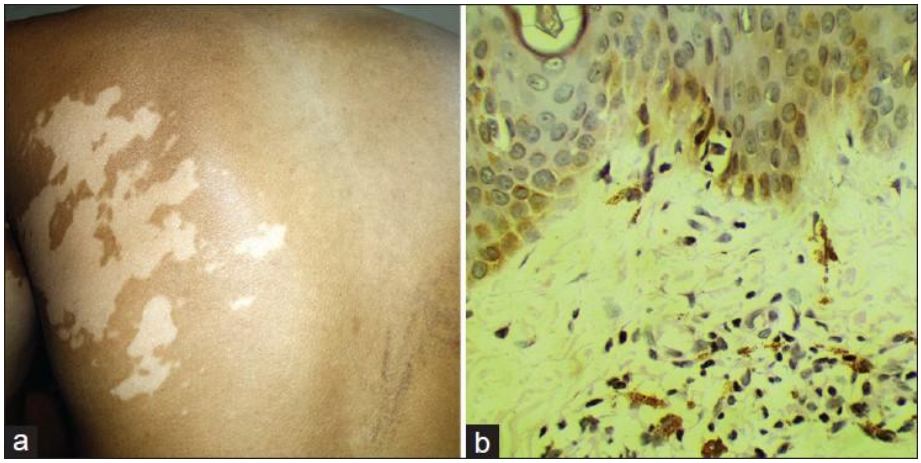


Foto 1.10.1 Vitiligo segmentale (b) grumbullime lymfocitare reth melanociteve ne shtresen bazale te epidermes dhe humbje pigmenti (grade L1) (H and E, ×40).

Përveç kësaj, në lezionet gjate fazes se qendrueshme te vitiligos, jane pare ndryshime degjenerative në nervat qe inervojne ate zone te lekures dhe strukturat adnexale te saj (të tilla si flokët, muskujt e lëkurës dhe gjëndra).

Si përfundim, ndryshimet e histopatologjike i referohen vetëm vitiligos jo-segmentale, sepse per vitiligon segmenatel te dhenat nga studime histopatologjikesi jane te pamjaftueshme për të arritur një përfundim[5]. . Prandaj te dhenat në histopatologjinë e fazës se hershme te lezione jo-segmentale dhe segmental vitiligos ndoshta do të kontribuojnë në te ardhmen per të kuptuar etiologjine e vitiligos.

Vleresimi dhe ecuria e vitiligos

Pavarësisht nga fakti se shumica e studimeve masin nepermjet sistemit te pikezimit perqindjen e ripigmentimit nuk ka dy studime qe te kene perdorur saktësisht të njëjtën metodë për të shënuar rezultatet.

Tabela 1.9 Lista e vleresimit te perhapjes se vitiligos jo-segmentale

Vecorite e pacientit	**Vecorit e semundjes**	**Historia familjare**	**Ndjekja nderhyrja** Interventions
Phototype (Fitzpatrick's skin type) **Origjina etnike** **Mosha** **Angazhimi professional** **Niveli I stresit dhe ankthit** **Halo nevus** **Histori per semndje autoimmune**	Kohëzgjatje Aktivitetit, (Progresive, regresive, e qëndrueshme ne 12 muajt e fundit Episode të Ripigmentimit Koebner-së fenomen prurit perapa sheperthimit te semundjes psemundje te gjendres tiroide	Floke te thinjur te parakohshëm Histori familjare per Vitiligo Sëmundje autoimune në familje	Lloji dhe kohëzgjatja e trajtimeve te perdorura duke përfshirë opinionin nëse kane qene efektive / dhe te dobishme. Sëmundje të tjera

Global Quality of life. Assessment, si semundja ndikon ne jeten tuaj te perditshme (10-point analogue scale)	Vitiligo në organet gjenitale Fotografi te pamjes klinike		

Vlerësimi i propozuar i fazës së sëmundjes është bazuar në modelin e repigmentimit si vijon:

 Faza 0 - pigmentim normal

 Faza 1 - depigmentim jo I plote

 Faza 2 – depigmentim I plotë qe perfshin edhe depigmentimin e flokeve ne më pak se 30%.

 Faza 3 – depigmentim I plotë qe perfshin edhe depigmentimin e flokeve ne më shume se 30%.

-Së fundi, përhapja e sëmundjes është vlerësuar si:

 0 - sëmundje e qëndrueshme (vitiligo stable)

 -1 - vërehet në vazhdim repigmentim I vitiligos

 +1 – verehet ne vazhdim depigmentim shtese ne zona te tjera te lekures.

Ne vazhdim, the Vitiligo European Task Force rekomandon se ne mënyrë për të testuar dhe vlerësuar vitiligon eshte e nevojshme edhe marrja parasysh I opinionit te vete pacienteve qer vuajne nga semundje per te vleresuar ecurine e saj[80].

Gjithashtu, duke qene se vitiligo eshte një sëmundje psikologjike shkatërruese (shih Cilësia e jetës në pacientët vitiligo), përfshirja e një pyetësor i detajuar , për të vlerësuar plotësisht peshën dhe ndikimi psikologjik i sëmundjes , në standarde klinike do të jetë mjaft I dobishem [69] .

Së fundi, indeksi i repigmentimit i propozuar kohët e fundit nga Benzekri et al., 2012[7], ku të gjitha lezionet vitiliginose në një pacient të caktuar janë shqyrtuar dhe klasifikuar sipas klasifikimit te mëposhtme:

Lloji A- lezione hypochromic

Lloji B- lezione achromic me qime të errëta dhe

Ljoji C- lezione achromic me qime të bardha.

2. Qellimi dhe objektivat e studimit.

Vitiligo eshte nje patologji e lekures qe karakterizohet nga zona te depigmentuara te saj, eshte nje crregullim i fituar dhe progresiv ne te cilin disa ose te gjitha melanocitet shkaterrohen dhe mendohet te jete nje proces autoimun. Ne bote vitiligo kap rreth 2 % te popullsise , ne vendin tone nuk ka te dhena se cfare perqindje e popullsise vuan nga ky demtim, cilat jane shkaqet , lidhja e saj me procese te tjera autoimune, impakti qe ka ne cilesine jetes kjo semundje e lekures tek personat e prekur, lidhja saj me moshen, gjinin apo dhe trashegimin. Studimi i thelluar i ketij problemi do te ndihmonte ne nxjerrjen e te dhenave te sakta per sa i perket perhapjes se vitiligos, identifikimin sa me te hershem te kesaj patologjie dhe menaxhimin sa me te shpejt te saj si nje prej crregullimve depigmentuese me impakt negativ ne cilesin e jetes se individeve te prekur.

2.1 Qellimi i studimit.

Qellimi I ketij studimi eshte pasqyrimi i plote i prirjeve epidemiologjike, faktoreve te riskut, tipareve klinike dhe efikasitetit te nderhyrjeve sa me te shpejta parandaluese dhe trajtuese te Vitiligos ne Shqiperi.

Pershkrimi i perhapjes se Vitiligos ne vendin tone . Detajimi i faktoreve te riskut . Format e ndryshme klinike dhe pasojat me te shpeshta te semundjes ne jeten sociale e individit. Rezultatet e trajtimit te rasteve te thjeshta dhe te nderlikuara. Efikasiteti i masave parandaluese ne vendin tone.

Ky studim përfshin si vijon:
-Studimi i thelluar i ketij problemi do te jepte te dhena te sakta per epidemiologjine e kesaj patologjie ne Shqiperi, do te ndihmonte ne nderhyrje me efikase per te parandaluar dhe menaxhuar rastet, dhe lidhjen e saj me patologji te tjera.

- Ky studim i kryer me raste te konfirmuara do te zgjeroje bazen e informacioneve te deritanishme per rastet me vitiligo ne vendin tone ,duke lene nje punim i cili sherben si reference per punime te tjera pasardhese .

Qëllimi i studimit mbi Vitiligon është të vlerësojë prevalencën e Vitiligos në popullatën shqiptare si dhe të mbledhë informacion të mjaftueshëm mbi cilësinë e jetës në subjektet me Vitiligo. Ky informacion do të jetë një ndihmesë e madhe për mjekët dermatologë në diagnostikimin si dhe vlerësimin e cilësisë së jetës për të parë mundesitë e ndërhyrjeve dhe politikave që kanë si synim jo vetëm përmirësimin e cilësisë së jetës por dhe integrimin e tyre në shoqëri.

Objektivi i përgjithshëm i studimit:

- Përcaktimi i prevalencës së Vitiligos në popullatën shqiptare.
- Përcaktimi i perceptimit të cilësisë së jetës në subjektet e prekur nga Vitiligo

2.2. Objektiva specifike te studimit.

- Përshkrimi i subjekteve të marra në studim sipas grupmoshës dhe gjinisë.
- Përshkrimi I subjekteve të marra në studim sipas karakteristikave socio-demografike (niveli i arsimimit, vendbanimi dhe statusi civil).
- Përshkrimi i subjekteve të marra në studim sipas stilit të jetesës (duhanpirja, alkooli)
- Përshkrimi i subjekteve të marra në studim sipas karakteristikave të sëmundjes (mosha e shfaqjes, kohëzgjatjes së sëmundjes, dekursit natyral të Vitiligo, llojit të Vitiligos, sëmundjeve shoqëruese, pranisë së Pruritit dhe fenomenit Köbner).
- Përshkrimi i subjekteve të marra në studim sipas pjesëve të trupit të prekur nga Vitiligo.
- Përshkrimi i subjekteve të marra në studim sipas perceptimit të cilësisë së jetës.
- Përcaktimi i lidhjes qe ekziston midis faktorëve socio-demografike dhe pjesëve të trupit të prekura nga Vitiligo me perceptimin e cilësisë së jetës nga ana e subjekteve të marra ne studim.

3. Metodologjia.

Ky ishte nje studim I tipit transversal qe u zhvillua ne Spitalin Ushtarak Tirane dhe Polikliniken Nr 9 Tirane per periudhen kohore 2013-2014 me synim vleresimin e prevalences dhe faktoreve percaktues te vitiligos.

3.1 Përzgjedhja e subjekteve në studim.

Për realizimin e studimit është përdorur zgjedhja e subjekteve me shtresëzim duke marrë parasysh rezultatet e censusit dhe shpërndarjen e pupullsisë shqiptare sipas gjinisë dhe grupmoshës.

Arsyetimi I mëposhtëm jep te qartë mënyrën e kampionimit të popullatës së marrë në studim. Filimisht është parë shpërndarja e popullsisë shqiptare sipas grupmoshës dhe gjinisë referuar censusit te vitit 2011[7]. Bazuar në prevalencën e pritshme te Vitiligos të dhënë nga Krüger C, Schallreuter[3], rezulton se kjo prevalencë është ne shifrat 0.1-2%. Nga kjo prevalence e

pritshme u llogarit që numri I popullatës që do merrej në studim për gjetjen e prevalencës së Vitiligos në vendin tone rezultoi 1758. Mostra totale prej 1758 është llogaritur në mënyrë të tillë për të kapur një prevalence të përafërt me atë të raportuar nga autorë të huaj, me një nivel sinjifikance $p \leq 0.05$. Kjo popullatë është përzgjedhur sipas metodës së kampionimit me shtresa bazuar në shpërndarjen e popullsisë në numër absolut dhe përqindje për cdo kategori grupmoshë-gjini.

Më pas, është realizuar përshtatja e grupmoshave në mënyrë që të përqasej me studimin tone:

- Duke patur parasysh se shkalla e sëmundshmërisë nga Vitiligo në mosha të vogla është e ulët, është realizuar zgjerimi I intervalit të grupmoshës pediatrike në 0-15 vjeç.

- Duke patur parasysh që Vitiligo është një sëmundje jo shumë prevalente në individët mbi moshën 74 vjeç, kjo grupmoshë është përjashtuar, pasi nuk përbën interes për studimin tonë.

Më pas, nga numrat absolute të popullsisë rezidente shqiptare janë nxjerrë proporcionet e çdo kategorie grupmoshe dhe gjinie, duke patur parasysh që si 100% është marrë totali I femrave më vete dhe I meshkujve më vete. Bazuar në numrat absolute të popullsisë është ndërtuar piramida grupmoshë-gjini për popullsinë shqiptare referuar censusit të vitit 2011.

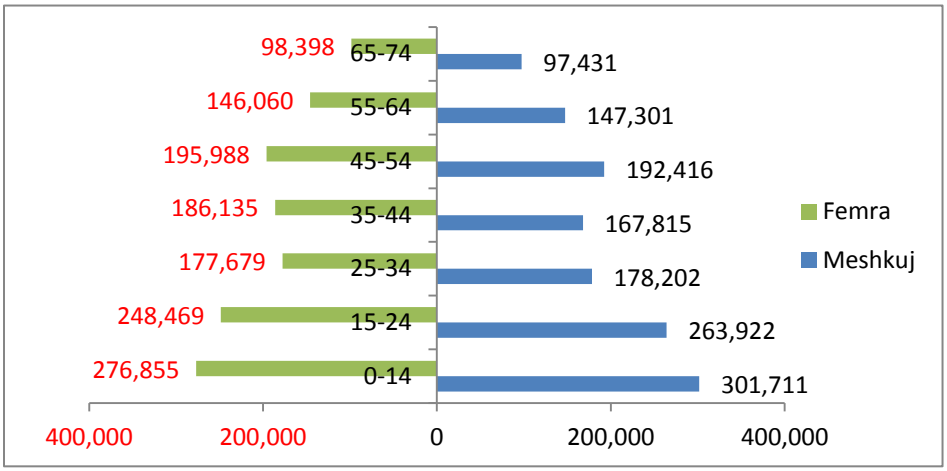
Tabela 1 Shpërndarja e popullsisë shqiptare sipas Censusit të vitit 2011

Censusi 2011						
Grupmosha	Meshkuj	Femra	Totali	Meshkuj (%)	Femra(%)	Totali (%)
0-14	301,711	276,855	578,566	22.4	20.8	21.6
15-24	263,922	248,469	512,391	19.6	18.7	19.1
25-34	178,202	177,679	355,881	13.2	13.4	13.3
35-44	167,815	186,135	353,950	12.4	14.0	13.2
45-54	192,416	195,988	388,404	14.3	14.7	14.5
55-64	147,301	146,060	293,361	10.9	11.0	11.0
65-74	97,431	98,398	195,829	7.2	7.4	7.3
Totali	1,348,798	1,329,584	2,678,382	100.0	100.0	100.0

			*			

***Shënim: Popullata totale është më vogël se popullata ekzistuese shqiptare referuar Censusit të 2011, pasi janë përjashtuar moshat mbi 75 vjeç.**

.Grafiku 1 Piramida e popullsisë shqiptare sipas Censusit të vitit 2011.



3.2 Mbledhja e të dhënave.

Nga mostra e përzgjedhur në mënyrë të shtrësëzuar u identifikuan rastet me Vitiligo me anë të ekzaminimit standart fizik dhe me anë të llampës Wood.Në këto subjekte që vuanin nga Vitiligo u aplikuan pyetësorë që konsistonin në dy pjesë:

- Përcaktimi i karakteristikave sociodemografike, stilit të jetesës, karakteristikave të semundjes ne subjektët e prekur nga Vitiligo.

- Përcaktimi i indeksit të cilësisë së jetës dermatologjike.

Pyetesori u ndërtua nga pyetje me përgjigje te përcaktuara (alternativa), me përjashtim te moshës dhe sipërfaqes së trupit të prekur nga Vitiligo (përgjigje e hapur). Kjo në mënyrë që të siguroheshin përgjigjet nga të gjitha subjektet e marra në shqyrtim, kjo si rezultat i sensitivitetit që mbartin cështje të caktuara të cilësisë së jetës si dhe për te lehtesuar dhënien e përgjigjeve nga ana e subjekteve, pasi ata vijnë nga një diversitet backgroundesh sociale.Një pikë tjetër e rëndesishme në administrimin e pyetësorit u konsiderua ai i përcaktimit të sipërfaqes së trupit të prekur nga Vitiligo sipas regjioneve. Për të përcaktuar këtë përqindje u përdor metoda VASI (Vitiligo Area Scoring Index), ku 1% e sipërfaqes trupore u barazua me siperfaqen e pëllëmbës

plus sipërfaqen volare të gishtave.[8]Hamzavi et al. ne 2004[31] kanë futur një rezultat sasior parametrik, te quajtur Indeksi I zones se Vitiligos (Vitiligo Area Scoring Index (VASI).

VASI llogaritet duke përdorur një formulë që përfshin zona nga të gjitha rajonet e trupit.

VASI=All Body Sites [Hand Units]× Residual Depigmentation.

Një njësi dore, e cila përfshin pëllëmbën plus sipërfaqjen volare te te gjithe gishtave , është përafërsisht 1% e totalit te sipërfaqes se trupit dhe është përdorur si një njesi baze për të vlerësuar përqindjen ne bazë te përfshirjes vitiligos në çdo zonë të trupit[31] (Hamzavi et al., 2004).

<u>Analiza e siperfaqes te trupit (ne perqindje (%) .</u>

-Koka, qafa 0% □ □□□□□ □□□□ 9%

-Trupi 0% □ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □ 36%

-Krahet 0% □ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□ 18%

-Kembet 0% □ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□ □□□□□

□□□□□ □□□□□ □ 36%

-Regjionet inguinale 0% □ □ 1%

Figura 1.12.1 Analiza e siperfaqes se trupit (ne perqindje)

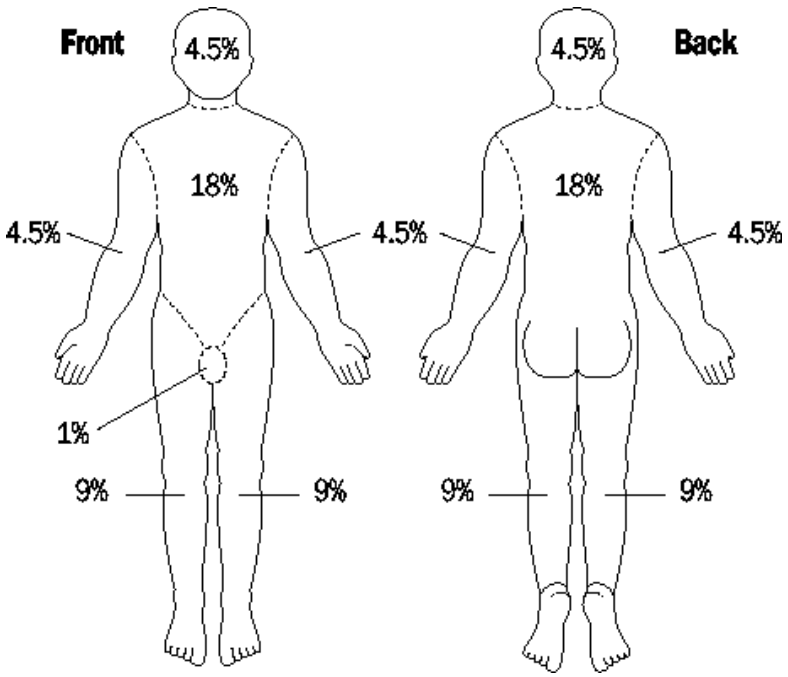


Tabela 1.5 Analiza e siperfaqes se trupit (ne perqindje)

Kjo tabele eshte per femijet mbi 5 vjec dhe te rriturit.

Zona	Siperfaqja ne %	Staging score	Spreading score
Koke , qafe	0-9%		
Trup	0-36%		
Krahet, duart	0-18%		
Kercijte. Kembet,reg, inguinale	0-37%		
Total	0-100%	0-15	-5 +5

Tabela 1.6 Staging score. formula nga Hamzavi et al (2004[31]).

0	**Pigmentim normal (nuk ka depigmentim)**

1	Incomplete depigmentation(depigmentim I pjesshem) qe perfshin njolla te depigmentuara dhe trichrome dhe pigmentim te lehte homogjen
2	Depigmentim komplet (qe perfshin edhe floke te depigmentuar ne me pak se 30% te flokeve)
3	Depigmentim komplet (qe perfshin edhe floke te depigmentuar ne me shume se 30% te flokeve)

Tabela 1.7 Spreading score (perhapja). formula nga Hamzavi et al (2004[31]).

-1	**Regressive Vitiligo**	**Ongoing subclinical repigmentation**
0	Similar limits	----------
+1	Progressive Vitiligo	Ongoing subclinical repigmentation

Gjatë ekzaminimit klinik, ne viziten e pare është e nevojshme rreth 30 minuta kohe per te egzaminuar pacientin duke e zhveshur totalisht ate per te bere nje vleresim sa me te sakte te perhapjes se viligos.

Biopsia cutane zakonisht nuk është e nevojshme, përveçse rasteve te veshtira kur kerkohet te behet diagnoze diferenciale me patologji e tjera te ngjashme me vitiligon[69] .

Tabelat e mesiperme permbajne informacionin e nevojshem si dhe udhezime (Tabela 1.5) për vlerësimin klinik të sëmundjes dhe gjithashtu merren te dhena për qëllime kërkimore. Edhe pse, tabelat jane hartuar për vleresimin e vitiligos jo-segmental, ato jane te zbatueshme për të dy llojet e vitiligos edhe ate segmentale dhe segmentale të paklasifikuara[69] .

The Vitiligo European Task Force scoring system është një mjet vlerësimi klinik, i cili kombinon analizën e perhapjes, sasine e e depigmentimit dhe progresionin e vitiligos.

Per vlerësimin e perhapjes se depigmentimit eshte perdorur "Rregulli i nënteshes" (the rule of nine) te depigmentation, qe eshte pervetesuar nga SCORAD (Severity Scoring for Atopic Dermatitis) indeksi për ekzemën atopike.

"Rregulli i nënteshes" është përdorur për të llogaritur zonën e prekur si një njesi përqindje e të gjithë trupit, duke vlerësuar fytyrën, qafë, dhe gjymtyrët e sipërme, si 9% e të gjithë sipërfaqes së trupit , 18% për gjymtyrët e poshtem dhe pjesen e perparme dhe te mbrapme te trupit secili, dhe 1% për organet gjenitale. figura 1.3

- Përkufizimi i variablave.

Përkufizimi i variablave të përfshirë në studim paraqitet më poshtë sipas grupimeve përkatëse:

- Karakteristikat sociodemografike.

1.Mosha: Në mbledhjen dhe analizën e të dhenave mosha u trajtua si variabël i vazhduar dhe më vonë i klasifikuar në kategorik në 7 grupe (0-14, 15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74).
2.Gjinia: Variabël dikotomik(maskull/femër).
3.Edukimi: Variabël ordinal (Pa shkollë, arsim 9-vjeçar, 12-vjeçar dhe arsim i lartë).
4.Vendbanimi: Variabël nominal (Fshat, qytet dhe periferi).
5.Gjendja civile: Variabël nominal (Beqar, i martuar, i divorcuar)

- Stili i jetesës.

6.Obeziteti: U vlerësua me ane të BMI (peshë/gjatësi në katror). Është variabël i vazhdueshëm dhe trajtohet si kategorik (18.9-21.9 nënpeshë, 22-24.9 peshë normale, 25-29.9 mbipeshë e lehtë, >30 obez). Në studimin tonë individët janë pyetur nëse janë obezë (BMI>30) ose jo (BMI<30), pra është vlerësuar si variable dikotomik.
7.Duhanpirja: U vlerësua me anë të numrit të cigareve të konsumuara në ditë. Variabël vazhduar i cili më pas është vlerësuar si kategorik (0, 1-5, 6-10, 11-20, >20 cigare/ditë).
8.Koha e duhanpirjes: U vlerësua me anë të numrit të viteve të konsumimit të duhanit nga subjektet duhanpirës. Variabël i vazhduar i tajtuar më pas si kategorik (0.5-1, 1-5, 5-10, 10-20, >20 vite).
9.Alkooli: U vlerësua me anë të herëve që subjektet konsumojnë alkool gjatë javës. Variabël vazhduar i tajtuar më pas si kategorik (0-1 herë/javë, 1-3 herë në javë, më shumë se 4 herë/javë, më shumë se 1 herë në ditë).

- Karakteristikat e sëmundjes.

10. Tipi i lëkurës: Variabël ordinal (Tipi i lëkurës u vlerësua sipas Fitzpatrick, bazuar në pigmentimin e lëkurës, ngjyrën e syve dhe shkallës së problemeve të lëkurës që sjell rrezatimi diellor. Me rritjen e shkallëve kemi rritje të të pigmentimit dhe ulje të problemeve që sjell rrezatimi diellor. Tipet janë I, II, III, IV, V, VI)
11.Histori familjare për Vitiligo: Variabël dikotomik (pozitive/negative).
12.Sëmundjet shoqëruese të Vitiligos: Variabël kategorik (Acrokeratosis paraneoplastic, Hemolytic anemia (autoimmune), Multiple sclerosis, Addison disease, Hepatitis C, Myastenia gravis, Alezzandrini syndrome, HIV, Nail distrophy, Alopecia areata, Hyperlipidemia, Nonmelanoma skin cancer, APECED syndrome, Hyperthyroidism, Ocular abnormalities, Arterial hypertension, Hypoacusis, Pemphigus vulgaris, Asthma, Hypoparathyroidism, Pernicious anemia, Ataxia-telangiectasia, Hypothyroidism, Psoriasis, Atopic dermatitis, Ichthyosis, Rheumatoid arthritis, Chronic active hepatitis, Inflammatory boëel disease, Sarcoidosis, Chronic urticaria, Kabuki syndrome, Schmidt syndrome, Deafness, Kaposi sarcoma,

Systemic lupus erythematosus, Diabetes mellitus type 1, Lymphoma, Turner syndrome, Diabetes mellitus type 2, Lupus erythematosus, Tëenty-nail dystrophy, DOPA-responsive dystonia, Melanoma, Vogt-Koyanagi-Harada syndrome, Dysgammaglobulinemia, Melas syndrom, Cancer)

13.Mosha e shfaqjes së sëmundjes: U vlerësua me anë të moshës së shfaqjes së sëmundjes, e shprehur sipas kategorive përkatëse. Variabël i vazhduar i cili më pas u trajtua si kategorik (0-5, 6-10, 11-15, 16-30, 31-40, 41-50, 51-60, >60 vjeç)

14.Zgjatja e sëmundjes: U vlerësua me anë të numrit të viteve të kohezgjatjes së sëmundjes e shprehur sipas kategorive përkatëse. Variabël i vazhduar i cili në analize u trajtua si kategorik (0-1, 1-5, 5-10, >10).

15.Prania e pruritit: Variabël dikotomik (po/jo).

16.Prania e Köbner phenomenon: Variabël dikotomik (po/jo).

17.Perceptimi i shfaqjes së Vitiligos: Variabël ordianl (dëmtimeve fizike, stresit të fortë emocional, pas lindjes).

18. Lloji i Vitiligo: Variabël nominal (focale (1 ose disa njolla të bardha vetem ne nje zone te caktuar te trupit), Segmentale (1 ose disa makula të bardha në njërën anë të trupit), mukozal, akrofacial, e gjeneralizuar, universale, unisegmentale, bi- ose plurisegmentale, nuk klasifikohet, Mikse (e kombinuar, segmentale, akrofaciale dhe/ose e gjeneralizuar).

19. Dekursi natyral i Vitiligo: Variabël ordinal (është përmirësuar, Vitiligo stabël, Vitiligo aktive)

20.Analiza e sipërfaqes së trupit: U vlerësua me anë të përqindjes së lëkurës së prekur nga Vitiligo sipas regjineve: kokë dhe qafë, trup, krahë, këmbë, regjione inguinale. Variabël i vazhduar. Gjatë analizës së të dhënave u realizua grupimi i regjoneve të mësipërme në të ekspozuara dhe jo të ekspozuara.

- **Vlerësimi i cilësisë së jetës**

21.Shkalla e shqetësimeve që ka sjellë lëkura: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).

22.Shkalla e ndrydhjes për shkak të lëkurës: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).

23.Shkalla e ndikimit të lëkurës në punët e përditshme: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).

24.Shkalla e ndikimit të lëkurës ne zgjedhjen e rrobave: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).

25.Shkalla e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).

26.Shkalla e vështirësisë që ka sjellë lëkura ne ushtrimin e ndonjë sporti: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).

27.Prania e pengesës për të punuar ose studiuar për shkak të lëkurës: Variabël dikotomik (po/jo, s'më përshtatet).
28.Shkalla e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).
29.Shkalla e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).
30.Shkalla e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës: Variabël ordinal (aspak fare, pak, shumë, shumë fare, s'më përshtatet).

3.3 Analiza e të dhënave

Të dhënat e marra u hodhën në programin excel dhe më pas u kaluan në SPSS, në mënyrë që t'i nënshtroheshin analizës statistikore. Më pas ato u analizuan si më poshtë vijon:

- Për të dhënat e vazhdueshme si mosha është llogaritur mesatarja dhe devijacioni standart, ndërkohë që për indeksin e cilësisë së jetës dermatologjike është llogaritur dhe mediana.

- Pët te dhënat cilësore si gjinia, vendbanimi, niveli i arsimimit, statusi civil, konsumi i alkoolit dhe duhanit, karakteristikave të Vitiligos dhe përgjigjeve lidhur me cilësinë e jetës) u gjetën frekuencat përkatëse të shpërndarjes që u shprehen në numër absolut absolut dhe në përqindje.

- Pët të gjetur nëse ekziston lidhje midis karakteristikave sociodemografike të subjekteve apo sëmundjes së Vitiligos dhe cilësisë së jetës u përdor testi Chi-square dhe si vlerë sinjifikante u përcaktua vlera e $p \leq 0.05$.

- Për të pare nëqoftëse ka diferenca në prevalence e Vitiligos sipas kategorive grupmoshë-gjini, u llogarit OR (odds ratio-raporti i gjasave) si dhe intervali i besimit 95% (CI 95%) për odds ratio.

- Të dhënat u shprehën me anë të tabelave përmbledhëse dhe të grafikëve të përshtashëm..

- Për nxjerrjen e indeksit të cilësisë së jetës dermatologjike, përgjigjet e dhëna nga subjektet në pyetjet lidhur me të, u vlerësuan sipas një sistemi pikëzimi si më poshtë vijon:

- Aspak fare 0
- Pak 1

- Shumë 2
- Shumë fare 3
- S'më përshtatet 0
- Po 3
- Jo 0

Analiza statistikore u realizua përmes Paketës statistikore SPSS, versioni 19.0.

4. Rezultatet studimit .

Llogaritja e prevalencës për Vitiligon.

Tabela .2. Prevalenca e Vitiligos për popullsinë shqiptare për 1000 banorë

Gjinia	**Individët e mostrës së marrë ne studim**	**Individë te prekur nga vitiligo**	**Sëmundshmeria për 1000 banorë**
Meshkuj	808	17	21/1000
Femra	950	22	23/1000
Totali	1758	39	22/1000

-Prevalenca sipas kategorive grupmoshë-gjini.

Tabela 3- Shpërndarja e mostrës sipas gjinisë dhe grupmoshës

Grupmosha	Meshkuj	**Femra**	**Totali**
0-14	181	198	380

15-24	158	178	336
25-34	107	127	234
35-44	101	133	232
45-54	115	140	255
55-64	88	104	193
65-74	58	70	129
Totali	808	950	1758

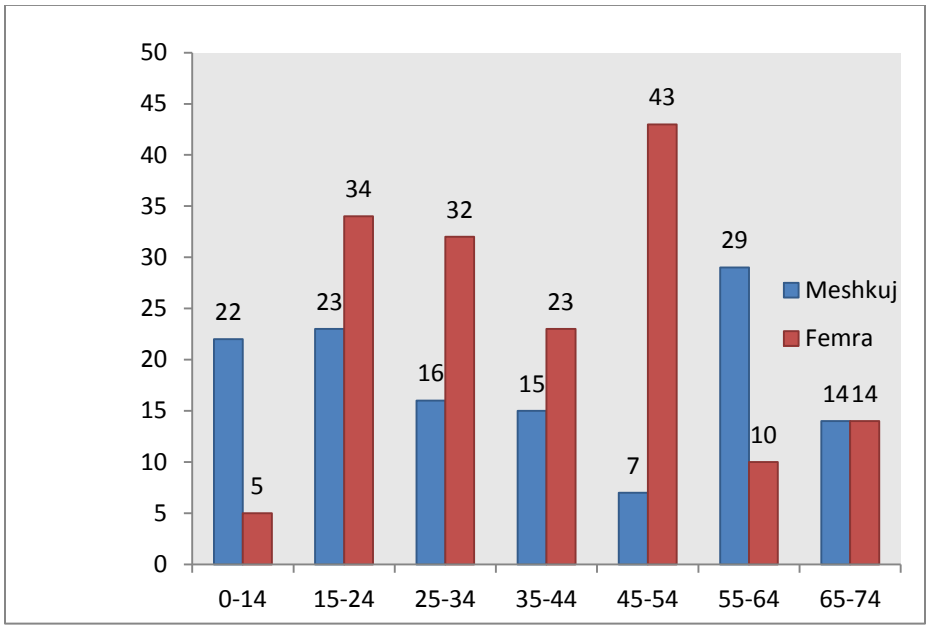
Tabela 4- Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas gjinisë dhe grupmoshës

Grupmosha	**Meshkuj**	**Femra**	**Totali**
0-14	4	1	5
15-24	4	6	10
25-34	2	4	6
35-44	2	3	5
45-54	1	6	7
55-64	3	1	4
65-74	1	1	2
Totali	17	22	39

Tabela 5 -Prevalenca e Vitiligos sipas gjinisë dhe grupmoshës për 1000 banorë

Grupmosha ne vite	Sëmundshmëria për 1000 banore		
	Meshkuj	Femra	Totali
0-14	22/1000	5/1000	13/1000
15-24	23/1000	34/1000	30/1000
25-34	16/1000	32/1000	26/1000
35-44	15/1000	23/1000	22/1000
45-54	7/1000	43/1000	27/1000
55-64	29/1000	10/1000	21/1000
65-74	14/1000	14/1000	16/1000
Totali	21/1000	23/1000	22/1000

Grafiku 2. Shpërndarja e prevalencës së vitiligos në popullatën shqiptare sipas grupmoshës dhe gjinisë.



Nga grafiku i mësipërm vihet re që femrat kanë prevalencë më të lartë të vitiligos (përjashtuar grupmoshën 55-64 vjeç). Prevalenca më e lartë për femrat shënohet në grupmoshat 45-54 (43/1000), të ndjekura nga ato 15-24 (34/1000) dhe 25-34 (32/1000). Ndërkohë për meshkujt prevalencë më e lartë shënohet në grupmoshat 55-64 (29/1000) dhe 0-14 (22/1000).

-Indeksi i cilësisë së jetës dermatologjike

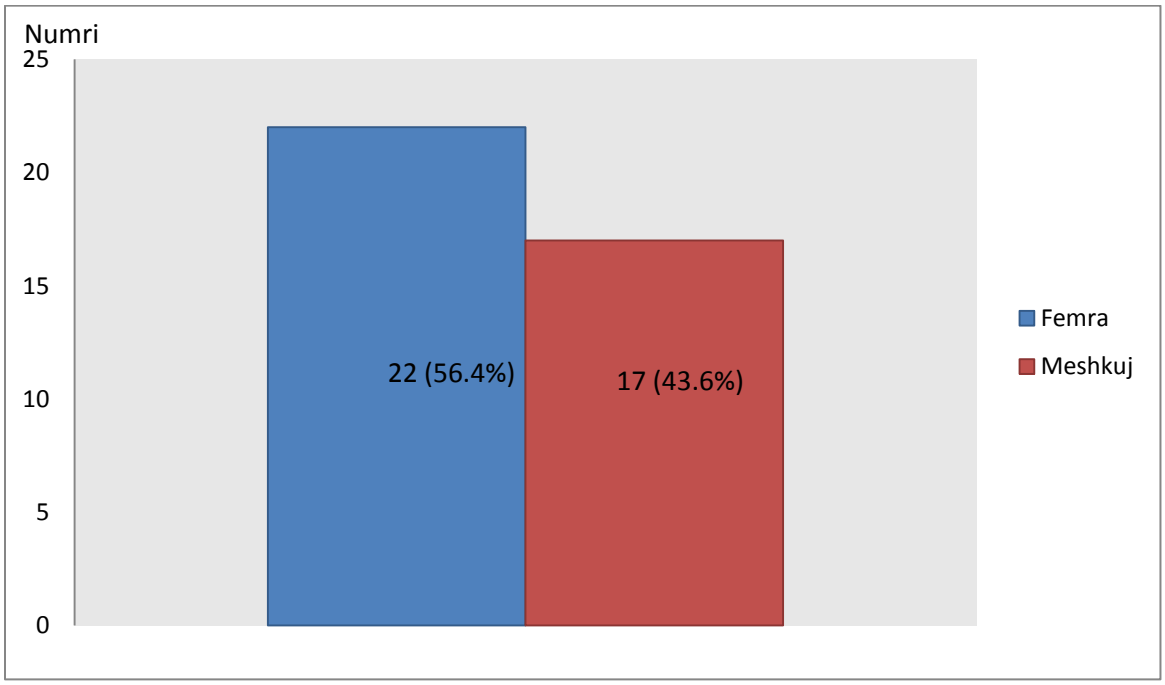
Bazuar në të dhënat e marra dhe analizën e tyre rezulton që indeksi i cilësisë së jetës dermatologjike varion nga 0 ne 10 me mesatare 4.8 dhe devijacion standart 2.5. Mediana është 5. 4.2Përshkrimi i karakteristikave sociodemografike, të stilit të jetesës, karakteristikave të sëmundjes dhe të perceptimit të cilësisë së jetës.

-Përshkrimi i karakteristikave sociodemografike, të stilit të jetesës, karakteristikave të sëmundjes dhe të perceptimit të cilësisë së jetës.

- Shpërndarja gjinore në subjektet e prekur nga Vitiligo.

Nga 39 subjektet e marra në studim 22 (56.4%) ishin femra dhe 17 (43.6%) ishin meshkuj.

Grafiku 3 Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas gjinisë.



Nga grafiku vihet re që në mostrën prej 1758 individësh kemi më shumë subjekte femra të prekur nga Vitiligo sesa meshkuj.

- Mesatarja e moshes dhe devijacionit standart. per **subjektet e prekura nga Vitiligo;**

Mosha mesatare e meshkujve te prekur nga Vitiligo rezultoi 31.9 vjeç me devijacion standart 21.6, ajo e femrave 34.8 vjeç me devijacion standart 16.3 kurse ajo e të gjithë subjekteve në total rezultoi 48 vjeç me devijacion standart 28.2.

Tabela 6 Mesatarja e moshës dhe devijacioni standart për subjektet e prekur nga Vitiligo

	Meshkuj (17)	**Femra(22)**	**Total (39)**
Mesatarja	31.9	34.8	48
Devijacioni standart (SD)	21.6	16.3	28.2

Tabela 7 Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas grupmoshës dhe gjinisë.

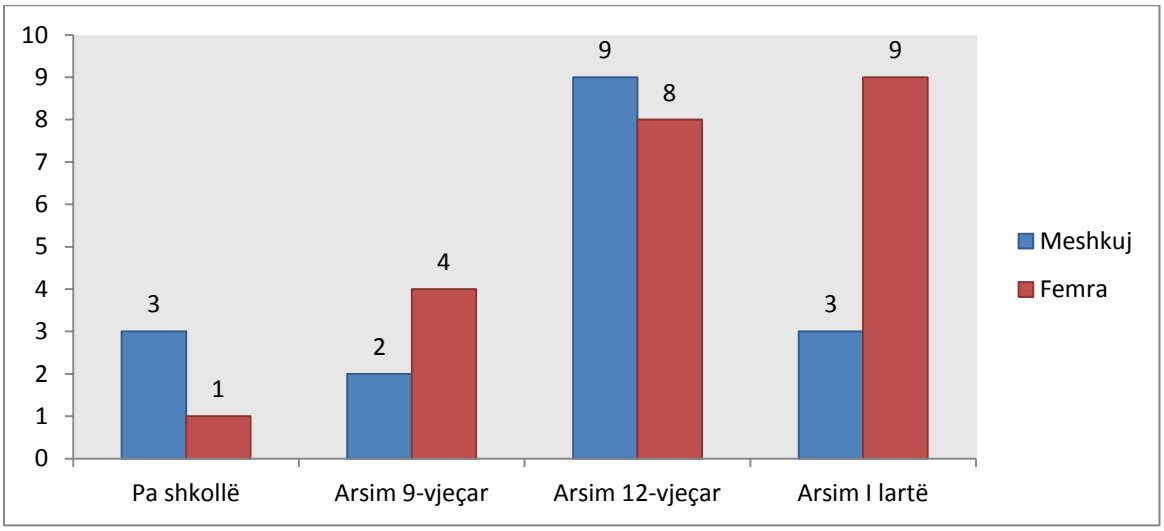
Grupmosha	**Meshkuj (%)**	**Femra (%)**	**Totali (%)**
0-14	4 (23.5)	1 (4.5)	5 (12.8)
15-24	4 (23.5)	6 (27.3)	10 (25.6)
25-34	2 (11.8)	4 (18.2)	6 (15.4)
35-44	2 (11.8)	3 (13.6)	5 (12.8)
45-54	1 (5.9)	6 (27.3)	7 (17.9)
55-64	3 (17.6)	1 (4.5)	4 (10.3)
65-74	1 (5.9)	1 (4.5)	2 (5.1)
Totali	17 (100)	22 (100)	39 (100)

Nga tabela e mësipërme shohim subjektet nuk janë të shpërndara në mënyrë të njëtrajtshme sipas grupmoshës dhe gjinisë. Kështu, subjektet femra janë në përqindje më të lartë në grupmoshën 15-24 vjeç (27.3% e subjekteve femra të prekura nga Vitiligo i përkasin kësaj grupmoshë), ndërkohë që meshkujt kanë përqindje më të lartë në grupmoshat 0-14 dhe 15-24 vjeç (secila prej tyre zë 23.5% të subjekteve meshkuj të prekur nga Vitiligo).

Tabela 8 Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas nivelit të arsimimit dhe gjinisë.

Edukimi	Meshkuj (%)	Femra (%)	Totali (%)
Pa shkollë	3 (17.6)	1 (4.5)	4 (10.3)
Arsim 9 vjecar	2 (11.8)	4 (18.2)	6 (15.4)
Arsim 12 vjecar	9 (52.9)	8 (36.4)	17 (43.6)
Arsim i lartë	3 (17.6)	9 (40.9)	12 (30.8)
Total	17 (100)	22 (100)	39 (100)

Grafiku 4 Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas nivelit të arsimimit dhe gjinisë.



Nga grafiku më sipër shohim që numri subjekteve meshkuj pa shkollë është më i lartë se ai i subjekteve femra pa shkollë. Ndërkohë e kundërta paraqitet për nivelin e lartë të arsimimit, ku numri I subjekteve femra me arsim të lartë, është më I madh se ai i subjekteve meshkuj me arsim të lartë. Nderkohë, shohim që numri i subjekteve që kanë 12 ose më shumë vite arsimimi, është më I lartë se ai subjekteve që kanë 9 ose më pak vite arsimim

Tabela 9. Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas vendbanimit dhe gjinisë

	Meshkuj (%)	Femra (%)	Totali (%)
Qytet	10 (58.8)	19 (86.4)	29 (74.4)
Periferi	4 (23.5)	3 (13.6)	7 (17.9)
Fshat	3 (17.6)	0 (0)	3 (7.7)
Totali	17 (100)	22 (100)	39 (100)

Nga tabela e mësipërme shohim që si në subjektet femra dhe në ato meshkuj, kemi përqindje të lartë të vendbanimit urban (respektivisht 86.4% e subjekteve femra dhe 58.8% e atyre meshkuj banojnë në qytet). Ndërkohë shohim që nuk ka raste të subjekteve femra me banim në fshat.

Grafiku 5 Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas vendbanimit dhe gjinisë.

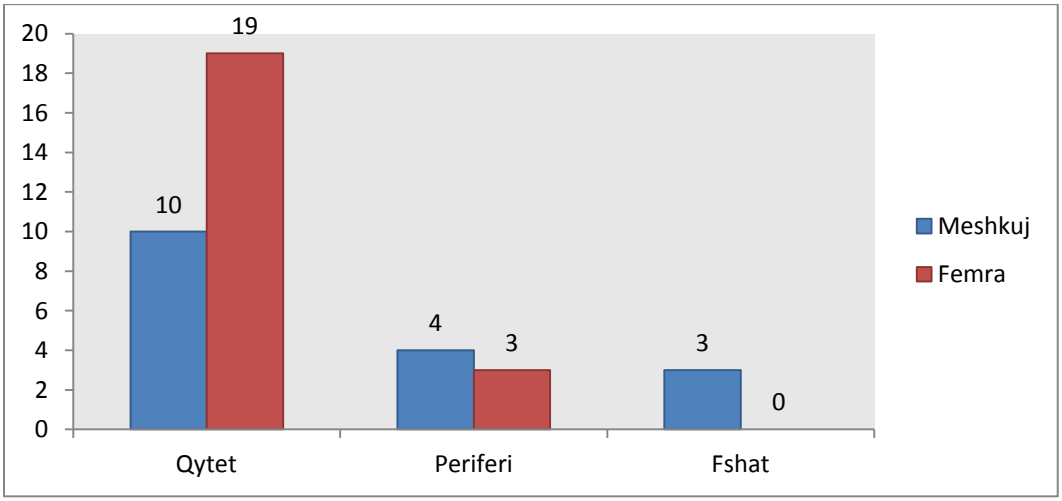
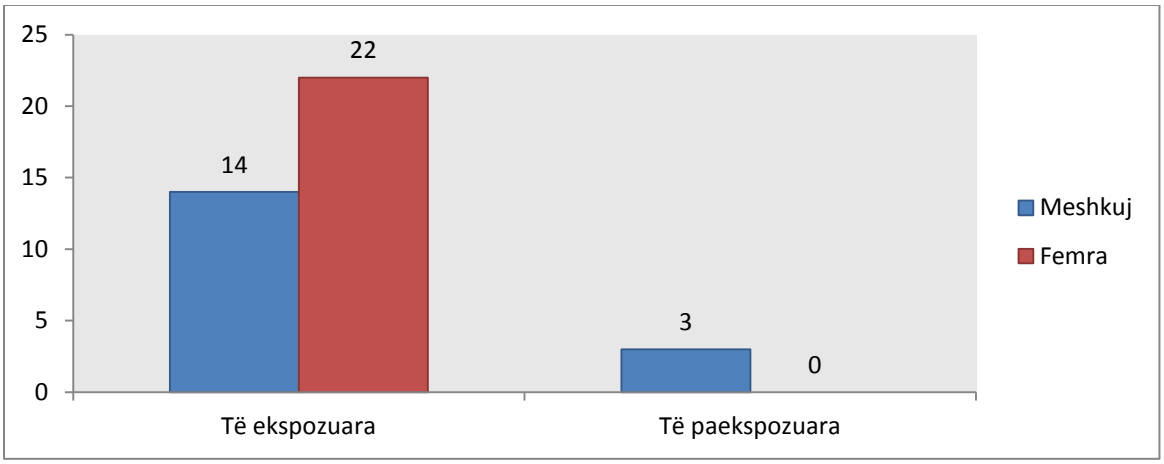


Tabela 10. Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas pjesëve të trupit të prekura dhe gjinisë.

	Meshkuj (%)	Femra (%)	Totali (%)
Të ekspozuara	14 (82.4)	22 (100)	36 (92.3)
Jo të ekspozuara	3 (17.6)	(0)	0 (0)
Totali	17 (100)	22 (100)	39 (100)

Grafiku 6 Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas pjesëve të trupit të prekura dhe gjinisë.



Nga grafiku më sipër shohim që pothuaj të gjitha subjektet kanë lokalizim të Vitiligos të pakten në një pjesë të ekspozuar. Nderkohë, ajo që bie shumë ne sy është fakti që nuk ka subjekte femra që të mos kenë Vitiligo të lokalizuar në pjesë të ekspozuara të trupit.

-Karakteristikat e sëmundjes për subjektet e prekur nga Vitiligo

Tabela 11 Karakteristikat e Vitiligos tek subjektet e prekura nga vitiligo.

1. Tipi i lëkurës*	Nr. i subjekteve (%)
I	0 (0)
II	11 (28.2)
III	16 (41.0)
IV	11 (28.2)
V	1 (2.6)
Totali	39 (100)
2. Histori familjare	
Pozitive	14 (35.9)
Negative	23 (59.0)
Nuk referon	2 (5.1)
Totali	39 (100)
3. Semundje shoqëruese	
Asnjë	21 (53.8)
Probleme me tiroiden	6 (15.4)
Diabet	5 (12.8)
Alopecia areata	2 (5.1)
Halo nervi	1 (2.6)
Hipertension	1 (2.6)

Astëm	1 (2.6)
Epilepsi	1 (2.6)
Artrit reumatoid	1 (2.6)
Totali	39 (100)
4. Mosha e shfaqjes	
0-5	10 (25.6)
6-10	3 (7.7)
11-15	6 (15.4)
16-30	5 (12.8)
31-40	8 (20.5)
41-50	3 (7.7)
51-60	3 (7.7)
>60	0 (0)
Nuk referon	1 (2.6)
Totali	39 (100)
5. Kohëzgjatja e sëmundjes (vite)	
0-1	13 (33.3)
1-5	12 (30.8)
5-10	5 (12.8)
>10	8 (20.5)
Nuk referon	1 (2.6)
Totali	39 (100)
6. Prurit	
Po	12 (30.8)
Jo	26 (66.7)
Nuk referon	1 (2.6)
Totali	39 (100)
7. Köbner syndrome	
Po	24 (61.5)
Jo	13 (33.3)
Nuk referon	2 (5.1)
Totali	39 (100)
8. Perceptimi i shkakut	
Stresit të forte emocional	12 (30.8)
Dëmtimeve fizike	15 (38.5)
Asnjëra	4 (10.3)
Pas lindjes	1 (2.6)
Nuk referon	7 (17.9)
Totali	39 (100)
9. Lloji i vitiligo	
Acrofacial	9 (23.1)
Focale	9 (23.1)

Generalised	2 (5.1)
Mikse	12 (30.8)
Unisegmental	1 (2.6)
Segmentale	1 (2.6)
Plurisegmental	5 (12.8)
Totali	39 (100)
10. Dekursi natyral i vitiligo	
Active vitiligo	24 (61.5)
Stabel vitiligo	13 (33.3)
Është përmirësuar	2 (5.1)
Totali	39 (100)

***Shënim:** tipet e lëkurës janë përcaktuar sipas Fitzpatrick, ku vlerësimi bëhet bazuar ne shkallën e pigmentimit të lëkurës, ngjyrës së syve dhe përgjigjes ndaj rrezatimit diellor. Duke kaluar nga tipi I në atë V, shkalla e pigmentimit vjen duke u rritur dhe individi është më pak I ndjeshëm ndaj rrezatimit.

Nga tabela e mësipërme vihet në dukje që:

- Pjesa më e madhe e subjekteve (41.0%)kanë lëkurë të tipit III, e ndjekur nga ajo e tipit II dhe IV me nga 28.2%.
- Pjesa më e madhe e subjekteve (59%) nuk kanë histori familjare për sëmundje.
- Sëmundjet më të zakonshme shoqëruese të Vitiligos janë problemet me tiroiden (hipotiroidi, hipertiroidi, 15.4%) dhe diabeti (12.8%).
- Grupmosha karakteristike e shfaqjes së Vitiligo është 0-5 vjeç (25.6), e ndjekur nga 31-40 (20.8%) dhe ajo 11-15 (15.4%)
- Subjektet në pjesën më të madhe kishin një kohezgjatje sëmundjeje nga 0-1 vit (33.3) dhe 1-3 vjet (30.8)
- Pruriti është I pranishëm në vetëm 30.8% të subjekteve, kurse Köbner syndrome në 61.5% të rasteve.
- Subjektet kanë perceptimin se dëmtimet fizike janë shkaktar I Vitiligos (38.5%) e ndjekur nga stresi I fortë emocional (30.8%).
- Lloji I Vitiligo I hasur më shpesh është Vitiligo mikse (30.8%) e ndjekur nga ajo fokale (23.1%) dhe akrofaciale (23.1%).
- Subjektet vuajnë kryesisht nga Vitiligo active (61.5%

- Përshkrimi i subjekteve të prekura nga Vitiligo sipas stilit të jetesës

Tabela 12. Stili i jetës në subjektet e prekur nga Vitiligo.

1. Obezitet	Nr. i subjekteve (%)
Po	8 (20.5)
Jo	31 (79.5)

Totali	39 (100)
2. Alkooli	
Më pak se 1 herë ne javë	31 (79.5)
Deri në 3 herë në javë	4 (10.3)
Deri 4 herë në javë	3 (7.7)
Më shumë se 1 herë në ditë	1 (2.6)
Totali	39 (100)
3. Numri I cigareve në ditë	
0	30 (76.9)
1-5	3 (7.7)
6-10	2 (5.1)
11-20	3 (7.7)
>20	1 (2.6)
Totali	39 (100)

Nga tabela e mësipërme vihet re që:

- Përqindja e subjekteve obezë është e ulët (79.5% kanë BMI më të vogël se 30)
- Përqindja e personave që nuk pijnë/pijnë pak alkool ishte shumë e lartë (79.5).
- Përqindja e subjekteve joduhanpirës është e lartë (79.5%)

-Shpërndarja e subjekteve të prekur nga Vitiligo sipas përgjigjeve të dhëna lidhur me cilësinë e jetës.

Tabela 13. Përgjigjet e dhëna lidhur me cilësinë e jetës.

Pyetja 1; shkalla e shqetësimeve që ka sjellë lëkura Nr (%)	
Aspak fare *	4 (10.3)
Pak	29 (74.4)
Shumë	6 (15.3)
Total	39 (100)
Pyetja2; shkalla e ndrydhjes për shkak të lëkurës	
Aspak fare*	4 (10.3)
Pak	30 (76.9)
Shumë	3 (7.7)
S'më përshtatet	2 (5.2)
Total	39 (100)
Pyetja 3; Shkalla e ndikimit të lëkurës në punët e përditshme	
Aspak fare*	23 (59.0)
Pak	6 (15.4)
S'më përshtatet	10 (25.6)
Total	39 (100)

Pyetja 4; Shkalla e ndikimit të lëkurës në zgjedhjen e rrobave	
Aspak fare*	21 (53.8)
Pak	13 (33.3)
S'më përshtatet	5 (12.8)
Total	39 (100)
Pyetja 5; Shkalla e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale	
Aspak fare*	25 (64.1)
Pak	7 (17.9)
Shumë	1 (2.6)
S'më përshtatet	6 (15.4)
Total	39 (100)
Tabela 6; Shkalla e vështirësisë që ka sjellë lëkura në ushtrimin e ndonjë sporti	
Aspak fare*	23 (59)
Pak	2 (5.2)
S'më përshtatet	14 (26.8)
Total	39 (100)
Pyetja 7; Prania e pengesës për të punuar ose studiuar për shkak të lëkurës	
Jo*	30 (76.9)
S'më përshtatet	9 (23.1)
Total	39 (100)
Pyetja 8; Shkalla e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës	
Aspak fare*	8 (20.1)
Pak	24 (61.5)
Shumë	1 (2.6)
S'më përshtatet	6 (15.4)
Total	39 (100)
Pyetja 9; Shkalla e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura	
Aspak fare*	3 (7.7)
Pak	15 (38.5)
Shumë	4 (10.8)
S'më përshtatet	17 (43.6)
Total	39 (100)
Pyetja 10; Shkalla e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës	
Aspak fare*	3 (7.7)
Pak	26 (66.7)
Shumë	4 (10.3)
S'më përshtatet	6 (15.4)
Total	39 (100)

- Lidhja midis gjinisë dhe cilësisë së jetës dermatologjike

Tabela 14. Lidhja midis gjinisë dhe cilësisë së jetës dermatologjike për subjektet e prekur nga Vitiligo.

Pyetjet	Mashkull (%)	Femër (%)	Total (%)	Chi-square	P value
Pyetja 1; shkalla e shqetësimeve që ka sjellë lëkura					
Aspak fare *	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100)		
Pak	14 (48.3)	15 (51.7)	29 (100)	1.01	0.31
Shumë	0 (0)	6 (100)	6 (100)	6.43	0.01
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja2; shkalla e ndrydhjes për shkak të lëkurës					
Aspak fare*	4 (100)	0 (0)	4 (100)		
Pak	10 (33.3)	20 (66.7)	30 (100)	6.48	0.01
Shumë	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100)	4.8	0.028
S'më përshtatet	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)	2.4	0.12
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja 3; Shkalla e ndikimit të lëkurës në punët e përditshme					
Aspak fare*	9 (39.1)	14 (60.9)	23 (100)		
Pak	0 (0)	6 (100)	6 (100)	3.4	0.07
S'më përshtatet	8 (80.0)	2 (20.0)	10 (100)	4.66	0.03
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja 4; Shkalla e ndikimit të lëkurës ne zgjedhjen e rrobave					
Aspak fare*	10 (47.6)	11 (52.4)	21 (100)		
Pak	3 (23.1)	10 (76.9)	13 (100)	2.05	0.15
S'më përshtatet	4 (80)	1 (20.0)	5 (100)	1.7	0.19
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja 5; Shkalla e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale					
Aspak fare*	9 (36.0)	16 (64.0)	25 (100)		
Pak	4 (57.1)	3 (42.9)	7 (100)	1.01	0.31
Shumë	0 (0)	1 (100)	1 (100)	0.55	0.45
S'më përshtatet	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100)	1.87	0.17
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Tabela 6; Shkalla e vështirësisë që ka sjellë lëkura ne ushtrimin e ndonjë sporti					
Aspak fare*	11 (47.8)	12 (52.2)	23 (100)		
Pak	0 (0)	2 (100)	2 (100)	1.7	0.19
S'më përshtatet	6 (42.9)	8 (57.1)	14 (100)	0.09	0.67
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja 7; Prania e pengesës për të punuar ose studiuar për shkak të lëkurës					
Jo*	12 (40.0)	18 (60.0)	30 (100)		
S'më përshtatet	5 (55.6)	4 (44.4)	9 (100)	0.7	0.4
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja 8; Shkalla e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës					

Aspak fare*	4 (50.0)	4 (50.0)	8 (100)		
Pak	7 (29.2)	17 (70.8)	24 (100)	1.15	0.28
Shumë	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0.9	0.43
S'më përshtatet	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100)	1.66	0.2
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja 9; Shkalla e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura					
Aspak fare*	2 (66.7)	1 (33.3)			
Pak	3 (20.0)	12 (80.0)		2.7	0.099
Shumë	4 (100)	0 (0)		1.56	0.66
S'më përshtatet	8 (47.1)	9 (52.9)		0.39	0.53
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		
Pyetja 10; Shkalla e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës					
Aspak fare*	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100)		
Pak	9 (34.6)	17 (65.4)	26 (100)	1.17	0.27
Shumë	1 (25.0)	3 (75.0)	4 (100)	1.22	0.27
S'më përshtatet	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100)	0.32	0.57
Total	17 (43.6)	22 (56.4)	39 (100)		

Nga analiza e lidhjes së gjinisë me ndikimin që prania e Vitiligos ushtron në cilësinë e jetës dermatologjike të subjekteve, u pa se gjinia ishte ndikuese në shkallën e shqetësimeve që sjell lëkura (p=0.01) dhe në shkallën e ndrydhjes për shkak të lëkurës (p=0.01), ku kategoria që ishte më e ndjeshme rezultuan femrat.

- Lidhja midis grupmoshës dhe cilësisë së jetës dermatologjike

Tabela 15. Lidhja midis grupmoshës dhe cilësisë së jetës dermatologjike për subjektet e prekur nga Vitiligo.

		Grup moshat								
Pyetjet	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	Total (%)	Chi-square	P value
Pyetja 1; shkalla e shqetësimeve që ka sjellë lëkura										
Aspak fare	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100)		
Pak	3 (10.3)	8 (27.6)	4 (13.8)	3 (10.3)	6 (20.7)	4 (13.8)	1 (3.4)	29 (100)	12.5	0.40
Shumë	0 (0)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)	1 (16.7)	0 (0)	1 (16.7)	6 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja2; shkalla e ndrydhjes për shkak të lëkurës										
Aspak fare	1 (25.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	4 (100)		
Pak	2 (6.7)	9 (30.0)	5 (16.7)	5 (16.7)	5 (16.7)	3 (10.0)	1 (3.3)	30 (100)		
Shumë	0 (0)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	24.3	0.15
S'më përshtatet	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja 3; Shkalla e ndikimit të lëkurës në punët e përditshme										
Aspak fare	1 (4.3)	4 (17.4)	4 (17.4)	4 (17.4)	6 (26.1)	3 (13.0)	1 (4.3)	23 (100)	16.7	0.15

Pak	0 (0)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	1 (16.7)	0 (0)	1 (16.7)	6 (100)		
S'më përshtatet	4 (40.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	0 (0)	0 (0)	1 (10)	0 (0)	10 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja 4; Shkalla e ndikimit të lëkurës ne zgjedhjen e rrobave										
Aspak fare	1 (4.8)	6 (28.6)	3 (14.3)	3 (14.3)	4 (19.0)	3 (14.3)	1 (4.8)	21 (100)	27.5	0.007
Pak	0 (0)	4 (30.8)	3 (23.1)	2 (15.4)	3 (23.1)	0 (0)	1 (7.7)	13 (100)		
S'më përshtatet	4 (80.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (10.0)	0 (0)	5 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja 5; Shkalla e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale										
Aspak fare	1 (4.0)	4 (16.0)	5 (20.0)	4 (16.0)	7 (28.0)	3 (12.0)	1 (4.0)	25 (100)	36.1	0.007
Pak	0 (0)	5 (71.4)	1 (14.3)	1 (14..3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (100)		
Shumë	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)		
S'më përshtatet	4 (66.6)	0 (0	0 (0	0 (0	0 (0	1 (16.7)	1 (16.7)	6 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Tabela 6; Shkalla e vështirësisë që ka sjellë lëkura ne ushtrimin e ndonjë sporti										
Aspak fare	0 (0)	8 (34.8)	4 (17.4)	3 (13.0)	5 (21.7)	2 (8.7)	1 (4.3)	23 (100)	19.6	0.075
Pak	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)		
S'më përshtatet	5 (35.7)	0 (0)	2 (14.3)	2 (14.3)	2 (14.3)	2 (14.3)	1 (7.1)	14 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja 7; Prania e pengesës për të punuar ose studiuar për shkak të lëkurës										
Jo	1 (3.3)	10 (33.3)	6 (20.0)	5 (16.7)	5 (16.7)	2 (22.2)	1 (3.3)	30 (100)	18	0.006
S'më përshtatet	4 (44.4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (22.2)	2 (22.2)	1 (11.1)	9 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja 8; Shkalla e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës										
Aspak fare	0 (0)	3 (37.5)	1 (12.5)	0 (0)	1 (12.5)	1 (12.5)	2 (25.0)	8 (100)	36.1	0.007
Pak	1 (4.2)	6 (25.0)	4 (16.7)	5 (20.8)	6 (25.0)	2 (8.3)	0 (0)	24 (100)		
Shumë	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)		
S'më përshtatet	4 (66.7)	1 (16.7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16.7)	6 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja 9; Shkalla e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura										
Aspak fare	0 (0)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	19	0.39
Pak	0 (0)	4 (26.7)	3 (20.0)	4 (26.7)	3 (20.0)	1 (6.7)	0 (0)	15 (100)		
Shumë	0 (0)	1 (25.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	0 (0)	1 (25.0)	0 (0)	4 (100)		
S'më përshtatet	5 (29.4)	4 (23.5)	1 (5.9)	0 (0)	3 (17.6)	2 (11.8)	2 (11.8)	17 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		
Pyetja 10; Shkalla e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës										
Aspak fare	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)	2 (66.6)	0 (0)	0 (0)	3 (100)	45.5	0.00

Pak	0 (0)	6 (23.1)	6 (23.1)	4 (15.4)	5 (19.2)	3 (11.5)	2 (7.7)	26 (100)		0
Shumë	0 (0)	3 (75.0)	0 (0)	1 (25.0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (100)		
S'më përshtatet	5 (83.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (16.7)	0 (0)	6 (100)		
Total	5 (12.8)	10 (25.6)	6 (15.4)	5 (12.8)	7 (17.9)	4 (10.3)	2 (5.1)	39 (100)		

Nga analiza e të dhënave lidhur me ndikimin që grupmosha ndilon në cilësisnë e jetës dermatologjike të individëve të prekur nga Vitiligo, rezultoi që grupmosha ishte përcaktuese në shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale (p=0.007), në shkallën e ndikimit të lëkurës në zgjedhjen e rrobave (p=0.007), në shkallën e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës (p=0.007) dhe në shkallëmn e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës (p=0.000). Kategoritë që janë më të ndjeshme për shkak të lëkurës janë grumpmoshat 15-24 dhe 25-34, ku subjektet që iu përkasin këtyre kategorive të grupmoshave, përfaqësojnë përqindjen më të lartë të personave që shfaqin shqetësime për shkak të lëkurës.

-Lidhja midis vendbanimit* dhe cilësisë së jetës dermatologjike

Tabela 16. Lidhja midis vendbanimit dhe cilësisë së jetës dermatologjike për subjektet e prekur nga Vitiligo.

Pyetjet	Vendbanimi		Total (%)	Chi square	P value
	Qytet (%)	Fshat (%)			
Pyetja 1; shkalla e shqetësimeve që ka sjellë lëkura					
Aspak fare*	0 (0)	4 (100)	4 (100)		
Pak	23 (79.3)	6 (20.7)	29 (100)	10.5	0.001
Shumë	6 (100)	0 (0)	6 (100)	10.0	0.002
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Pyetja2; shkalla e ndrydhjes për shkak të lëkurës					
Aspak fare*	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100)		
Pak	24 (80.0)	6 (20.0)	30 (100)	1.8	0.2
Shumë	2 (66.7)	1 (33.3)	3 (100)	0.2	0.66
S'më përshtatet	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100)	0	1
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Pyetja 3; Shkalla e ndikimit të lëkurës në punët e përditshme					
Aspak fare*	19	4	23		
Pak	5	1	6	0	0.97
S'më përshtatet	5	5	10	3.74	0.053
Total	29 (74.4)	10	39		

		(25.6)	(100)		
Pyetja 4; Shkalla e ndikimit të lëkurës ne zgjedhjen e rrobave					
Aspak fare*	14 (66.7)	7 (33.3)	21		
Pak	12 (92.3)	1 (7.7)	13 (100)	2.9	0.09
S'më përshtatet	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (100)	0.08	0.78
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Pyetja 5; Shkalla e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale					
Aspak fare*	21 (84.0)	4 (16.0)	25 (100)		
Pak	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100)	4.9	0.026
Shumë	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0.2	0.66
S'më përshtatet	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100)	0.93	0.33
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Tabela 6; Shkalla e vështirësisë që ka sjellë lëkura ne ushtrimin e ndonjë sporti					
Aspak fare*	16 (69.6)	7 (30.4)	23 (100)		
Pak	2 (100)	0 (0)	2 (100)	0.85	0.35
S'më përshtatet	11 (78.6)	3 (21.4)	14 (100)	0.36	0.55
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Pyetja 7; Prania e pengesës për të punuar ose studiuar për shkak të lëkurës					
Jo*	22 (73.3)	8 (26.7)	30 (100)		
S'më përshtatet	7 (77.8)	2 (22.2)	9 (100)	0.07	0.8
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Pyetja 8; Shkalla e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës					
Aspak fare*	6 (75.0)	2 (25.0)	8 (100)		
Pak	18 (75.0)	6 (25.0)	24 (100)	0	1
Shumë	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0.32	0.57
S'më përshtatet	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100)	0.12	0.73
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Pyetja 9; Shkalla e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura					
Aspak fare*	0 (0)	3 (100)	3 (100)		

Pak	12 (80.0)	3 (20.0)	15 (100)	12.8	0.000
Shumë	3 (75.0)	1 (25.0)	4 (100)	3.9	0.047
S'më përshtatet	14 (82.4)	3 (17.6)	17 (100)	8.2	0.004
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		
Pyetja 10; Shkalla e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës					
Aspak fare*	0 (0)	3 (100)	3 (100)		
Pak	23 (88.5)	3 (11.5)	26 (100)	12.8	0.000
Shumë	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100)	2.1	0.15
S'më përshtatet	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100)	3.6	0.058
Total	29 (74.4)	10 (25.6)	39 (100)		

*Shënim: duke patur parasysh karakteristikat e llojit të vendbanimit në Shqipëri, është parë e arsyeshme që gjatë analizës së lidhjes midis vendbanimit dhe cilësisë së jetës dermatologjike, ne kategorinë fshat të perfshihen subjektet që jetojnë ne zona rurale dhe në ato periferike të qyteteve.

Nga analiza e të dhënave rezulton se vendbanimi është përcaktues në shkallën e shqetësimeve që ka sjellë lëkura (p=0.01), shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale (p=0.026) ,shkallën e vështirësisë seksuale qe ka sjellë lekura (p=0.0047) dhe në shkallën e problemeve që ka sjellë lëkura (p=0.000).Kategoria që janë më të ndjeshme ndaj ndikimit të lëkurës në cilësinë e jetës dermatologjike janë subjektet banues në qytet.

- Lidhja midis arsimimit dhe cilësisë së jetës dermatologjike

Tabela 17. Lidhja midis nivelit të arsimimit dhe cilësisë së jetës dermatologjike për subjektet e prekur nga Vitiligo.

Pyetjet	Pa shkollë (%)	9 vjecar (%)	12 vjecar (%)	I lartë (%)	Total (%)	Chi square	P value
Pyetja 1; shkalla e shqetësimeve që ka sjellë lëkura							
Aspak fare	1 (25.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	0 (0)	4 (100)	5.01	0.54
Pak	3 (10.3)	3 (10.3)	13 (44.8)	10 (34.5)	29 (100)		
Shumë	0 (0)	2 (33.3)	2 (33.3)	2 (33.3)	6 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Pyetja2; shkalla e ndrydhjes për shkak të lëkurës							
Aspak fare	0 (0)	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4 (100)	20.8	0.014
Pak	2 (6.7)	5 (16.7)	14 (46.7)	9 (30.0)	30 (100)		
Shumë	0 (0)	0 (0)	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100)		
S'më përshtatet	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		

Pyetja 3; Shkalla e ndikimit të lëkurës në punët e përditshme							
Aspak fare	1 (4.3)	2 (8.7)	12 (52.2)	8 (37.8)	23 (100)	8.7	0.19
Pak	0 (0)	2 (33.3)	2 (33.3)	2 (33.3)	6 (100)		
S'më përshtatet	3 (30.0)	2 (20.0)	3 (30.0)	2 (20.0)	10 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Pyetja 4; Shkalla e ndikimit të lëkurës ne zgjedhjen e rrobave							
Aspak fare	1 (4.8)	2 (9.5)	12 (57.1)	6 (28.6)	21 (100)	18.7	0.005
Pak	0 (0)	3 (23.1)	5 (38.5)	5 (23.1)	13 (100)		
S'më përshtatet	3 (60.0)	1 (20.0)	0 (0)	1 (20.0)	5 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Pyetja 5; Shkalla e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale							
Aspak fare	1 (4.0)	1 (4.0)	13 (52.0)	10 (40.0)	25 (100)	25.6	0.002
Pak	0 (0)	2 (28.6)	4 (57.1)	1 (14.3)	7 (100)		
Shumë	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	1 (100)		
S'më përshtatet	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0)	1 (16.7)	12 (30.8)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Tabela 6; Shkalla e vështirësisë që ka sjellë lëkura ne ushtrimin e ndonjë sporti							
Aspak fare	1 (4.3)	1 (4.3)	12 (52.2)	9 (39.1)	23 (100)	17.1	0.009
Pak	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)		
S'më përshtatet	3 (21.4)	3 (21.4)	5 (35.7)	3 (21.4)	14 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Pyetja 7; Prania e pengesës për të punuar ose studiuar për shkak të lëkurës							
Jo	1 (3.3)	4 (13.3)	14 (46.7)	11 (36.7)	30 (100)	8.2	0.042
S'më përshtatet	3 (33.3)	2 (22.2)	3 (33.3)	1 (16.7)	9 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Pyetja 8; Shkalla e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës							
Aspak fare	0 (0)	3 (37.5)	4 (50.0)	1 (12.5)	8 (100)	14.9	0.092
Pak	2 (8.3)	1 (4.2)	12 (50.0)	9 (37.5)	24 (100)		
Shumë	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1 (100)		
S'më përshtatet	2 (33.3)	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	6 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Pyetja 9; Shkalla e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura							
Aspak fare	0 (0)	0 (0)	3 (100)	0 (0)	3 (100)	21.9	0.009
Pak	0 (0)	0 (0)	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100)		
Shumë	0 (0)	0 (0)	2 (50.0)	2 (50.0)	4 (100)		
S'më përshtatet	4 (23.5)	6 (35.3)	5 (29.4)	2 (11.8)	17 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		
Pyetja 10; Shkalla e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës							
Aspak fare	0 (0)	0 (0)	3 (100)	0 (0)	3 (100)	19.9	0.018
Pak	1 (3.8)	3 (11.5)	12 (46.2)	10 (38.5)	26 (100)		
Shumë	0 (0)	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4 (100)		
S'më përshtatet	3 (50.0)	2 (33.3)	0 (0)	1 (16.7)	6 (100)		
Total	4 (10.3)	6 (15.4)	17 (43.6)	12 (30.8)	39 (100)		

Nga analiza e të dhënave rezulton se arsimimi është përcaktues në shkallën e ndrydhjes për shkak të lëkurës (p=0.014), shkallën e ndikimit të lëkurës në zgjedhjen e rrobave (p=0.005), shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale (0.002), shkallën e ndikimit të lëkurës në ushtrimin e ndonjë sporti (p=0.009), shkallën e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura (0.009) dhe në shkallën e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës (0.018).

-Lidhja midis pjesëve të trupit të prekura (të ekspozuara ose jo)* dhe cilësisë së jetës dermatologjike

Tabela 18 Lidhja midis pjesëve të lekurës të prekura nga vitiligo dhe cilësisë së jetës për subjektet e prekur nga Vitiligo.

Pyetjet	Të ekspozuara (%)	Të paekspozuara (%)	Totali (%)	Chi square	P value
Pyetja 1; shkalla e shqetësimeve që ka sjellë lëkura					
Aspak fare *	3 (75)	1 (25.0)	4 (100)		
Pak	27 (93.1)	2 (6.9)	29 (100)	1.4	0.24
Shumë	6 (100)	0 (0)	6 (100)	1.67	0.43
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja2; shkalla e ndrydhjes për shkak të lëkurës					
Aspak fare*	3 (75))	1 (25.0)	4 (100)		
Pak	28 (93.3)	2 (6.7)	30 (100)	1.47	0.22
Shumë	3 (100)	0 (0)	3 (100)	0.88	0.83
S'më përshtatet	2 (100)	0 (0)	2 (100)	0.6	0.89
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja 3; Shkalla e ndikimit të lëkurës në punët e përditshme					
Aspak fare*	22 (95.7)	1 (4.3)	23 (100)		
Pak	6 (100)	0 (0)	6 (100)	0.27	
S'më përshtatet	8 (80.0)	2 (20.0)	10 (100)	2.07	0.15
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja 4; Shkalla e ndikimit të lëkurës ne zgjedhjen e rrobave					
Aspak fare*	20 (95.2)	1 (4.8)	21 (100)		
Pak	13 (100)	0 (0)	13 (100)	0.64	0.87
S'më përshtatet	3 (60.0)	2 (40.0)	5 (100)	4.9	0.027
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja 5; Shkalla e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale					
Aspak fare*	24 (96.0)	1 (4.0)	25 (100)		
Pak	7 (100)	0 (0)	7 (100)	0.3	0.96
Shumë	1 (100)	0 (0)	1 (100)	0.04	0.99
S'më përshtatet	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100)	4.8	0.029
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		

Tabela 6; Shkalla e vështirësisë që ka sjellë lëkura ne ushtrimin e ndonjë sporti					
Aspak fare*	22 (95.7)	1 (4.3)	23 (100)		
Pak	2 (100)	0 (0)	2 (100)	0.09	0.95
S'më përshtatet	12 (85.7)	2 (14.3)	14 (100)	1.2	0.28
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja 7; Prania e pengesës për të punuar ose studiuar për shkak të lëkurës					
Jo*	29 (96.7)	1 (3.3)	30 (100)		
S'më përshtatet	7 (77.8)	2 (22.2)	9 (100)	3.5	0.062
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja 8; Shkalla e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës					
Aspak fare*	8 (100)	0 (0)	8 (100)		
Pak	22 (91.7)	2 (8.3)	24 (100)	0.71	0.87
Shumë	1 (100)	0 (0)	1 (100)	-	-
S'më përshtatet	5 (83.3)	1 (16.7)	6 (100)	1.44	0.69
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja 9; Shkalla e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura					
Aspak fare*	3 (100)	0 (0)	3 (100)	-	-
Pak	15 (100)	0 (0)	15 (100)	-	-
Shumë	4 (100)	0 (0)	4 (100)	-	-
S'më përshtatet	14 (82.4)	3 (17.6	17 (100)	0.62	0.4
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		
Pyetja 10; Shkalla e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës					
Aspak fare*	3 (100)	0 (0)	3 (100)	-	-
Pak	25 (96.2)	1 (3.8)	26 (100)	0.12	0.98
Shumë	4 (100)	0 (0)	4 (100)	-	-
S'më përshtatet	4 (66.7)	2 (33.3)	6 (100)	1.3	0.25
Total	36 (72.3)	3 (7.7)	39 (100)		

Nga analiza e te dhenave rezulton se nga peset trupit i te prekuar nga vitiligo ne zonat e epsozuara te lekures jane domethenese ne shkallen e ndikimit te lekures ne zgjedhejen e rrobave (p 0.027), dhe ne shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale(p 0.029),

5. Diskutimi

5.1.Permbledhja e rezultateve te studimit.

- Ne mostrën prej 1758 individësh kemi më shumë subjekte femra të prekur nga Vitiligo sesa meshkuj. Vihet re që femrat kanë prevalencë më të lartë të vitiligos (përjashtuar grupmoshën 55-64 vjeç). Prevalenca më e lartë për femrat shënohet në grupmoshat 45-54 (43/1000), të ndjekura nga ato 15-24 (34/1000) dhe 25-34 (32/1000). Ndërkohë për meshkujt prevalencë më e lartë shënohet në grupmoshat 55-64 (29/1000) dhe 0-14 (22/1000).

-Mosha mesatare e meshkujve te prekur nga Vitiligo rezultoi 31.9 vjeç me devijacion standart 21.6, ajo e femrave 34.8 vjeç me devijacion standart 16.3 kurse ajo e të gjithë subjekteve në total rezultoi 48 vjeç me devijacion standart 28.2.

-Subjektet nuk janë të shpërndara në mënyrë të njëtrajtshme sipas grupmoshës dhe gjinisë. -Kështu, subjektet femra janë në përqindje më të lartë në grupmoshën 15-24 vjeç (27.3% e subjekteve femra të prekura nga Vitiligo i përkasin kësaj grupmoshë), ndërkohë që meshkujt kanë përqindje më të lartë në grupmoshat 0-14 dhe 15-24 vjeç (secila prej tyre zë 23.5% të subjekteve meshkuj të prekur nga Vitiligo).

- Subjekteve meshkuj pa shkollë është më i lartë se ai i subjekteve femra pa shkollë. Ndërkohë e kundërta paraqitet për nivelin e lartë të arsimimit, ku numri I subjekteve femra me arsim të lartë, është më I madh se ai i subjekteve meshkuj me arsim të lartë. Nderkohë, shohim që numri i subjekteve që kanë 12 ose më shumë vite arsimimi, është më I lartë se ai subjekteve që kanë 9 ose më pak vite arsimimi.

-Në subjektet femra dhe në ato meshkuj, kemi përqindje të lartë të vendbanimit urban (respektivisht 86.4% e subjekteve femra dhe 58.8% e atyre meshkuj banojnë në qytet). Ndërkohë shohim që nuk ka raste të subjekteve femra me banim në fshat.

-Pothuaj të gjitha subjektet kanë lokalizim të Vitiligos të pakten në një pjesë të ekspozuar. Nderkohë, ajo që bie shumë ne sy është fakti që nuk ka subjekte femra që të mos kenë Vitiligo të lokalizuar në pjesë të ekspozuara të trupit.

- Pjesa më e madhe e subjekteve (41.0%)kanë lëkurë të tipit III, e ndjekur nga ajo e tipit II dhe IV me nga 28.2%.
- Pjesa më e madhe e subjekteve (59%) nuk kanë histori familjare për sëmundje.
- Sëmundjet më të zakonshme shoqëruese të Vitiligos janë problemet me tiroiden (hipotiroidi, hipertiroidi, 15.4%) dhe diabeti (12.8%).
- Grupmosha karakteristike e shfaqjes së Vitiligo është 0-5 vjeç (25.6), e ndjekur nga 31-40 (20.8%) dhe ajo 11-15 (15.4%)
- Subjektet në pjesën më të madhe kishin një kohezgjatje sëmundjeje nga 0-1 vit (33.3) dhe 1-3 vjet (30.8)
- Pruriti është I pranishëm në vetëm 30.8% të subjekteve, kurse Köbner syndrome në 61.5% të rasteve.

- Subjektet kanë perceptimin se dëmtimet fizike janë shkaktar I Vitiligos (38.5%) e ndjekur nga stresi I fortë emocional (30.8%).
- Lloji I Vitiligo I hasur më shpesh është Vitiligo mikse (30.8%) e ndjekur nga ajo fokale (23.1%) dhe akrofaciale (23.1%).
- Subjektet vuajnë kryesisht nga Vitiligo active (61.5%
- Përqindja e subjekteve obezë është e ulët (79.5% kanë BMI më të vogël se 30)
- Përqindja e personave që nuk pijnë/pijnë pak alkool ishte shumë e lartë (79.5).
- Përqindja e subjekteve joduhanpirës është e lartë (79.5%)

-Nga analiza e lidhjes së gjinisë me ndikimin që prania e Vitiligos ushtron në cilësinë e jetës dermatologjike të subjekteve, u pa se gjinia ishte ndikuese në shkallën e shqetësimeve që sjell lëkura (p=0.01) dhe në shkallën e ndrydhjes për shkak të lëkurës (p=0.01), ku kategoria që ishte më e ndjeshme rezultuan femrat.
-Nga analiza e të dhënave lidhur me ndikimin që grupmosha ndikon në cilësisnë e jetës dermatologjike të individëve të prekur nga Vitiligo, rezultoi që grupmosha ishte përcaktuese në shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale (p=0.007), në shkallën e ndikimit të lëkurës në zgjedhjen e rrobave (p=0.007), në shkallën e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës (p=0.007) dhe në shkallëmn e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës (p=0.000). Kategoritë që janë më të ndjeshme për shkak të lëkurës janë grumpmoshat 15-24 dhe 25-34, ku subjektet që iu përkasin këtyre kategorive të grupmoshave, përfaqësojnë përqindjen më të lartë të personave që shfaqin shqetësime për shkak të lëkurës.
-Nga analiza e të dhënave rezulton se vendbanimi është përcaktues në shkallën e shqetësimeve që ka sjellë lëkura (p=0.01), shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale (p=0.026) ,shkallën e vështirësisë seksuale qe ka sjellë lekura (p=0.0047) dhe në shkallën e problemeve që ka sjellë lëkura (p=0.000). Kategoria që janë më të ndjeshme ndaj ndikimit të lëkurës në cilësinë e jetës dermatologjike janë subjektet banues në qytet.
-Nga analiza e të dhënave rezulton se arsimimi është përcaktues në shkallën e ndrydhjes për shkak të lëkurës (p=0.014), shkallën e ndikimit të lëkurës në zgjedhjen e rrobave (p=0.005), shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale (0.002), shkallën e ndikimit të lëkurës në ushtrimin e ndonjë sporti (p=0.009), shkallën e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura (0.009) dhe në shkallën e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës (0.01)
-Nga analiza e te dhenave rezulton se nga pjeset trupit i te prekuar nga vitiligo ne zonat e epsozuara te lekures jane domethenese ne shkallen e ndikimit te lekures ne zgjedhejen e rrobave (p 0.027), dhe ne shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale(p 0.029),

5.2 Krahasimi I Rezultateve me Raportimet e Literatures.

Ne Shqiperi Vihet re që femrat kanë prevalencë më të lartë të vitiligos (përjashtuar grupmoshën 55-64 vjeç). krahasuar kjo me nje studim te bere nga Singh et al ku të rriturit dhe fëmijët e të dy sekseve preken në mënyrë të barabartë nga vitiligo, edhe pse femrat paraqiten me shpesh për

trajtime , kjo ndoshta për shkak të pasojave më të mëdha sociale tek gratë dhe vajzat e prekur nga kjo patologji[75,24] .

Ne studimin tone Prevalenca më e lartë për femrat shënohet në grupmoshat 45-54 (43/1000), të ndjekura nga ato 15-24 (34/1000) dhe 25-34 (32/1000). Ndërkohë për meshkujt prevalencë më e lartë shënohet në grupmoshat 55-64 (29/1000) dhe 0-14 (22/1000). krahasuarr me te njejtin stdudim te bere ne Maqedoni nga Mitrevsca et al, rezultoi se mosha mesatare e pacienteve qe kishin vitiligo ishte grup mosha 45 - 65 vjec, (49, 49% te gjithe pacienteve me vitiligo ne studim).

Ne studmin tone subjektet femra dhe në ato meshkuj, kemi përqindje të lartë të vendbanimit urban (respektivisht 86.4% e subjekteve femra dhe 58.8% e atyre meshkuj banojnë në qytet). Ndërkohë shohim që nuk ka raste të subjekteve femra me banim në fshat. krahasuarr me te njejtin stdudim te bere ne Maqedoni nga Mitrevsca et al, ku vendbanimi I me shume se gjysmes se subjekteve 53, 53% ishin nga qyteti nga Shkupi kjo ndoshta per faktin se individet qe jetojne ne zonat urbane jane me te preokupuar per pamjen e tyre se ata qe jetojne ne zonat rurale.

Ne studimin tone numri i subjekteve që kanë 12 ose më shumë vite arsimimi, është më I lartë se ai subjekteve që kanë 9 ose më pak vite arsimimi. krahasuarr me te njejtin stdudim te bere ne Maqedoni nga Mitrevsca et al, ku subjektet e prekura nga vitiligo kishin me shume se 12 vjet arsimim, rezultatet jane pothujse te njejta.

- Ne studimin tone, mosha mesatare e meshkujve te prekur nga Vitiligo rezultoi 31.9 vjeç me devijacion standart 21.6, ajo e femrave 34.8 vjeç me devijacion standart 16.3 kurse ajo e të gjithë subjekteve në total rezultoi 48 vjeç me devijacion standart 28.2. Krahasuar me studimet e bera nga Singh et al, 1985.;Fitzpatrick, 1964; Das et al, 1985;. Sehgal dhe Srivastava, 2007, ku Vitiligo prek të gjitha moshat, por zakonisht ndodh tek të rinjte mes moshës 10 dhe 30 vjec[75,24,15,37,74]. Megjithatë një tjeter studim epidemiologjik I bere nga Howitz et al tregoi se pothuajse 50% e njerëzve qe zhvillojne vitiligo jane pas moshes 40 vjec[37] .

-Ne studimin tone Subjektet nuk janë të shpërndara në mënyrë të njëtrajtshme sipas grupmoshës dhe gjinisë. -Kështu, subjektet femra janë në përqindje më të lartë në grupmoshën 15-24 vjeç (27.3% e subjekteve femra të prekura nga Vitiligo i përkasin kësaj grupmoshë), ndërkohë që meshkujt kanë përqindje më të lartë në grupmoshat 0-14 dhe 15-24 vjeç (secila prej tyre zë 23.5% të subjekteve meshkuj të prekur nga Vitiligo).

Sipas Sehgal dhe Srivastava, 2007 eshtë vlerësuar se gati gjysma e pacientëve me vitiligo paraqiten para moshës 20 vjet per vizite, dhe gati 70-80% para moshës 30 vjec[74] (). Një studim i kohëve të fundit sugjeroi se fillimi vitiligos ne femijeri (para moshës 12) prek 32% të pacientëve[56] (Nicolaidou et al., 2012) krahasuar me nje studim me te hershem qe raporton nje shifer 25% te pacienteve[30,38] (Halder et al, 1987;.. Hu et al, 2006). Po ashtu, i njëjti studim

konfirmoi se shumica e pacientëve (89%) kishin histori per vitiligo para moshës 4 vjec[56] (Nicolaidou et al. 2012).

Ne studimin tone Subjektet në pjesën më të madhe kishin një kohezgjatje sëmundjeje nga 0-1 vit (33.3) dhe 1-3 vjet (30.8) krahasuar kjo me studime te bera nga Parsad dhe Gupta, 2008; Njoo et al, 1998;. Gupta, 2000, per vlerësimin e stabilitetit dhe veprimtarisë së vitiligo ku gjate fazes se qendrueshme vitiligo nuk perparon. Kjo periudhë mund te zgjase nga 4 muaj deri në 3 vjet[68,58,29] .

- Hisoria natyrale dhe prognoza e vitiligos

Pavarësisht faktit qe kjo patologji eshte beninje ajo ka nje impakt të madh negativ në pacientët me vitiligo , nuk ka studime te sakta mbi historine natyrale te vitiligos. Prandaj, provat dhe rekomandimet janë të bazuara mbi pikepamje konsensusi[28] .

Tekstet e Dermatologjise zakonisht kane nje informacion mjaft te paket persa I perket historise natyrale te sëmundjes dhe përkundrejte disa raporteve per repigmentim spontan nuk ka te dhena te tjera per hitorine natyrale te kesaj semundje.

Shoqata dermatologjike britanike sugjeron se vitiligo eshte nje çrregullim kronik dhe stable qe karakterizohet me fazen aktive, pasive dhe fazen e qendrueshme te saj[28] .

Aktualisht, ka nje mungesë të marrëveshjes për përcaktimin dhe vlerësimin e stabilitetit dhe veprimtarisë së vitiligo. Disa autorët përcaktojnëse gjate fazes se qendrueshme vitiligo nuk perparon. Kjo periudhë mund te zgjase nga 4 muaj deri në 3 vjet[68,58,29] .

Si kritere objektive, veprimtaria e sëmundjes se vitiligos eshte rekomanduar nga Njoo et al (1999)[58] nepermjet nje sistemi pikezimi për të ndjekur dekursin e lezioneve vitiliginoze, megjithate edhe ky system pikezimi ka kufizime.

Ky system pikezimi bazohet ne nje vleresim prej 6 pikash te aktivitetit te viligos gjatë një periudhe prej 6 javësh në një vit.

Reduktimi në sistemin e pikezimit tregon nje kontroll më të mirë të vitiligos.

<u>Vitiligo Disease Activity Score[58] (Njoo et al., 1999)</u>

Vitiligo Activity Time Period	VIDA Score
Aktive per 6 jave ose me pak	+4
Aktive per 6 jave deri 3 muaj	+3
Aktive 3 - 6 muaj	+2

Aktive 6 - 12 muaj	+1
Stabel per 1 vit ose me shume	0
Stabel me repigmentim spontan	-1

per 1 vit ose me shume .

Disa karakteristika te prognozes se vitiligos janë verejtur kryesisht nga studimet epidemiologjike si ex. prania e Leukotrise (depigmentimit te qimeve) eshte nje tipar prognostik jo I mire per ripigmentimin e zones vitiliginose.

Historia familjare per vitiligo dhe semundje autoimmune qe bashkeshoqerojne pranine e vitiligos jane tipare te nje prognoze jo te mire per ecurine e vitiligos[16,35] .

Sipas nje studimi kur vitiligoja shfaqej fillimisht ne duar dhe trung kishte nje ecuri jo te mire qe con ne perhapjen e saj me pas ne zona te tjera te trupit. Kur vitiligoja shfaqej ne duar dhe fytyre ecuria e saj ishte me e mire duke mos u perhapur me tej[33] (Hann et al., 1997Ã).

Përparimi i vitiligo segmentale ndryshon nga ajo jo-segmentale dhe është zakonisht i kufizuar në muaj ose disa vjet[32,40] , gjithashtu, vitiligo segmental zakonisht nuk kalon midline dhe përhapet përgjatë dermatomit te prekur fillimisht, pra eshte e njeaneshme[41,32,33] .

Në përfundim, përcaktimi prognoses se sëmundjes ka nje rëndësi të madhe per pacientet sepse ndihmon ata te pergatiten dhe te menaxhojne patologjine.

Gjithashtu mjaft e rëndësishme eshte dhe zgjedhja e një opsion trajtim te sakte dhe parashikimi efektivitetit te terapisë dhe për këtë arsye, studimet epidemiologjike jane te nevojshme për të përcaktuar historine e natyrale te vitiligos[69,28].

-Trajtimi dhe Menaxhimi.

Bashkëpunimi Cochrane është një rrjet ndërkombëtar e më shumë se 28,000 njerëz të përkushtuar nga mbi 100 vende. Ata punojnë së bashku për të ndihmuar punonjesit e kujdesit shëndetësor, politikëbërësit e politikave shendetesore, pacientët dhe kujdestarët, qe të jene te mirë-informuar per vendimet qe marrin për kujdesin shëndetësor.

Komentet Cochrane mbështesin konstatimet e tyre në rezultatet e testeve të cilat jane plotësisht të caktuara, sic jane testet double-blinde randomized, prandaj shqyrtimet Cochrane janë njohur ndërkombëtarisht si pikë referimi e lartë Informacioni per cilësi dhe efikasitetin e kujdesit shëndetësor

Cochran http://www.cochrane.org/

Studimi I pare sistematik Cochrane " Ndërhyrjet për vitiligon " u zhvillua në vitin 2006 . Qëllimi i këtij studimi është që të vlerësojë të gjitha perpjekjet e bera per menaxhimin e vitiligos.

Ky studim " Ndërhyrjet për vitiligon " arriti në përfundimin se deri me sot nuk ka shërim dhe nuk ka nje mënyrë të efikase per te parandaluar përhapjen e sëmundjes.

Sa me sipër ky studim ka marre ne shqyrtim 38 studime randomized mbi vitiligon qe janë botuar nga 2006 deri 2009 dhe ka arritur ne perfundimin se deri per sa kohe etiologjia e semundjes nuk eshte e qarte menaxhimi I saj do te behet mbi bazen e teorive te shumta që ekzistojnë për këtë sëmundje[84] .

Në vitin 2008, një udhëzues i detajuar për diagnostikimin dhe menaxhimin e vitiligos u botua në Mbretërinë e Bashkuar[28] . Ky udhëzues u bazua në nje studim sistematik te Cochrane 2006 I cili mori si baze konsesusin e eksperteve mbi zgjedhjen e trajtimit nga pacienti dhe ekspertizen klinike te kryer nga mjeku[28] .

Udhëzimet klinike te Shoqates e Dermatologjike Britanike për Diagnozen dhe menaxhimin e vitiligos, rekomandojnë trajtimin me rreze ultraviolet NB-UVB, aplikimin e pomadave me Tacrolimus (inhibitor I calcineurines) dhe pomadave me kortikosteroid[28].

Kohët e fundit, një udhëzues i ri për vitiligon I propozuar nga Europian Dermatology Forum propozon nje menyre tjeter trajtimi.

Ky udhëzues sugjeron qe ne fillim trajtimin e hershëm të lezione të vogla dhe vitiligon e shfaqur qe ne fëmijëri me kombinim e phototherapy dhe trajtimin lokal te vitiligos(Taieb et al., 20137). Ky udhëzues i ri Evropian synon të jete me I qarte në mundësitë e trajtimit për lloje të ndryshme të vitiligos dhe të sigurojë këshilla të ekspertëve në bazë të provave me të mira në dispozicion nepermjet nje konsensusi te specialisteve[79] (Taieb et al., 2013).

Tabela 1.9 Përmbledhje e udhëzimit të ri evropian për menaxhimin e vitiligos[79] (Taieb et al., 2013)

Lloji I Vitiligos	Niveli	Trajtimi
Vitiligo segmentale ose vitiligo jo-segmentale e limituar (2-3 % e BSA)	Linja e pare e trajtimit	Shmangia e faktorëve të jashtem, terapi locale me (kortikosteroidet,frenuesit calcineurines)

	Linja e dyte e trajtimit	Terapi locale me phototerapi NB-UVB, me llambë njëngjyrëshe ose lazer.
	Linja e trete e trajtimit.	Duhet marre ne konsiderat teknika kirurgjikale, nëse repigmentimi nga ana kozmetike nuk eshte I kenaqshem ne zona te ekspozuara te lekures. Shmangia e faktorëve acarues.
Vitiligo josegmentale	Linja e pare e trajtimit.	Stabilizim me phototerapi NB-UVB, të paktën 3 mua per te paktën 9 muaj, nëse përgjigjet trajtimit. Kombinohet ne vazhdim me terapi locale dhe sistemike me steroid.
		Steroid sistemike (p.sh. 3-4-muaj me mini-puls terapi) ose imunoterapi me imunosupresant nëse sëmundja progreson shpejt ose ka mungese te stabilizimit phototerapi NB-UVB.
	Linja e trete e trajtimit.	Transplant lekure në zonat qe nuk pergjigjen nga terapia e mesiperme nese keto zona jane te ekspozuar dhe kane nje impact negative ne kualitetin e jetes se pacientit. Megjithate fenomeni Koebner e limiton kete trajtim ne zona si pjesa dorsal e duarve.

Linja e trete e trajtimit.	Depigmentim total me (monobenzylether Hydroquinone ose 4-methoxyphenol vetëm ose të shoqëruara me Q-switched ruby lazer) në zonat qe nuk pergjigjen trajtimit te mesipermkur ka me shume se (> 50% te sip. e lekures) ose ne fytyre dhe duart.

Linja e katert e trajtimit.

Mungesa e trajtimit (line zero) mund të konsiderohen në pacientët qe refuzojne trajtimet e mesiperme.

Për fëmijët, phototherapy është e kufizuar nga fizibilitetit në kete grup moshe dhe teknikat kirurgjike propozohen rrallë para moshës para-pubertal.

Nuk ka asnjë rekomandim akoma qe te mund te aplikohet në rastin e vitiligos qe progreson me shpejtesi, te pa stabilizuar nga phototerapia NB-UVB.

Për të gjithë nënllojet e sëmundjes ose linjat e trajtimit, duhet dhene nje mbështetje psikologjike dhe këshillim, gjithashtu duhet aplikuar edhe kamuflazhi nepermjet make-up ne rastet kur pacientet e vuajne nga ana sociale dhe prishet cilesia e jetes se tyre.

Një numër i madh i procedurash mjekesore jane aplikuar dhe eksperimentuar pergjate nje periudhe 43 vjecare (1967-2010). Për ta përmbledhur, ka një tendencë per te eksploruar kombinimet e ndërhyrjeve dhe te teknikave të reja,te tilla si kortikosteroidet aktuale, takrolimus (inhibitoret e calcineurines) dhe fototerapi meNB-UVB.

Rekomandimet aktuale klinike për vitiligon josegmentale jane te kufizuara në vetëm ne trajtimin me agjentët siç jane kortikosteroide dhe frenuesit e calcineurines dhe phototherapy e lokalizuar me NB-UVB.

Trajtimet kirurgjikale rezervohen për vitiligon stabel e qëndrueshme dhe sidomos për vitiligon që nuk ka reaguar nga trajtimet e mesiperme.

6. Perfundime.

- Ne studimin tone vihet re që femrat kanë prevalencë më të lartë të vitiligos (përjashtuar grupmoshën 55-64 vjeç). Prevalenca më e lartë për femrat shënohet në grupmoshat 45-54 vjec të ndjekura nga ato 15-24 vjec dhe 25-34 vjec. Ndërkohë për meshkujt prevalencë më e lartë shënohet në grupmoshat 55-64 vjec dhe 0-14 vjec.

- Mosha mesatare e meshkujve te prekur nga Vitiligo rezultoi 31.9 vjeç me devijacion standart 21.6, ajo e femrave 34.8 vjeç me devijacion standart 16.3 kurse ajo e të gjithë subjekteve në total rezultoi 48 vjeç me devijacion standart 28.2.

- Numri I subjektet me vitligo meshkuj pa shkollë është më i lartë se ai i subjekteve femra pa shkollë. Ndërkohë e kundërta paraqitet për nivelin e lartë të arsimimit, ku numri I subjekteve femra me arsim të lartë, është më I madh se ai i subjekteve meshkuj me arsim të lartë. Nderkohë, shohim që numri i subjekteve që kanë 12 ose më shumë vite arsimimi, është më I lartë se ai subjekteve që kanë 9 ose më pak vite arsimimi.

- Në subjektet femra dhe në ato meshkuj, kemi përqindje të lartë të vendbanimit urban sesa vendbanimit rural, kjo per faktin se individet qe jetojne ne qytet jane me te ndjeshem ndaj pamjes se jashtme te lekures se tyre.

- Pothuaj të gjitha subjektet kanë lokalizim të Vitiligos të pakten në një pjesë të ekspozuar te trupit Nderkohë, ajo që bie shumë ne sy është fakti që nuk ka subjekte femra që të mos kenë Vitiligo të lokalizuar në pjesë të ekspozuara të trupit.

- Pjesa më e madhe e subjekteve kanë lëkurë të tipit III, e ndjekur nga ajo e tipit II dhe IV, gjithashtu, pjesa më e madhe e subjekteve (59%) nuk kanë histori familjare për

sëmundje. Sëmundjet më të zakonshme shoqëruese të Vitiligos janë problemet me tiroiden (hipotiroidi, hipertiroidi) dhe diabeti .

- Grupmosha karakteristike e shfaqjes së Vitiligo është 0-5 vjeç , e ndjekur nga 31-40 vjec dhe ajo 11-15 vjec, gjithashtu subjektet në pjesën më të madhe kishin një kohezgjatje sëmundjeje nga 0-1 vit, dhe 1-3 vjet.
- Pruriti është I pranishëm në vetëm 30.8% të subjekteve, kurse Köbner syndrome në 61.5% të rasteve, gjithashtu subjektet kanë perceptimin se dëmtimet fizike janë shkaktar kryesor I Vitiligos e ndjekur nga stresi I fortë emocional .
- Lloji I Vitiligo I hasur më shpesh është Vitiligo mikse e ndjekur nga ajo fokale dhe akrofaciale, gjithashtu subjektet vuajnë kryesisht nga Vitiligo active.
- Përqindja e subjekteve obezë është e ulët (79.5% kanë BMI më të vogël se 30) por përqindja e personave që nuk pijnë/ apo pijnë pak alkool ishte shumë e lartë (79.5), nderkohe qe përqindja e subjekteve joduhanpirës është e lartë (79.5%).
- Gjinia ishte ndikuese në shkallën e shqetësimeve që sjell lëkura dhe në shkallën e ndrydhjes për shkak të lëkurës , ku kategoria që ishte më e ndjeshme rezultuan femrat.

- Grupmosha ishte përcaktuese në shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale, në shkallën e ndikimit të lëkurës në zgjedhjen e rrobave, në shkallën e problemeve me të afërmit për shkak të lëkurës dhe në shkallëmn e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës (p=0.000). Kategoritë që janë më të ndjeshme për shkak të lëkurës janë grumpmoshat 15-24 dhe 25-34, ku subjektet që iu përkasin këtyre kategorive të grupmoshave, përfaqësojnë përqindjen më të lartë të personave që shfaqin shqetësime për shkak të lëkurës.

- Vendbanimi është përcaktues në shkallën e shqetësimeve që ka sjellë lëkura, shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale ,shkallën e vështirësisë seksuale qe ka sjellë lekura dhe në shkallën e problemeve që ka sjellë lëkura. Kategoria që janë më të ndjeshme ndaj ndikimit të lëkurës në cilësinë e jetës dermatologjike janë subjektet banues në qytet.

- Arsimimi është përcaktues në shkallën e ndrydhjes për shkak të lëkurës, shkallën e ndikimit të lëkurës në zgjedhjen e rrobave, shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale, shkallën e ndikimit të lëkurës në ushtrimin e ndonjë sporti, shkallën e vështirësisë seksuale që ka sjellë lëkura dhe në shkallën e problemeve që ka sjellë trajtimi i lëkurës.

- Pjeset trupit te prekuara nga vitiligo ne zonat e ekspozuara te lekures jane domethenese ne shkallen e ndikimit te lekures ne zgjedhjen e rrobave, dhe ne shkallën e ndikimit të lëkurës në veprimtarinë sociale.

7. Rekomandime

- Si përfundim, ka mungesë konsensusit mbi opinionet ne sistemet e pikezimit te përdorura ne provat klinike për standardizimin e metodologjise për klasifikimin klinik te vitiligos.

- Standardizimi i metodologjise për klasifikimin vitiligos duhet te zhvillohet dhe te njehsohet per te gjitha studimet klinike mbi vitiligon[84].

- Çështjet kryesore te ngritura nga studimet rreth vitiligos jane: Mungesa e konsensusit për klasifikimin dhe përkufizimin e vitiligos.Mungesa e konsensusit për metodat e vlerësimit dhe te rezultateve te sdudimeve mbi vitiligon. Heterogjenitet I madh të studimeve të krahasuara. Nevoja për një studim të madh definitiv per në kombinim e terapive ndaj vitiligos.

- Eshtë zhgënjyese që nga studimet e bera akoma nuk ka ne dispozicion nje protokoll trajtimi aktual në dispozicion për vitiligon. Çuditërisht, trajtimi I vetem i licencuar për vitiligon eshte ai është kozmetik duke e kamufluar me make-up[28],.

- Së fundi, etiologjia dhe patogjeneza e vitiligos mbeten ende te paqarta, ende nuk është kuptuar se çfarë e shkakton shkatërrimin e melanociteve, gjithashtu, mbetet ende e paqarte historia natyrore dhe epidemiologjia e kësaj sëmundjeje.

- Nëse do te gjendej një kurë për vitiligon, kërkimet e mëtejshme do te fokusoheshin ne te të kuptuarin e etiologjise, epidemiologjisë dhe historise natyrore te vitiligos. Trajtimet aktuale ndihmojne me shume për të lehtësuar simptomat dmth repigmentimi i përkohshëm i njollave vitiliginoze, por këto nuk kurojne sëmundjen baze.

- Në përfundim, lind një nevojë të madhe për nje konsesus ndërkombëtar ne të ardhmen mbi kërkimet mjekesore mbi masat dhe menyren e trajtimit te vitiligos. Keto studime do te ndihmonin klinicistët dhe hulumtuesit në të gjithë botën drejt aspekteve te rëndësishme te trajtimit te kesaj semundjeje .

8.Bibliografia

1. AL'ABADIE, M. S., H. J. SENIOR, S. S. BLEEHEN, and D. J.GAWKRODGER. Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo. British Journal of Dermatology, 1994, 131(2), 160-5

2. ALBERT, D. M., J. J. NORDLUND and A. B. LERNER. Ocular abnormalities occurring with vitiligo. Ophthalmology, 1979, 86(6), 1145-60.

3. ALBERT, D. M., M. D. WAGONER, R. C. PRUETT, J. J. NORDLUND and A. B. LERNER. (1983) Vitiligo and disorders of the retinal pigment epithelium. British Journal of Ophthalmology, 1983, 67(3), 153-6.

4. AL-REFU, K. Vitiligo in children: a clinical-epidemiologic study in Jordan. Pediatric Dermatology, 2012, 29(1), 114-5. American Academy of Dermatology, 2012, 66(6), 954-8.

5. ATTILI, V. R. and S. K. ATTILI. Lichenoid inflammation in vitiligo:a clinical and histopathologic review of 210 cases. International Journal of Dermatology, 2008, 47(7), 663-9.

6. AYOTUNDE, A. and G. OLAKUNLE. Ophthalmic assessment in black patients with vitiligo. Journal of National Medical Association, 2005, 97(2), 286-7.

7. BENZEKRI, L., Y. GAUTHIER, S. HAMADA and B.HASSAM. Clinical features and histological findings are potential indicators of activity in lesions of common vitiligo. British Journal of Dermatology , 2012, doi: 10.1111/bjd.12034.

8. BIRLEA, S. A., P. R. FAIN and R. A. SPRITZ. A Romanian population isolate with high frequency of vitiligo and associated autoimmune diseases. Archves of dermatology 2008, 144(3) 31

9. BISWAS, G., J. N. BARBHUIYA, M. C. BISWAS, M. N. ISLAM and S. DUTTA. Clinical pattern of ocular manifestations in vitiligo. Journal of the Indian Medical Association, 2003, 101(8), 478-80.

10. BOISSEAU-GARSAUD, A. M., P. GARSAUD, D. CALES-QUIST, R. HELENON, C. QUENEHERVE and R. C. CLAIRE. Epidemiology of vitiligo in the French West Indies (Isle of Martinique). International Journal of Dermatology, 2000, 39(1) 18-20.

11. BOISSY, R. E. and P. MANGA. On the etiology of contact/occupational vitiligo. Pigment Cell Research, 2004, 17(3), 208-14.

12. BULBUL BASKAN, E., M. BAYKARA, I. ERCAN, S. TUNALI and A. YUCEL. Vitiligo and ocular findings: a study on possible associations. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2006, 20(7), 829-33.

13. CARIO-ANDRE, M., C. PAIN, , Y. GAUTHIER, V. CASOLI and A. TAIEB. In vivo and in vitro evidence of dermal fibroblasts influence on human epidermal pigmentation. Pigment Cell Research, 2006, 19(5), 434-42.

14. CHANCO-TURNER, M. L. and A. B. LERNER. Physiologic Changes in Vitiligo. Archives of Dermatology, 1965, 91(4), 390-6.

15. DAS, S. K., P. P. MAJUMDER, R. CHAKRABORTY, T. K. MAJUMDAR and B. HALDAR. Studies on vitiligo. I. Epidemiological profile in Calcutta, India. Genetic Epidemiology, 1985, 2(1), 71-8.

16. DAVE, S., D. M. THAPPA and M. DSOUZA. Clinical predictors of outcome in vitiligo. Indian Journal of Dermatology Venereology and Leprology, 2002, 68(6), 323-5.

17. DELL'ANNA, M. L. and M. PICARDO. A review and a new hypothesis for non-immunological pathogenetic mechanisms in vitiligo. Pigment Cell Research, 2006, 19(5), 406-11

18. **DELL'ANNA,** M. L., M. OTTAVIANI, V. ALBANESI, A. P. VIDOLIN, G. LEONE, C. FERRARO, A. COSSARIZZA, L. ROSSI and M. PICARDO. Membrane lipid alterations as a possible basis for melanocyte degeneration in vitiligo. Journal of Investigative Dermatology, (2007b), 127(5), 1226-33.

19. DENMAN, C. J., J. MCCRACKEN, V. HARIHARAN, J. KLARQUIST, K. OYARBIDE-VALENCIA, J. A. GUEVARAPATINO and I. C. LE POOLE. HSP70i accelerates depigmentation in a mouse model of autoimmune vitiligo. Journal of Investigative Dermatology, 2008; 128(8), 2041-8.

20. DEREYMAEKER, A. M., J. P. FRYNS, J. ARS, J. ANDRESESCU and H. VAN DEN BERGHE. Retinitis pigmentosa, hearing loss and vitiligo: report of two patients. Clinical Genetics, 1989, 35(5), 387-9. Dermatology, 2008, 144(3), 310-6.

21. DOGRA, S., D. PARSAD, S. HANDA and A. J. KANWAR. Late onset vitiligo: a study of 182 patients. International Journal of Dermatology, 2005, 44(3), 193-6.

22. EYRE, R. W. and G. G. KRUEGER. Response to injury of skin involved and uninvolved with psoriasis, and its relation to disease activity: Koebner and 'reverse' Koebner reactions. British Journal of Dermatology, 1982, 106(2), 153-9.

23. FITZPATRICK, T. B. and A. S. BREATHNACH. [the Epidermal Melanin Unit System]. Dermatolische Wochenschrift, 1963, 147, 481-9.

24. FITZPATRICK, T. B. Hypomelanosis. Southern Medical Journal, 1964, 57, 995-1005.

25. GAUTHIER Y.and A. Taieb. Proposal for a new classification of segmental vitiligo of the face (abstract). Pigment Cell Research, 2006, 19, 515

26. GAUTHIER, Y. and J. E. SURLEVE-BAZEILLE. Autologous grafting with noncultured melanocytes: a simplified method for treatment of depigmented lesions. Journal of the American Academy of Dermatology, 1992, 26(2 Pt 1), 191-4.

27. GAUTHIER, Y., M. CARIO ANDRE and A. TAIEB. A critical appraisal of vitiligo etiologic theories. Is melanocyte loss a melanocytorrhagy? Pigment Cell Research, 2003; 16(4), 322-32.

28. GAWKRODGER, D. J., A. D. ORMEROD, L. SHAW, I. MAURISOLE, M. E. WHITTON, M. J. WATTS, A. V. ANSTEY, J. INGHAM and K. YOUNG. Guideline for the diagnosis and management of vitiligo. British Journal of Dermatology, 2008, 159(5) 105-76

29. GUPTA, D. K. (Ed.). Microskin Grafting for Vitiligo, London. Springer, 2009.

30. HALDER, R. M., P. E. GRIMES, C. A. COWAN, J. A. ENTERLINE, S. G. CHAKRABARTI and J. A. KENNEY. Childhood vitiligo. Journal of the Americal Academy of Dermatology, 1987. 16(5 Pt 1), 948-54.

31. HAMZAVI, I., H. JAIN, D. MCLEAN, J. SHAPIRO, H. ZENG and H. LUI. Parametric modeling of narrowband UV-B phototherapy for vitiligo using a novel quantitative tool: the Vitiligo Area Scoring Index. Archives of Dermatology, 2004, 140(6), 677-83.

32. HANN, S. K., S. W. KOO, J. B. KIM and Y. K. PARK. Detection of antibodies to human melanoma cells in vitiligo and alopecia areata by Western blot analysis. Journal of Dermatology, 1996, 23(2), 100-3.

33. HANN, S. K., W. H. CHUN and Y. K. PARK. Clinical characteristics of progressive vitiligo. International Journal of Dermatology, 1997a, 36(5), 353-5.

34. HANN, S. K., Y. S. KIM, J. H. YOO and Y. S. CHUN. Clinical and histopathologic characteristics of trichrome vitiligo. Journal of the American Academy of Dermatology, 2000, 42(4), 589-96.

35. HARNING, R., CUI, J. & BYSTRYN, J. C. Relation between the incidence and level of pigment cell antibodies and disease activity in vitiligo. Journal of Investigative Dermatology, 1991, 97, 1078-80.

36. HATCHOME, N., T. KATO and H. TAGAMI. Therapeutic success of epidermal grafting in generalized vitiligo is limited by the Koebner phenomenon. Journal of the Americam Academy of Dermatology, 1990, 22(1), 87-91.

37. HOWITZ J. BH., H. BRODTHAGEN, M. SCHWARTZ and K. Thomsen. Prevalence of vitiligo. Epidemiological survey on the Isle of Bornholm, Denmark. Archives of Dermatology, 1977, 113(1), 47-52.

38. HU, Z., J. B. LIU, S. S. MA, S. YANG and X. J. ZHANG. Profile of childhood vitiligo in China: an analysis of 541 patients. Pediatric Dermatology, 2006; 23(2), 114-6.

39. JIMBOW, K., H. CHEN, J. S. PARK and P. D. THOMAS. Increased sensitivity of melanocytes to oxidative stress and abnormal expression of tyrosinase-related protein in vitiligo. British Journal of Dermatology, 2001, 144(1), 55-65.

40. KOGA, M. and T. TANGO. Clinical features and course of type A and type B vitiligo. British Journal of Dermatolody, 1988, 118(2), 223-8.

41. KOGA, M.Vitiligo: a new classification and therapy. British Journal of Dermatology, 1977, 97(3), 255-61.

42. KROLL, T. M., H. BOMMIASAMY, R. E. BOISSY, C. HERNANDEZ, B. J. NICKOLOFF, R. MESTRIL and C. LE POOLE. 4-Tertiary butyl phenol exposure sensitizes human melanocytes to dendritic cell-mediated killing: relevance to vitiligo. Journal of Investigative Dermatology, 2005, 124(4), 798-806.

43. LE POOLE, C., A. WANKOWICZ-KALINSKA, R. M. VAN DEN WIJNGAARD, B. J. NICKOLOFF and P. K. DAS. Autoimmune aspects of depigmentation in vitiligo. Journal of investigative dermatology symposium proceeding 2004 9(1) 68-72

44. LE POOLE, C., P. K. DAS, R. M. VAN DEN WIJNGAARD, J. D. BOS and W. WESTERHOF. Review of the etiopathomechanism of vitiligo: a convergence theory. Experimental Dermatology, 1993, 2(4), 145-53.

45. LEVAI, M. A study of certain contributory factors in the development of vitiligo in South Indian patients. American Medical Association Archives of Dermatology, 1958b, 78(3), 364-71.

46. LEVAI, M. The relationship of pruritus and local skin conditions to the development of vitiligo. American Medical Association Archives of Dermatology, 1958a, 78(3), 372- 7.

47. LINTHORST HOMAN, M. W., J. DE KORTE, M. A. GROOTENHUIS, J. D. BOS, M. A. SPRANGERS and J. P. VAN DER VEEN. Impact of childhood vitiligo on adult life. British Journal of Dermatology, 2008, 159(4), 915-20.

48. LIU, J. B., M. LI, H. CHEN, S. Q. ZHONG, S. YANG, W. DU et al. Association of vitiligo with HLA-A2: a meta-analysis. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2007, 21(2), 205-13.

49. LIU, J. B., M. LI, S. YANG, J. P. GUI, H. Y. WANG, W. H. DU et al. Clinical profiles of vitiligo in China: an analysis of 3742 patients. Clinical and Experimental Dermatology, 2005, 30(4), 327-31.

50. LLOYD, K., D. ROSE and M. FENTON. Identifying uncertainties about the effects of treatment of schizophrenia. Journal of mental health 2006 15(3) 263-268

51. MARESCA, V., M. ROCCELLA, F. ROCCELLA, E. CAMERA, G. DEL PORTO, S. PASSI, P. GRAMMATICO and M. PICARDO. Increased sensitivity to peroxidative agents as a possible pathogenic factor of melanocyte damage in vitiligo. Journal of Investigative Dermatology, 1997, 109(3), 310-3.

52. MCGUIRE, J. Adrenergic control of melanocytes. Archives of Dermatology, 1970, 101(2), 173-80.

53. MULEKAR, S. V. Melanocyte-keratinocyte cell transplantation for stable vitiligo. International Journal of Dermatology, 2003, 42(2), 132-6.

54. MULEKAR, S. V., M. ASAAD, B. GHWISH, A. AL ISSA and A. AL EISA. Koebner phenomenon in vitiligo: not always an indication of surgical failure. Archives of Dermatology, 2007, 143(6), 801-2.

55. NAIR, B. K. Vitiligo-a retrospect. International Journal of Dermatology, 1978, 17(9), 755-7.NAUGHTON, G. K., M. EISINGER and J. C. BYSTRYN. Antibodies to normal human melanocytes in vitiligo. Journal of Experimental Medicine, 1983a, 158(1), 246-51.

56. NICOLAIDOU, E., C. ANTONIOU, A. MINIATI, E. LAGOGIANNI, A. MATEKOVITS, A. STRATIGOS and A. KATSAMBAS. Childhood- and later-onset vitiligo have diverse epidemiologic and clinical characteristics. Journal of the American of academy of dermatology, 2012, 66(6) 954-8

57. NIKIFORIDIS, G. C., D. G. TSAMBAOS, D. S. KARAMITSOS, C. C. KOUTSOJANNIS and S. V. GEORGIOU. Abnormalities of the auditory brainstem response in vitiligo. Scandinavian Audiology, 1993, 22(2), 97-100.

58. NJOO, M. D., W. WESTERHOF, J. D. BOS and P. M. BOSSUYT. A systematic review of autologous transplantation methods in vitiligo. Archives of Dermatology, 1998, 134(12), 1543-9.

59. NOGUEIRA, L. S., P. C. ZANCANARO and R. D. AZAMBUJA. [Vitiligo and emotions]. Anais Brasileiros de Dermatologia, 2009, 84(1), 41-5.

60. NORRIS, A., C. TODD, A. GRAHAM, A. G. QUINN and A. J. THODY. The expression of the c-kit receptor by epidermal melanocytes may be reduced in vitiligo. British Journal of Dermatology, 1996, 134(2), 299-306.

61. ORECCHIA, G., M. A. MARELLI, D. FRESA, L. ROBIOLIO. Audiologic disturbances in vitiligo. Journal of the American Academy of Dermatology, 1989, 21(6), 1317- 8.

62. PANDA, A. K. The medico historical perspective of vitiligo (Switra). Bulletin of the Indian Institute of History of Medicine Hyderabad, 2005, 35(1), 41-6.

63. PAPADOPOULOS, L., R. BOR and C. LEGG. Coping with the disfiguring effects of vitiligo: a preliminary investigation into the effects of cognitive-behavioural therapy. British Journal of Medical Psychology, 1999, 72(Pt 3), 385-96.

64. PARSAD, D. and S. GUPTA. Standard guidelines of care for vitiligo surgery. Indian Journal of Dermatology Venereology Leprology, 2008, 74 Suppl, S37-45.

65. PARSAD, D., R. PANDHI and A. JUNEJA. Effectiveness of oral Ginkgo biloba in treating limited, slowly spreading vitiligo. Clinical and Experimental Dermatology, 2003b, 28(3), 285-7.

66. PARSAD, D., R. PANDHI, S. DOGRA and B. KUMAR, Clinical study of repigmentation patterns with different treatment modalities and their correlation with speed and stability of repigmentation in 352 vitiliginous patches. Journal of the American Academy of Dermatology, 2004, 50(1), 63-7.

67. PARSAD, D., S. DOGRA and A. J. KANWAR. Quality of life in patients with vitiligo. Health and Quality of Life Outcomes, 2003a, 1, 58.

68. PARSAD, D., SAINI, R. & VERMA, N. (1998) Combination of PUVAsol and topical calcipotriol in vitiligo. Dermatology, 197(2), 167-70.

69. PICARDO, M., and A. TAIEB (Eds) (2010) Vitiligo, Berlin: Springer, 2010.

70. PORTER, J., A. BEUF, J. J. NORDLUND and A. B. LERNER, Personal responses of patients to vitiligo: the importance of the patient-physician interaction. Archives of Dermatology, 1978, 114(9), 1384-5.

71. ROSENBAUM, J., A. BUNKE, E. COOPERMAN and G. M. GOMBOS. Bilateral retinal pigment epithelium changes associated with periorbital vitiligo and seizure disorders. Annals of Ophthalmology, 1979, 11(8), 1191-3.

72. SCHALLREUTER, K. U., P. BAHADORAN, M. PICARDO, A. SLOMINSKI, Y. E. ELASSIUTY, E. H. KEMP et al. Vitiligo pathogenesis: autoimmune disease, genetic defect, excessive reactive oxygen species, calcium imbalance, or what else? Experimental dermatology 2008, 17(2) 139-40.

73. SCHALLREUTER, K. U., R. LEMKE, O. BRANDT, R. SCHWARTZ,, M. WESTHOFEN, R. MONTZ and J. BERGER. Vitiligo and other diseases: coexistence or true association? Hamburg study on 321 patients. Dermatology, 1994, 188(4), 269-75.

74. SEHGAL, V. N. and G. SRIVASTAVA. Vitiligo: compendium of clinico-epidemiological features. Indian Journal of Dermatology Venereology Leprology, 2007, 73(3), 149- 56.

75. SINGH, M., G. SINGH, A. J. KANWAR and M. S. BELHAJ. Clinical pattern of vitiligo in Libya. International Journal of Dermatology, 1985, 24(4), 233-5.

76. SONG, S. H., P.S. AHN et al. Clinical study of vitiligo: Comparative study of type A and type B vitiligo. Annals of Dermatology (Seoul), 1994, 6, 22-30.

77. SUKAN, M. and F. MANER. The problems in sexual functions of vitiligo and chronic urticaria patients. Journal of Sex Marital Therapy, 2007, 33(1), 55-64.

78. SWEET, R. D. Vitiligo as a Kobner phenomenon. British Journal of Dermatology, 1978, 99(2), 223-4.

79. TAIEB, A. and M. PICARDO. Clinical practice. Vitiligo. New English

80. Journal of Medicine, 2009, 360(2), 160-9.

81. TAIEB, A. and M. PICARDO. The definition and assessment of vitiligo: a consensus report of the Vitiligo European Task Force. Pigment Cell Research, 2007, 20(1), 27-35.

82. TALSANIA, N., B. LAMB and A. BEWLEY. Vitiligo is more than skin deep: a survey of members of the Vitiligo Society. Clinical and Experimental Dermatology, 2010, 35(7), 736-9.

83. TOSTI, A., F. BARDAZZI, G. TOSTI and L. MONTI. Audiologic abnormalities in cases of vitiligo. Journal of American Academy of Dermatology, 1987, 17(2 Pt 1), 230-3.

84. VALYI-NAGY, I. T., G. F. MURPHY, M. L. MANCIANTI, D. WHITAKER and M. HERLYN. Phenotypes and interactions of human melanocytes and keratinocytes in an epidermal reconstruction model. Laboratory Investigation, 1990, 62(3), 314-24.

85. WHITTON, M. E., M. PINART, J. BATCHELOR, C. LUSHEY, J. LEONARDI-BEE and U. GONZALEZ. Interventions for vitiligo. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, 1, CD003263.

86. WOLFF K., S. KATZ et al. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 7th edition.New York: McGraw-Hill Professional, 2007.

87. Ortonne, JP, Mosher, DB, Fitzpatrick, TB: *Vitiligo and Other Hypomelanoses of Hair and Skin*. ; New York: Plenum, p. 1–55, 129–310, 1983

88. Lerner AB, Nordlund JJ, Vitiligo. What it is? Is it important? JAMA 1978: 239: 1183-7

89. Prezioso et al., 1990, Effects of Tyrosinase Activity on the Cytotoxicity of 3,4 Dihydroxybenzylamine and Buthionine Sulfoximine in Human Melanoma Cells , Pigment Cell Research 3:49 54.