

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
DEPARTAMENTI I OBSTETRIKE GJINEKOLOGJISE



UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANE

**PËRCAKTIMI I INCIDENCËS SË PATOLOGJIVE
BENINJE TË QAFËS SË MITRËS.
DIAGNOZA DHE TRAJTIMI**

**Disertacion
Për Marrjen e Gradës Shkencore**

DOKTOR

**Disertanti: Denisa BAJRAKTARI
Udhëheqës Shkencor: Prof. Dr. Rubena MOISIU**

TIRANË 2021

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË**



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Denisa Bajraktari

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: OBSTETRIKE-GJINEKOLOGJI

TEMA: “PERCAKTIMI I INCIDENCES SE PATOLOGJIVE BENINJE TË QAFËS SË MITRËS. DIAGNOZA DHE TRAJTIMI”

MBROHET NË DATË: 28/06/2021. PARA JURISË:

1. Orion Gliozheni..... KRYETAR
2. Astrit Bimbashi..... ANËTAR (OPONENT)
3. Gjergj Theodhosi.....ANËTAR (OPONENT)
4. Mehdi Alimehmeti.... ANËTAR
5. Arben Mitrushu.....ANËTAR

Parathënie

Për shkak të vendndodhjes unike, shpesh pacientet paraqiten me ankesa që orjentojnë për patologjite e qafës së mitrës, e cila në ekzaminim fizik është e lehtësisht e arritshme e ky është avantazh për diagnostikim dhe terapi më të shpejtë se patologjite në shumë organe të tjera.

Studimet histopatologjike e mitrës së bashku me shenjat dhe simptomat klinike janë shumë të rëndësishme për diagnostikimin e hershëm të patologjive të qafës së mitrës sepse ato janë të disponueshme, relativisht të lira dhe teknikisht të lehta.

Njohja e hershme e lezioneve infektive dhe inflamatore mund të parandalojë dëmtimin e qafës së mitrës në formën e fibrozës, atrofisë glandulare dhe zhvillimin e infeksioneve kronike.

Njohja e faktoreve të riskut mundeson parandalimin ose uljen e incidencës së këtyre patologjive.

Falënderim

Falenderoj udhëheqësen shkencore Prof. Dr. Rubena Moisiu për ndihmën në të gjitha etapat e studimit duke më ofruar pa hezitim njohurite e saj ne saje te eksperiencës se gjatë në specialitetin e Obstetrike-Gjinekologjise.

Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon për të përfunduar me sukses këtë projekt shkencor e ne menyre te veçante mbesen time Enid Gottlieb si specialiste ne shkencat biomjekesore ne Toronto per figurat ilustruese qe i dhane veçanti formatit te ketij prezantimi.

Shkurtesa

PBQM	Patologjite beninje te qafes se mitres
HPV	Human Papilloma Virus
IST	Infeksione Seksualisht te Transmetueshme
INSTAT	Instituti i Statistikave

Përmbajtja

<i>Parathënie</i>	3
Shkurtesa	5
Abstrakt	Error! Bookmark not defined.
I HYRJE	11
1.1 Anatomia e qafës së mitrës (cerviks).....	11
Anatomia e qafës së mitrës (cerviks)	11
1.2 Anatomia mikroskopike	13
2 Fiziologjia e qafës së mitrës	13
2.1 Epiteli skuamoz	15
2.2 Epileti kolumnal i endocerviksit.....	15
3 Ekzaminimi i qafës së mitrës (cerviksit)	17
3.1 Pikat kryesore.....	17
3.2 Përgatitja dhe instrumentet e nevojshme.....	18
3.3 Ekzaminimi.....	18
3.4 Cerviksi i padukshëm (i vështirë për tu gjetur):	19
4 Procedura të tjera investigimi (ekzaminimi).....	20
5 Procedura të tjera	20
6 Anomali të strukturës.....	20
6.1 Anomali kongjenitale	20
7 Tumoret beninje	21
7.1 Polipet	21
7.2 Fibroidet (mioma/leiomioma)	22
7.3 Endometroza Cervikale	22
7.4 Qelizat atipike të epitelialit skuamoz me kuptim të paqartë	23
7.4.1 Qelizat atipike skuamoze me kuptim të paqartë.....	23
7.4.2 ASCUS dhe infeksioni Human papillomavirus:.....	23
8 Tumore të tjerë të pazakontë.....	24
8.1 Papiloma skuamoza	24

8.2 Hiperplazia mikrogranulare	24
8.3 Adenofibroma papilare	25
8.4 Hemangioma	25
8.5 Mbetjet e kanalit (duktit) Mesonefrik	25
8.6 Indet heterologe	25
9 Anomali të formës	26
9.1 Stenoza	26
9.2 Ektropion	26
9.3 Cistet Nabotiane	27
9.3 Laçeracioni:	28
9.4 Cervicitis- inflamacion i qafës së mitrës	28
9.5 Citologjia e cervicitis-it akut jo specifik.....	28
Shenjat karakteristike të testit me ngjyrues janë:	28
9.6 Infeksione specifike	30
9.6.1 Infeksionet specifike të cerviksit.....	30
9.6.2 Cervicitis kronik dhe cervicitis folikular.....	30
9.6.3 Cervicitis kronik.....	31
10 Rigjenerimi dhe riparimi	31
II METODOLOGJIA	32
2.1 Qellimi	32
2.2 Objektivat	32
2.3 Materiali dhe metoda.....	33
2.4 Metodologjia e analizes statistikore.....	37
III REZULTATE	38
IV DISKUTIM.....	58
V PERFUNDIME	61
VI REKOMANDIME	64
VII BIBLIOGRAFIA	65

Lista e tabelave

Tabela 3. 1 Karakteristikat socio-demografike të grave në studim. (Nr. total 2100, Nr. me PBQM 577).....	38
Tabela 3. 2 Historia gjinekologjike e popullatës në studim.....	41
Tabela 3. 3 Të dhëna lidhur me sjelljen.....	43
Tabela 3.4 Simptomat klinike.....	45
Tabela 3. 5 Prevalenca e patologjive beninje.....	46
Tabela 3. 6 Prevalenca e PBQM në lidhje me menopauzën.....	47
Tabela 3. 7 Prevalenca e ndare sipas diagnozave të PBQM në lidhje me totalin e rasteve në studim.....	48
Tabela 3. 8 Shpërndarja e lezioneve histopatologjike sipas grupmoshave të grupit të studimit me PBQM.....	49
Tabela 3. 9 Prevalenca dhe incidenca e patologjive sipas viteve të studimit.....	50
Tabela 3. 10 Faktoret e riskut për patologji beninje. (Regresioni logjistik: Analiza multivariate.....	53

Lista e figurave

Figura 3. 1 Shpërndarja e pacientëve grupmoshës ne grupin me PBQM krahasuar me totalin e rasteve gjate studimit.....	39
Figura 3. 2 Shpërndarja e femrave sipas vendbanimit.....	40
Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit arsimor.....	40
Figura 3. 4 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit te te ardhurave mujore.....	41
Figura 3. 5 Te dhena lidhur me sjelljen.....	44
Figura 3.6 Simptomat klinike.....	45
Figura 3. 7 Prevalenca e patologjive beninje te qafes se mitres.....	46
Figura 3. 8 prevalenca e patologjive ne lidhje me menopauzen (95%CI).....	47
Figura 3. 9 Prevalenca e ndare sipas diagnozave te PBQM ne lidhje me totalin e rasteve ne studim.....	48
Figura 3. 10 Shperndarja e lezioneve sipas grupmoshes.....	49
Figura 3. 11 Prevalenca e PBQM sipas viteve te studimit.....	51
Figura 3. 12 Prevalenca e PBQM sipas viteve te studimit.....	52
Figura 3.13 Faktoret e riskut per patologji beninje. (Regresioni logjistik: Analiza multivariate).....	54
Figura 3. 14 Moshja e kontaktit te pare.....	55
Figura 3. 15 Pariteti.....	55
Figura 3. 16 Mënyra e lindjes.....	56
Figura 3. 17 Kyretazhe uterine.....	56
Figura 3. 18 Histori për IST.....	57
Figura 3. 19 Përdorimi i prezervativit.....	57

Abstrakt

Hyrje: Shumica e patologjive të qafës së mitrës janë beninje pa anomali citologjike neoplazike dhe nuk përbejnë rrezik jetë për pacientet, megjithatë krijojnë shqetësime dhe nëse zgjasin e nuk trajtohen si duhet ulin cilësinë e jetës së pacientëve. Ndërsa disa lëziona të tjera kërkojnë një investigim të mëtejshëm. Qëllimi i studimit është vlerësimi i prevalencës dhe incidencës së patologjive beninje të qafës së mitrës.

Materiali dhe metoda: Ky është një studim prospektiv i kryer në Departamentin e Obstetrikës dhe Gjinekologjisë, të Spitalit Hygeia në Tiranë gjatë periudhës 2010-2014. Në studim u përfshinë 2100 paciente të cilave ju mor një histori mjekësore e detajuar lidhur me të dhenat sociodemografike, klinike, historia gjinekologjike dhe e stilit të jetës.

Rezultate: Moshë mesatare e pjesëmarrësve në këtë studim është 42.3 (11.4) me rang 16-70 vjeç. Patologji janë gjetur edhe në rastet kur pacientet nuk paraqisnin ankesa (29 %). Ankesat kryesore ishin sekrecionet vaginale anormale (32.1 %), spotting/hemoragji postcoitus (11%), dispareuni (5%), prurit/eriteme/edeme vulvare (1%), ankesa të tjera jospesifikë (22%). Prevalenca e patologjive beninje rezultoi 27.47 % (95%CI: 29.7 – 37.6). Faktorët e riskut për këto patologji u gjetën multipariteti (OR=2.9, 95% CI:1.7- 5.0) $p<0.01$ dhe histori e IST (OR=2.8, 95% CI:1.6 - 9.2), $p<0.01$. Prevalenca e patologjive të qafës së mitrës sipas viteve të studimit varion nga 26% në 29%. Incidenca e patologjive beninje gjatë viteve të studimit rezultoi 13%.

Perfundim: Patologjitë e qafës së mitrës mund të jenë të dukshme me sy me ekzaminim me speculum, ose pas kulturave mikrobiologjike të sekrecioneve cerviko-vaginale, ose nëpërmjet citologjisë në Pap test ose biopsisë së mëtejshme gjatë kolposkopisë. Diagnoza dhe menaxhimi i tyre kërkon një kombinim ekzaminimesh duke përfshirë kolposkopinë, ekzaminimin fizik, ekografinë transvaginale dhe vlerësimet laboratorike mikrobiologjike e citologjike. Epiteli normal i qafës së mitrës ndryshon gjatë gjithë jetës, dhe të kuptuarit e këtij tranzicioni është vendimtar për diagnozën e ndryshimeve në qafën së mitrës.

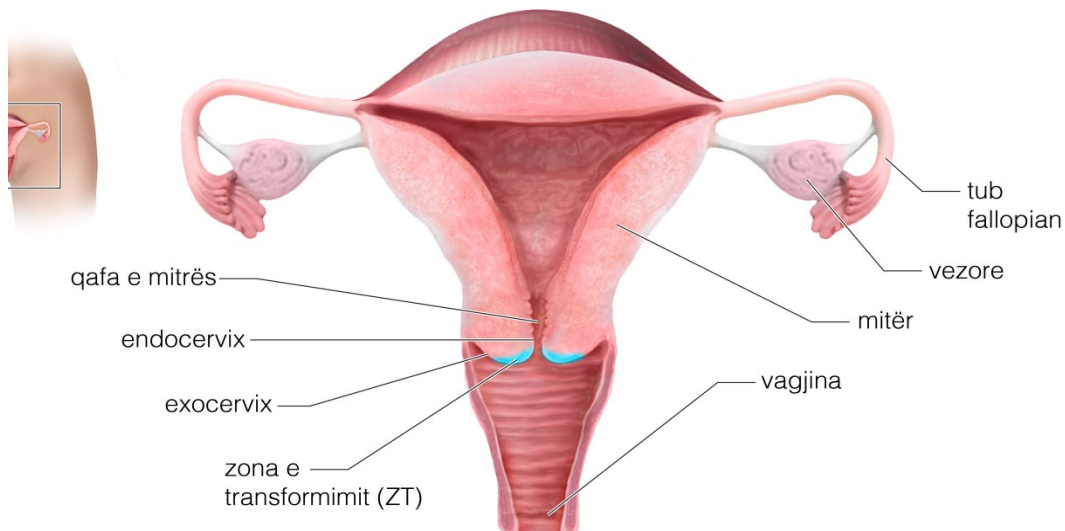
Fjalë kyçe: qafa e mitrës, patologji beninje, diagnozë, prevalencë, incidence.

Fusha: Obstetrikë-gjinekologji

I HYRJJE

1.1 Anatomia e qafës së mitrës (cerviks)

Qafa e mitrës si pjese perberese e sistemit riprodhues femeror krijohet nga dy duktuset Mulleriane qe zhvillohen rreth javes se 6 te embriogjenezes. Eshtë pjesë e uterusit qe nese shpesh krahasohet me nje dardhe te përmbysur i korrespondon fundit të ngushtë te kërcellit të dardhës. Kjo strukturë muskuloze në formë cilindrike është rreth 3-5 cm e gjatë dhe shtrihet pjesërisht në vaginën e sipërme, e shtrirë se largu në hapësirën retroperitoneale prapa fshikëzës dhe para rektumit (1).



Anatomia e qafës së mitrës (cervix uteri)

Qafa e mitrës mund te ndahet ne rajone te veçanta anatomike

- **Ekzocervix** është pjesa e jashtme e mitrës që zgjatet në kavitetin vaginal. Ectocervix është pothuajse ne madhesine e nje arre, e rumbullakosur, konvekse dhe e mbuluar me një shtrese qelizore jo te keratinizuar shumeshtresore e ndjeshme ndaj hormoneve.

- **Kanali endocervikal** është lumeni përmes qafës së mitrës që lidh kavitetin e mitrës me kanalën vaginal. Hapja e kanalit të qafës së mitrës në anën vagjinale njihet si ostiumi ekstern dhe hapja në kavitetin uterin njihet si ostiumi intern.
- **endocervix** është ind i rrethues i kanalit endocervikal. Endocervix është i veshur me epitel kolumnar glandular i thjeshtë, i cili në ndryshim nga epiteli endometrial nuk del me menstruacionet.
- **Bashkimi skuamokolumnar (SCJ)** është vendi ku epiteli ekzocervikal takon epitelin endocervikal. Ky bashkim ka një ndryshim të menjëhershëm nga qelizat e skuamoze shumeshtrësore jo-keratinoze në epitel të thjeshtë kolumnar, e cila është e dukshme në menyre kolposkopike dhe mund të demonstrohet histologjikisht.
- **Vendndodhja e SCJ** ndryshon gjatë gjithë jetës së një gruaje për shkak të ekspozimit të epelit kolumnar në anën vagjinale, pas pubertetit dhe gjatë shtatzënisë e ndjekur nga metaplazia e qelizave bazale rezervë në epitelin skuamoz imatur. SCJ largohet në kanalën endocervikal pas menopauzës.
- **Zona e transformimit (TZ)** përfaqëson zonën e qafës së mitrës që përbëhet nga epiteli që ka pësuar ndryshim skuamoz metaplazik. Kjo është zona e metaplazisë skuamoze midis bashkimit skuamokolumnar dhe ekzocerviksit. Ajo karakterizohet nga epiteli skuamoz imatur poshtë të cilave kriptet endocervikale mund të shihen në histologji. Në këto zone mendohet se lindin shumica e anomalive (2,3).

Qafa e mitrës është e mbështetur nga ligamentet (ligamentet kardinale anash dhe ligamentet uterosakrale posterolaterale). Për shkak të pozicionit në anteversion ose retroversion, qafa e mitrës rrallë shtrihet në të njëjtin plan gjatësor si uterus dhe është e lëvizshme. Qafa e mitrës hapet në kavitetin e mitrës nëpërmjet ostiumit intern dhe në vagjinë nëpërmjet ostiumit ekstern. Ostiumi ekstern ka pamje pikësore tek gratë nulipare ose në ato që kanë bërë lindje cesariene, por mund të shihet si një prerje tërthore në ato që kanë bërë lindje vagjinale.

Ajo përbehet nga muksulaturë e lemuar dhe ka në përzierje me shumë ind fibroz, kolagjen dhe elastinë krahasuar me pjesën tjetër të mitrës. Qafa e mitrës është e veshur në dy të tretat e saj të sipërme nga epiteli ciljar, epiteli cilindrik i cili vazhdon me epitelin shumeshtrësor

skuamoz në bashkimin skuamokolumnar ose në zonen e transformimit, dhe gjendet zakonisht në ostiumin ekstern. Vendndodhja e saj në lidhje me os e jashtme ndryshon në varësi të moshës, përdorimit të estrogenit dhe faktorëve të tjerë, duke përfshirë shtatzanine. Zona e transformimit është vendi ku fillon kanceri i qafës së mitrës, që zë vendin e dytë tek gratë për nga shpeshtësia.

Qafa e mitrës furnizohet me gjak nga arteriet ovariane dhe uterine (respektivisht me origjinë nga aorta dhe nga arteriet iliake interne). Ajo ka një furnizim nervor autonom (simpatik dhe parasimpatetik) dhe drenimi limfatik bëhet në limfonodulat iliake të jashtme dhe të brendshme si dhe në limfonodulat sakrale.

1.2 Anatomia mikroskopike

Nga ana mikroskopike, stroma cervikale është e përbërë nga një përzierje e indeve fibroze, muskulare (15%), dhe elastike. Epiteli është skuamoz në ekzoervix dhe kolumnar në endocervix. Pjesa e ekspozuar (dmth, vaginale) e qafës së mitrës është e veshur me epitel të shtresëzuar skuamoz jo të keratinizuar që bëhet i vazhdueshëm në epitelin vaginal. Depot e glikogjenit i përgjigjen ndryshimeve hormonale të estrogenit dhe progesteronit. Tek gratë mbas menopauzes, epiteli skuamoz është atrofik me pak ose aspak glikogjen. Ndryshimet në ind për shkak të këtyre ndryshimeve atrofike si trauma, inflamacion, ndryshime mikrovaskularizimi mund të ngatërrohen me neoplazine cervikale intraepiteliale.

Mukoza e kanalit cervical (endocervix) është e përbërë nga një shtresë e vetme e epitelit kolumnar sekretues i mucines, e cili mbulon sipërfaqen e gjëndrave dhe kripteve. Qelizat e izoluara epiteliale neuroendokrine të tipit argentofile ose argirofile përzihen me qelizat normale endocervikale. Në kushte normale, shifrat mitotike janë identifikuar rrallë në epitelin endocervikal. Folikulat e verteta limfoide, me ose pa qendra embrionale, janë hasur në stromat e exocervix dhe endocervix. Gjatë shtatzënisë ndodh një rritje e dukshme në vaskularizimin dhe edemen brenda stromes cervikale(4).

2 Fiziologjia e qafës së mitrës

Qafa e mitrës vepron si një kanal midis vaginës dhe trupit të uterusit. Një numër i madh gjendrash veshin membranën bazale të mukozës të endocerviksit që janë përgjegjëse për

prodhimin e mukusit. Ky mukus ndryshon sasine dhe konsistencen në varesi të niveleve të estrogenit: është i bollshem, i lëngshem dhe alkaline kur nivelet janë të larta, por, kur nivelet ulen mbas ovulacionit, ai bëhet i trashë, i paket dhe acid. Gjatë shtatzënisë, ai bëhet edhe më i trashë dhe më i forte, duke formuar një “tapë” të pasur në leukocite. Hiperplazia glandulare mund të ndodhe gjatë shtatzënisë dhe menjëherë pas lindjes, si dhe në gratë që marrin trajtim me progesteron.

Mukusi cervikal kryesisht vepron si një pengesë fizike midis mjedisit të jashtëm (kanalit vaginal) dhe uterusit. Qelizat që veshin kanalin endocervikal i prodhojnë të dyja si acidin dhe mucinen neutrale, të cilat përmbajnë elektrolite (kryesisht klorur natriumi) dhe sheqerna të thjeshta (glikogjen). Ky mukus formon një barriere në ostiumin eksterne duke bllokuar kalimin e mikroorganizmave patogjenë/objekteve nga zgavra vaginale për në uterus. Immunoglobulinat, enzimat, leukocitet dhe qelizat epiteliare skuamoze të deskuamuar mund të gjenden të bllokuara në këtë mukus, që forcon me tej “tapën” dhe duke shtuar vetite baktericide të mukusit (5).

Mukusi barriere nuk është i përhershëm dhe hormonet përcaktojnë qëndrueshmërinë e tij. Në kohën e ovulacionit, mukusi bëhet shumë i hollë dhe është i përbërë nga një rrjet i hollë filamentesh jo qelizore, që lehtëson kalimin e spermës nga vagina në uterus dhe si përfundim në tubat fallopian, për të mundësuar procesin e fekondimit. Gjatë shtatzënisë mukusi barriere bëhet i trashë dhe mbron zhvillimin e fetusit duke duke vulosur edhe njëherë kanalin endocervikal.

Qafa e mitrës dhe uterusit janë struktura të lakueshme, të cilat përmbajnë fibra elastike krahas muskujve. Kjo është më e dukshme gjatë lindjes së fëmijës, kur qafa e mitrës nevojitet të zgjerohet përafërsisht dhjetë centimetra në diametër për të akomoduar kalimin e fetusit në kanalin vaginal.

Nëse fekondimi nuk do të ndodhë; muskuli i qafës së mitrës zgjerohet për të lejuar kalimin e gjakut menstrual. Ky zgjerim është i njohur sepse shkakton ndjesinë e dhimbjes dhe parehatisë zakonisht i referohemi si "dhimbja e periodave". Këto karakteristika fiziologjike të qafës së mitrës janë të gjitha të kontrolluara nga hormonet e estrogenit dhe progesteronit (6).

2.1 Epiteli skuamoz

Epiteli skuamoz i qafës së mitrës (cerviks) dhe vaginës është i pa-keratinizuar dhe është i përbërë nga një mbulesë e vazhduar e shtresezuar (shumë-shtresore) e rrafshët, me qeliza poligonale me bërthamë të lokalizuar në qendër. Epiteli skuamoz i shtresezuar i cerviksit mund të ndahet në tre shtresa: **sipërfaqësorja, e ndërmjetmja dhe shtresa parabazale/bazale**. Epiteli skuamoz shumeshtresor ka kryesisht funksion mbrojtës por gjithashtu luan rol vital në ruajtjen e pH vaginal.

- **Shtresa sipërfaqësore** përbëhet nga qeliza sipërfaqësore të maturuara, të cilat janë të pa-keratinizuara edhe pse ato mund të përmbajnë granula keratohialine: bërthamat e këtyre qelizave janë të vogla dhe piknotike dhe citoplazma është abondante dhe e rrafshuar. Këto qeliza nuk maturohen më dhe janë të gatshme për tu eksofoliuar (rrjepur). Kjo shtresë mund të paraqitet si një strukturë e ngjashme me një “shportë të thurur” me një citoplazmë që nuk bie në sy e cila mund të imitojë koilocitozën.
- **Shtresa e ndërmjetme** përbëhet nga qeliza skuamoze të maturuara vezikulare, me bërthama lehtësisht të zmadhuar. Sasia e citoplazmës rritet kur qeliza maturohet; qelizat e të dyja shtresave si asaj sipërfaqësore dhe asaj të ndërmjetme janë të pasura me glikogjen në një cerviks ku vepron esterogjeni.
- **Shtresa parabazale/bazale** është e përbërë nga më pak qeliza të trasha dhe përbëhet nga qeliza me më pak citoplazmë me bërthamë më të madhe se sa ato të shtresës së ndërmjetme që rritet nga një shtresë e vetme e qelizave bazale të vendosura në membranën bazale. Kjo shtresë ka fuqi rigjeneruese: e evidentuar nga aktiviteti mitotik që mund të vërehet (MIB-1 pozitiv) rastësisht në qelizat bazale dhe parabazale (7,8).

2.2 Epiteli kolumnal i endocerviksit

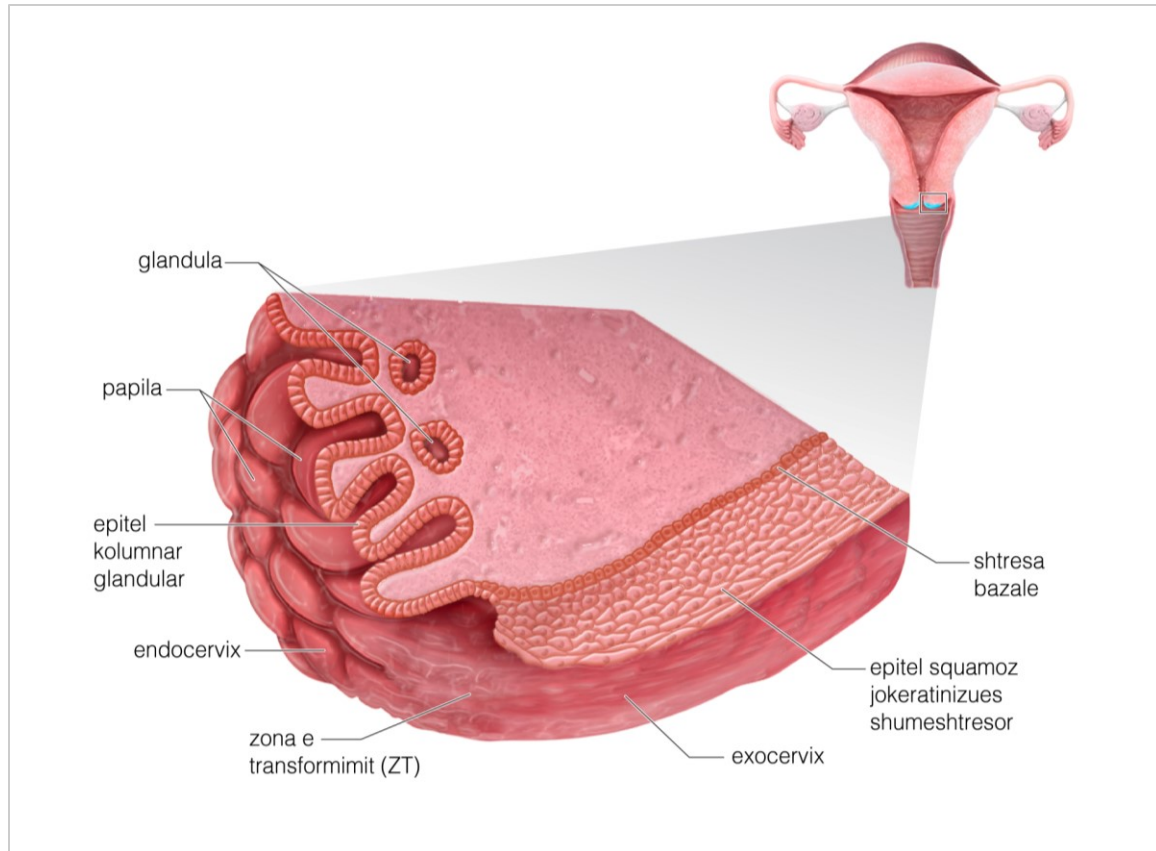
Epiteli që vesh kanalën endocervikal dhe kripton endocervikale përbëhen nga një shtresë e vetme qelizash kolmunare mukus-prodhuese. Këto qeliza janë të gjata dhe cilindrike dhe janë të vendosura si një formacion “kunjash gardhi”. Bërthamat ndodhen kryesisht në

bazë, ngjitur me bazën e membranës, por gjatë sekretimit aktiv të mukozës bërthamat mund të zhvendosen nga mukusi dhe të shtyhen drejt qendrës.

Gjatë inflamacionit mund të shihet një shterim të mukusit në të cilin qelizat endocervikale janë më pak të gjata dhe mitoza (ose MIB-1 pozitiv) mund të shikohet rastësisht edhe kur nuk ka neoplazi ose pre-neoplazi.

Qelizat sekretuese endocervikale fillojnë në ndërlidhjet skuamokolumnare dhe e veshin endocerviksin dhe kriptet endocervikale. Ato janë qeliza mukus-prodhuese që formojnë një veshje mukusi për të parandaluar infeksionet bakteriale dhe fungale të uterusit.

Qeliza me cilie janë më të shumta në numër në ndërlidhjen endometriale/endocervikale. Funkzioni i tyre kryesor është mbajtja aktive e mukusit përgjatë membranës së mukusit. Ato mund të verehen edhe në endocerviks si “metaplazi tubale” ose metaplazia tubo-endometrioidë”, zakonisht pas përdorimit të instrumentave si kyreta bioptike. Qelizat rezervë janë qeliza të vogla kuboide të vendosura thellë tek qelizat kolumnare, të cilat janë më të dukshme gjatë procesit metaplazik. Qelizat rezervë gjenden kryesisht në zonën e transformimit dhe mund të identifikohen nga një imunoprofil i ndryshëm që mund të krahasohet me qelizat e shumeshtrësore e kolumnare.



Ilustrim i histologjise normale te cervix uterit.

3 Ekzaminimi i qafës së mitrës (cerviksit)

3.1 Pikat kryesore

- Ekzaminimi i cerviksit duhet të kryhet së bashku me ekzaminimin e strukturave të tjera që lidhen me të.
- Mundësisht një shoqërues/ndihmës dhe të dokumentohen detajet e ekzaminimit.
- Gjithmonë është sqaruar fillimisht pacienti mbi llojin e ekzaminimit dhe arsyeën përse bëhet.
- Është përgatitur gjithçka që më parë në mënyrë që mos të kishte ndërprerje gjatë ekzaminimit.
- Pacientja duhet të ketë urinuar para ekzaminimit. (11,12).

3.2 Përgatitja dhe instrumentet e nevojshme

- Leje verbale nga pacienti.
- Një kolltuk i rehatshëm me mbrojtese shtrati njeperdorimeshe.
- Një mbulese qe pacientja të mbulojë bustin dhe këmbët.
- Një burim drite fleksibël.
- Doreza jo-sterile (dopio doreza nëse planifikoni të kryeni një ekzaminim rektal).
- Ujë i rrjedhshëm.
- Spekulum vaginal njeperdorimesh të përmasave të ndryshme.
- Xhel lubrifikant.
- Instrumente të tjera që mund t'ju nevojiten, siç është lama, fiksues, garza, koagulues ne rast se nevojiten.

3.3 Ekzaminimi

- Vendoseni pacienten në pozicion: ajo duhet të jetë e shtrirë me kurriz, thembrat të vendosura drejt afër vitheve dhe gjunjët lehtësisht të shtendosura të hapura;
- Ngrohni spekulumi nëse është e nevojshme dhe shtoni një sasi xhel lubrifikant në të.
- Njoftojeni pacienten që jeni gati për të filluar.
- Ekzaminoni vulvën, vini në dukje introitusin, duke spostuar labiet dhe qimet pubike dhe vendosni spekulum kirurgjikal të mbyllur.
- Hapet butesisht dhe pa ushtruar force e fiksohet pasi ka arritur ne fornikset vaginale ne menyre qe te ekspozohet i gjithë cerviksi midis kraheve te spekulumit.
- Ekzaminoni cerviksin, duke mbajtur shënim formën e hapjes, uniformiteti i ngjyrës, dhe ndonjë asimetri, formacion mbi siperfaqen e tij apo ndonjë anomali tjetër.
- Përdorni ngjyruetin siç duhet.
- Tërhiqeni butësisht spekulum mbrapsht ndërsa akoma e hapur, sa mjafton për të liruar cerviksin (1-2 cm), më pas lirojeni spekulum para se ta tërhiqni plotësisht atë (13,14).

3.4 Cerviksi i padukshëm (i vështirë për tu gjetur):

Nëse cerviksi nuk është i dukshëm menjëherë, mos e tërhiqni menjëherë:

- Konsideroni ti anoni krahët e spekulumit (anteriore dhe posteriore) derisa të bëhet i dukshëm.
- Nëse është pjesërisht i fshehur, mund të përdoret një tampon për ta nxjerrë atë plotësisht (është e rëndësishme që të jetë e mundur pamja e gjithë perimetrit të tij).
- Shoqëruesi ose vetë gruaja mund të ushtrojë një presion të lehtë në zonën suprapubike.
- Duke vendosur dorën në pjesën e fundshpinës së saj, kështu e harkon pelvisin, gjë që mund të ndihmojë.
- Performimin i një ekzaminimi bimanual fillimisht ndihmon që të përcaktohet pozicionimi i cerviksit dhe ju mund të konsideroni dhe madhësinë e pasqyrës (nëse është shumë e vogël, nuk do të arrijë fornixet (fundin e qafës së mitrës)).
- Pozicionimi i pacientes në njërin krah (anash) është gjithashtu i përdorur.

Tek femrat obeze dhe multipare (disa lindje), muret e vaginës mund të pësojnë prolaps midis krahëve të spekulumit duke errësuar pamjen. Në këtë situatë, mund të ripozicionohet, rrotullohet ose nderrohet spekulumi me permase me te madhe. (15,16).

Nëse pamja nuk është ende e përshtatshme, ndaloni nga procedura dhe ose silleni pacienten një ditë tjetër ose referojeni atë te një koleg tjetër ose në një kolposkopi klinike. Sigurohuni që të keni sqaruar mirë se çfarë ka ndodhur dhe pse.

Ekzaminimet intime gjinekologjike mund të jenë veçanërisht stresuese për femrat me histori abuzimi seksual sepse ka paralelizëm me situatën e abuzimit, duke përfshirë sensin e humbjes së kontrollit, pabarazi në forcë si dhe perceptimin fizik të ekzaminimit. Klinikistet duhet të jenë të njoftuar për këtë situatë.

4 Procedura të tjera ekzaminimi

-Kolposkopi

Në disa situata, ekzaminimi me spekulum nuk mjafton (zakonisht nëse janë parë qeliza anormale në Pap test si dhe në rastet e gjaksojes pas kontaktit seksual, rrjedhjet e vazhdueshme të rënda vaginale, gjakosje në mes të ciklit ose tek pacientet e imunokompromentuara) dhe cerviksi vlerësohet më tej me anë të kolposkopit (mikroskop binokular). Nga pikëpamja e pacientes, kjo përfshin një procedurë të ngjashme me atë të ekzaminimit me spekulum, megjithëse procedura është më e gjatë. Pacientja është e ekzaminuar në pozicionin litomik duke përdorur mbajtëse këmbësh dhe mund përfshijë përdorimin e acidit acetik ose solucionin e Lugolit. Gjithashtu, mund të kryhet edhe një biopsi ose një trajtim me lazer. Kolposkopia mund të kryhet edhe gjatë shtatëzanisë por biopsia dhe trajtimi duhet të shtyhen deri pas lindjes (17,18).

5 Procedura të tjera

Vlerësime të mëtejshme të cerviksit mund të kryhen në raste kur dyshohet për anomali të uterusit, në këtë rast, kemi indikacion për një histeroskopi ose laparoskopji.

6 Anomali të strukturës

6.1 Anomali kongjenitale

Këto raste janë të rralla dhe mund të hasen si një nga këto tre probleme:

Dështimi fusionit të duktusit Müllerian gjatë zhvillimit, që rezulton në dublikim ose cerviks me septum (një cerviks me dy hapje).

Mungesë kongjenitale ose hipoplazi e cerviksit – kjo mund të shoqërohet me anomali të traktit urinar ose muskuloskeletal (sidomos spinale). Mund të ketë raste me agjenezi parciale; nëse ka një uterus primitiv që përmban endometrium, gjatë pubertetit ndodh hematometri, që shkakton dhimbje ciklike abdominale.

Ekspozim in utero ndaj esterogjeneve jo-steroidë si në rastin e dietilstilbestrol (DES) i cili u përdor gjerësisht në SHBA deri në 1971 për të parandaluar lindjet e parakohshme dhe abortet. Nga fetuset femrat të ekspozuara 1 në 1,000-1,500 zhvillojnë adenokarcinoma të vaginës ose cerviksit me qeliza të qarta, në fund të adoleshencës ose në fillim të të njëzetave. Probleme të tjera përfshijnë një uterus hipoplastik në formë T si dhe anormali kolposkopike të dukshme ose mikroskopike (p.sh. unaza cervikale, shirita dhe grepa, ndryshime epiteliale dhe një spostim të pozicionimit të nyjes skuamokolumnare) (19,20).

7 Tumoret beninje

7.1 Polipet

Këto janë formacionet beninje më të shpeshta të cerviksit (gjenden në 2-5 % të popullatës gjinekologjike). Ato mund të jenë endocervikale dhe cervikale:

Polipet endocervikale gjenden zakonisht gjatë dekadës katërt deri gjashtë të jetës. Ato janë leziona të vogla të kuqe që mund të jenë të vetme ose të shumëfishuara dhe mund të shfaqen si leziona pedunkulare me këmbëza të gjatësive të ndryshme.

- Polipet cervikale janë po aq beninje dhe kanë tendencën të jenë të vetme, si leziona të buta ngjyre roze në të bardhë që gjakosen lehtë nëse preken.

Polipet janë përgjithësisht asimptomatike por mund të paraqiten me gjakosje anormale (si psh, gjatë kontaktit seksual, menorrhagi, spotting intermenstrual ose pas menopauzës). Në raste të rralla ato mund të zmadhohen aq sa të bllokojnë hapjen e jashtme duke shkaktuar infertilitet. Malinjizimi është i rrallë (më pak se 1 në 200 raste) dhe ky malinjitet tenton të rritet nga shkaqe përtej cerviksit (21,23).

Polipet mund të hiqen por në të gjitha rastet duhet të bëhet ekzaminimi histologjik. Megjithatë, duhet pasur parasysh që në raste të rralla mund të ndodhe brakikardi vagale që duhet trajtuar me atropinë. Mund të ndodhe hemoragji që kërkon kauterizim për hemostazën. Zgjerim kirurgjikal dhe kuretazhi, prerje elektrokirurgjike ose polipektomia histeroskopike mund të përdoret në rastet kur lezionet janë më persistente dhe me permasa

te medha e pa pedunkul. Në disa raste, pamja e cerviksit të shëruar pas kryerjes së konizimit cervika mund ti ngjasoje me nje polip të madh (24-26).

Të gjithë pacientet me leziona të dyshimta ose që kanë simptoma duhet të drejtohen tek një specialist klinik dhe lezionet duhet të dërgohen për një ekzaminim histologjik.

7.2 Fibroidet (mioma/leiomioma)

Kur gjenden në cerviks , fibroidet (mioma/ leiomioma) janë masa të forta ose të lëmuara të cilat janë shpesh të vetme dhe të vogla (5-10 mm në diametër). Ato përbëjnë rreth 3-9% të miomave uterine. Zakonisht, një fibroid që rritet poshtë në cerviks nga lart uterusit. Simptomat lidhen me madhësinë e tij dhe pozicionin e saktë; dizuria, diskomfort, mbyllja e cerviksit dhe dispareunia.

Menaxhimi i situatës është në varësi të madhësisë së lezionit dhe moshës së pacientes (nëse dëshiron të mbetet fertile). Varion nga një observim i thjeshtë, deri në deri në heqje kirurgjikale te tyre. Kjo e fundit është e sikletshme për shkak të lokalizimit të këtyre formacioneve dhe afërsisë që mund të kenë me fshikëzën urinare e strukturat perreth (27-30).

7.3 Endometrioza cervikale

Endometrioza në cerviks është e rrallë dhe zakonisht konsiderohet jo e dëmshme. Mund të jetë e dukshme si një lezion me ngjyrë blu në të kuqe ose blu në të zezë me diametër 1-3 mm. Nganjëherë mund të shkaktoje gjakderdhje pas mardhënies seksuale dhe mund të paraqitet si një masë. Ne literature jane raportuar rast kur është paraqitur me gjakderdhje masive vaginale. Përjashtoj rastet kur kemi simptoma të rëndësishme, shumica e pacienteve trajtohen në mënyrë konservative, por çdo paciente që dyshohet për endometrozë cervikale duhet te ekzaminohet me kujdes për të konfirmuar diagnozën dhe për të përjashtuar leziona më serioze (31,32).

7.4 Qelizat atipike të epitelialit skuamoze me kuptim të paqartë (ASCUS)

7.4.1 Qelizat atipike skuamoze me kuptim të paqartë

- Në shumicën e testit me ngjyrosje, dallimi midis qelizave epiteliale beninje dhe qelizave neoplastike mund të kryhet nga një anatomo-patolog me eksperiencë, dhe testi me ngjyruer mund të klasifikohet si “LSIL” ose HSIL” sipas Sistemit Bethesda.
- Megjithatë në raste të rralla mbetet e dyshimte nëse qelizat epiteliale janë beninje apo neoplazike.
- Duke u bazuar në Sistemin Bethesda këto teste me ngjyrim (smear) janë klasifikuar si mbajtëse të “qelizave atipike skuamoze me kuptim të paqartë (ASCUS)”.
- Kategoria ASCUS përdoret në dy situata:
 - E lidhur me ndryshimet në rastet me HPV (atipi koilocitike)
 - Ne testet me ngjyrim (smears) në të cilat është e vështirë të dallosh ndryshimet beninje, reaktive ose degjeneruese të kryera nga LSIL, HSIL ose nga kanceri invaziv
- Studimet e ndjekura mbi rastet ASCUS gjatë koloskopisë, biopsisë ose përsëritjes së citologjisë kanë treguar se ato mund të përfshijnë një grup të larmishëm situatash. Nuk ka pasur anomali të rëndësishme në 50-60% të rasteve ndërsa në 20% të rasteve është raportuar CIN2 ose CIN3. Këto gjetje tregojnë se femrat me një përgjigje ASCUS duhen ndjekur me më kujdes (33-35).

7.4.2 ASCUS dhe infeksioni nga Human Ppapilloma Virus:

- Koilocitet dhe qelizat diskeratozike që lidhen me infeksionin HPV pothuajse gjithmonë tregojnë ndryshimeve të bërthamës që përbëjnë qelizat ASCUS ose CIN1 (LSIL).
- Nganjëherë mund të vërehen koilocitet që kanë bërthama anormale të dukshme që përputhen me CIN2/3(HSIL).

- Testi me ngjyruet që përmban qeliza skuamoze ku dallohen ndryshime morfologjike që lidhen me infeksionin HPV duhet të klasifikohen në bazë të anomalitet më të rëndë të bërthamës të paraqitur në të.

8 Tumore të tjerë të pazakontë

8.1 Papiloma skuamoza

Papiloma skuamoze është një tumor beninj solid zakonisht i vendosur jashtë cerviksit. Zakonisht ai rritet si një rezultat i një inflamacioni ose traume.

Në të shumtën e rasteve, tumoret janë të vegjël, duke pasur një diametër nga 2-5 mm. Me mikroskop, sipërfaqja epiteliale mund të paraqesë një akantozë, parakeratozë, dhe hiperkeratozë. Stroma mund të ketë rritur vaskularizimin dhe të ketë krijuar një inflamacion kronik. Trajtimi është heqja e tij. Papiloma skuamoze i ngjason një condilome acuminata tipike por i mungojnë koilocitet mikroskopike (36,38).

8.2 Hiperplazia mikrogranulare

Hiperplazia mikrogranulare i referohet një rritjeje klinike poliopidale me madhësi 1-2cm. Eshte rezultat i reagimit lokal ndaj progesteronit. Prandaj ajo shkaktohet shpesh tek gratë që përdorin kontraceptivë orale te kombinuar ose progesteron. Gjithashtu ndodh tek gratë shtatëzëna ose lehonat. Gjatë procedurës së citologjisë me shtresë të hollë, mund të ngatërrohet me qelizat skuamoze atipike dhe nuk përjashtohen lezionet e një shkalle të rëndë.

Pamja mikroskopike, përbëhet nga njësi glandulare dhe tubolare të tejngjeshura, të cilat ndryshojnë në madhësi, të rreshtuara në një epitelium të rrafshuar deri në kuboidal me citoplazme eosinofilike granulare që përmbajnë sasi të vogla mucine (mukus). Metaplazia skuamoze dhe hiperplazia e qelizave rezerve janë të shpeshta. Një formë hiperplazie atipike mund të ngatërrohet si një karcinome e qelizës së qartë. Ndryshe nga karcinome e qelizës së qartë, asaj i mungon invazioni i stromës, ka aktivitet të pakët mitotik dhe mungesë të glikogjenit intraqelizor (39-41).

8.3 Adenofibroma papilare

Kjo neoplazi është e rrallë. Veçanërisht shfaqet si një strukturë polipoide. Me anë të ultrasoundit mund të identifikohen zonat cistike brenda mases neoplazike. Pamja mikroskopike e neoplazise përmban çarje të degëzuara dhe fryrje papilare të veshura me epitelium mucinoz me vatra metaplazie skuamoze. Një ind kompakt, qelizor dhe fibrozë i përbërë nga fibroblaste në formën e gishtave dhe stelare mbështesin epiteliumin. Stroma është spastruar nga muskujt e lëmuar, dhe mitozat janë të rralla. Rritje të tilla ndodhin në endometrium dhe në tubat falopian (42).

8.4 Hemangioma

Hemangiomat në cerviks janë të rralla dhe janë të ngjashme si ato të vërejtura në pjesë të tjera të trupit. Nëse janë simptomatike ato shkaktojnë dhimbje ose gjakderdhje vaginale. Diagnoza diferenciale behet me karcinomen cervikale. Trajtimi është kirurgjikal.

8.5 Mbetjet e duktusit Mesonefrik

- Në rastet kur janë të pranishme, mbetjet e kanalit mesonefrik pozicionohen zakonisht midis orës 3 dhe 9 (vendosja e akrepave të orës), brenda në thellësi të stromës së qafës së mitrës. Ato zakonisht janë mbetje të rastësishme dhe janë të pranishme në rreth 15-20% të cervikseve të hequra. Ashtu siç nënkupton edhe emërtimi, ato janë mbeturina mesonefrike ose të duktusit të Wolfit. Zakonisht, ato kanë një diametër disa milimetërsh dhe rrallë janë të dukshëm (43)
- Nga ana mikroskopike, ato përbëhen nga një rritje e tubthash të vegjël të rrumbullakët të veshur me epitelium që është kuboidal deri në disa kolumnar. Tubthat kanë tendencën të grupohen përreth një dukusi qendror. Qelizat që veshin tubthat përmbajnë një material rozë që përmban glikogjen dhe mucinë.

8.6 Indet heterologe

Indet heterologe janë tepër të rralla në cerviks e mund të kenë një shumëllojshmëri në aspektet histologjike. Diferencimet kartilogjene, kockore, adipoze, gliale (neurologjike)

janë përmendur në literaturën specifike. Për arsye se këto ndryshime janë ndonjëherë të pranishme dhe ndodhin tek femra në moshë riprodhuese, shkojnë me supozimin se ato janë mbetje të indeve embrionale nga abortet. Autorë të tjerë kanë nxjerrë përfudimin se indet heterologe i përkasin tumoreve teratoma, ose përfaqësojnë një metaplazi mezodermale (44).

9. Anomali të formës

9.1 Stenoza - mund të jetë një problem i lindur ose i fituar dhe kryesisht ndodh në nivelin e ostiumit intern të kanalit cervikal. Ka një numër arsyesish dhe shkaqesh:

- Lezione të cerviksit nga prerja diatermike është shkaku më i shpeshtë i një stenoze (ndodh në 1.3% të rasteve).
- Shkaqe të tjera kur përftohet përfshijnë radioterapinë, infeksionin, neoplazine dhe atrofine pas konizimit.
- Mund të lidhet edhe me endometriozën.

Pacientet para menopauzës shfaqin çrregullime si dhimbje dhe infertilitet, ndërsa pacientet pas menopauzës mund të mbeten pa shenja ose mund të zhvillojnë simptoma pas një periudhe shumë të gjatë, që mund të paraqiten me hematometer, hidrometer ose piometer. Diagnoza është kryer pas dështimit të futjes së një dilatatori 1-2mm në kavitetin e mitrës dhe konfirmohet kur gjendet një mitër e madhe palpuese por pa dhimbje. Trajtimi bëhet me anë të një dilatatori në drejtimin e ekografisë ose me një dilatator osmotik siç është hapja laminaria (tents laminaria). Në rastet kur duhet të kryhen procedura si histeroskopia keshillohet të përdoren paraprakisht prostaglandina për të zbutur cerviksin (45-47).

9.2 Ektropion (më parë i njohur si erozion i qafës së mitrës ose abrazion) – kjo ndodh kur epiteliumi kolumnar i endo-cerviksit ekspozohet përtej orificiumit ekstern të kanalit cervikal në terrenin e ekzocerviksit:

- Cerviksi zmadhohet nga influenca e estrogjenit dhe si rezultat kanali endocervikal shpervishet ne drejtim te ekzocerviksit. Verehet gjatë ekzaminimit si një unazë e kuqe përreth hapjes dhe është kaq e zakonitë sa klasifikohet si normale.
- Vërehet me shpesh tek adoloshentet, gjatë shtatëzansisë dhe tek gratë që kombinojnë kontraktivët hormonal.
- Zakonisht është një gjendje pa shenja por me raste pacientet mund të paraqesin gjakderdhje ose sekrecione të shumta.
- Pasi të konfirmohet nga një test me ngjyruet, ndërhyhet në mënyrë aktive vetëm nëse shfaqen simptomat. Me kalimin e kohës, aciditeti vaginal promovon metaplzi deri në epitelium skuamoz ku simptomat do zhduken.
- Nëse pacientet paraqesin simptoma klinike te shpeshta si leucorrhea, pas ndalimit të kontraktivëve që përmbajnë estrogen, opsionet për trajtim janë të diskutueshme por përfshijnë diatermi, krioterapi, kirurgji me trajtim lazer.

9.3 Cistet Naboth (ciste me inkluzione epiteliale/ ciste me përmbajtje mucionogjene Nabotiane):

- Ashtu si ektropini, këto leziona të mbushura me mukus janë shumë të zakonshme aq sa të konsiderohen si pjesë normale e një cerviksi adult. Ato duken si leziona të shumta të tejdukshme ose të errëta, të bardha ose të verdha që variojnë në madhësi nga 2mm deri në 10 mm.
- Ato ndodhin si rezultat i metaplazisë duke çuar drejt mbulimit të epiteliumit kolumnal me qeliza mucinoze që prodhojnë mukus. Kur ky mukus nuk mund të dale më formohet një cist Naboth.
- Ata janë pa shenja dhe nuk kanë nevojë për trajtim. Shumë rrallë mund të jenë problemtike nëse ato rriten shumë, dhe në keto raste mund të trajtohen me anë të kauterizimit ose krioterapisë (48-50).

9.3 Laçeracioni:

- Ky mund të ndodhe pas një dilatacioni mekanik të cerviksit; si komplikacion nga kyretazhi ose histeroskopia.
- Përdorimi i misoprostolit para histeroskopisë e ul rrezikun e nje laçeracioni cervical tek gratë para-menopauzës por nuk ka efekt tek gratë pas menopauzës.
- Më shpesh ndodh kur ka stenoza cervikale ose atrofi dhe mund të ndodhin edhe gjatë lindjes.
- Laçeracion akut paraqitet me gjakderdhje dhe kërkon qepje pasi konstatohet shkalla e laçerimit.
- Riparimi jo i saktë mund të shkaktoje insuficiencë funksionale të qafës së mitrës (51-52).

9.4 Cervicitis- inflamacion i qafës së mitrës

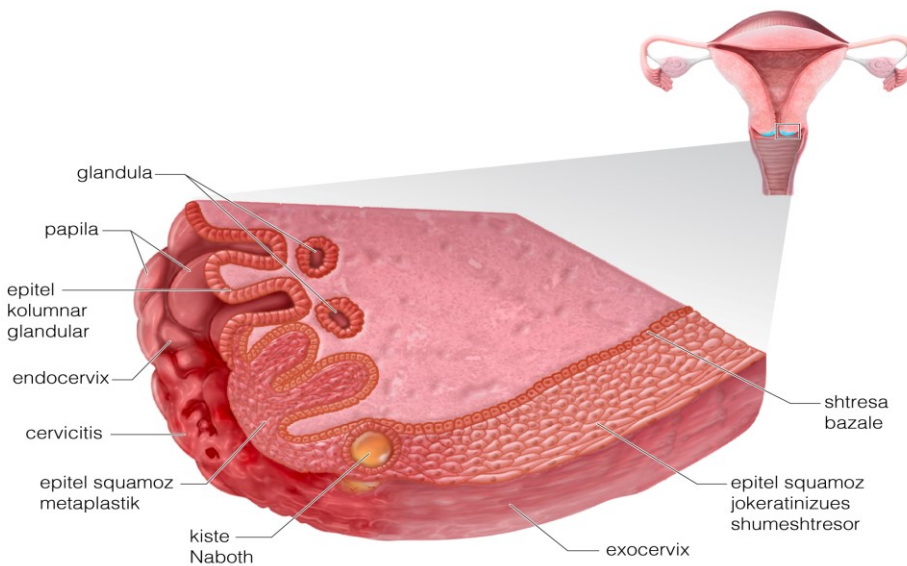
- **Simptomat** – këto mund të variojnë nga asnjë deri në sekrecione të verdha në të gjelbërta, gjakderdhje (sidomos pas marrëdhies seksuale), disuria.
- **Shenjat** – sekrecione të gjelbërta/ të verdha/të errëta mukopurulente. Fraxhilitet endocervikal (gjakoset lehtësisht).
- **Shkaktarët e zakonshëm** - Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, human papillomavirus, herpes simplex virus dhe Trichomonas vaginalis.
- **Trajtimi** – antimikrobiale në varesi të kultures së sekrecioneve vaginale.

Inflamacioni i qafës së mitrës mund të shkaktohet gjithashtu nga trauma mekanike (tamponët, kondomët vaginal, fije nga dispozitivët intrauterin), irriutes kimike (larës, spermicide), dhe sëmundje inflamatore sistemike si sëmundja Behcet. Trajtimi varet nga shkaktari (53).

9.5 Citologjia e cervicitis-it akut jo specifik

Shenjat karakteristike të testit me ngjyruet janë:

1. **Qelizat epiteliale** pesojnë ndryshime degjeneruese të citoplazmës dhe bërthamës. **Citoplazma** shfaqet e acaruar ose me vakuola dhe mund të paraqesë njolla polikromatike. Mund të tkurret lehtësisht për të prodhuar një aurole perinukleare. Ndonjëherë mund të ndodhe fryrja e citoplazmës. **Bërthama** ndryshimet variojnë nga shkalla e inflamacionit. Në fazat e para ato paraqesin nekrozë koagulative me theksim të kromatinës, hiperkromazi të dukshme dhe parregullsi të membranës bërthamore. Kur ndodh shkatërrimi i plotë i qelizës bërthama fryhet dhe struktura hipokromatike dhe bërthamore si dhe membrana bëhen të padallueshme. Përfundimisht bërthama tkurret dhe bëhet piknotike dhe mbizotëron kariorrheksia.
2. **Polimorfet e shumta** nguliten në një substancë të pasur me proteina. Ndonjëherë polimorfet janë aq të shumta sa ato errësojnë qelizat epiteliale të testit me ngjyrues dhe e bëjnë atë jo të përshtatshëm për vlerësim.
3. **Eritrocite, zinxhira bakteresh, mucinë dhe copëza qelizash nekrotike** mund të verehen gjithashtu në sfond.



9.6 Infeksione specifike

9.6.1 Infeksionet specifike të cerviksit

Ndryshimet inflamatore të përshkruara më sipër mund të quhen si të zakonshme për pothuaj të gjitha rastet të cervicitis akut. Në disa raste organizmat aktual mikrobiologjik mund të identifikohen me anë të Pap testi ose mund të prodhojnë një efekt të dukshëm citopatik që lejon diagnostikimin e një infeksioni specifik (54-56).

Një listë me infeksione specifike mund të identifikohen me anën e citologjisë si vijon më poshtë:

- *Trichomonas vaginalis*
- *Candida sp*
- *Herpes genitalis*
- Human Papillomavirus
- *Actinomyces sp*
- *Chlamydia trachomatis*
- Parazitoza nga *Schistosoma haematobium*, *S. mansoni* dhe *Filaria bancrofti* mund të gjenden me anë të Pap testit. Lezione granulomatoze të sugjeruara nga tuberkulozi dhe përfshirja CMV gjithashtu përshkruhen në literaturë.

9.6.2 Cervicitis kronik dhe cervicitis folikular

- Kur shpërthen një inflamacion akut (ose spontanisht ose si pasgigje nga një trajtim), zakonisht pasohet nga riparimi dhe rigjenrimi i epiteliumit të qafës së mitrës.
- Ndryshimet citologjike shoqërohen me riparim dhe rigjenerim të cerviksit dhe mund të vërehen me anë të Pap testit.
- Nganjëherë cervicitis akut dështon që të rekuperohet plotësisht duke shkaktuar infeksione kronike. Ndryshimet të shkaktuara nga infeksionet kronike mund të vërehen gjithashtu me anën e Pap testit (57).

9.6.3 Cervicitis kronik

Gjate inflamacionit ndodh një migrim diskret i limfociteve dhe qelizave të plazmës drejt zonës së inflamuar dhe mund të gjenden në një numër të moderuar në Pap test. Gjatë një cervicitis të tejzgjatur siç është ai i shkaktuar nga futja e një pesari cervikal tek një grua pas menopauzës, epiteliumi mund të tregojë ndryshime reaktive siç janë parakeratoza dhe hiperkeratoza. Këto ndryshime janë të dukshme me anë të Pap testit (58).

10. Rigjenerimi dhe riparimi

- Shërimi i epiteliut të ulçeruar ose të dëmtuar fillon nga përhapja e qelizave të shtresës së qelizave afër epiteliut dhe përhapja e qelizave rezervë të glandulave të kripteve lokale. Në fillim zona e dëmtuar është e mbuluar nga qeliza të imature metaplazike të cilat gradualisht transformohen në qeliza skuamoze mature ose në qeliza të epiteliut kolumnar.
- Ndryshimet degjeneruese gjate inflamacionit dhe ndryshimet rigjeneruese të shoqëruara me riparime janë shpesh të dukshme në Pap test (59,60).

II METODOLOGJIA

2.1 Qellimi

Vleresimi i prevalences dhe incidences se patologjive beninje te qafes se mitres, diagnoza e trajtimi i tyre.

2.2 Objektivat

1. Evidentimi i veçorive sociodemografike, historise gjinekologjike dhe te sjelljes se pjesemarreseve ne studim.
2. Evidentimi i shenjave dhe simptomave klinike
3. Vleresimi i incidences, prevalences dhe i spektrit morfologjik te lezioneve beninje
4. Prevalenca e patologjive sipas grupmoshes
5. Vleresimi i faktoreve te riskut per patologjite beninje

2.3 Materiali dhe metoda

Ky është një studim prospektiv i kryer në Departamentin e Obstetrikës dhe Gjinekologjisë të Spitalit Hygeia

ne Tirane gjate periudhes 2010-2014.

Ne studim u perfshine 2100 raste vizitash gjinekologjike, nga te cilat 577 paciente u diagnostikuan me PBQM gjate periudhes se studimit. Pacienteve iu mor një histori mjekësore e detajuar lidhur me te dhenat sociodemografike:

Mosha

Vendbanimi

Urban

Rural

Statusi civil

Numri i partnereve

Niveli arsimor

8 Vjeçare

E Mesme

E Lartë

Gjendja social-ekonomike

E ulët

Mesatare

E mirë

-Gjendja ekonomike u percaktua duke u bazuar ne klasifikimin sipas INSTAT (61).

Gjithashtu u moren numrat celualare te kontaktit, dhe adresa e pacienteve per ti kontaktuar ato ne lidhje me rezultatet e ekzaminimeve.

U moren te dhena mbi shenjat dhe simptomat klinike:

U shënuan detajet në lidhje me sekrecionet vaginale. Ketu përfshihej koha e fillimit, kohëzgjatja, frekuenca e perseritjes, fluksi, ngjyra dhe nëse ishin të shoqëruara shenja te tjera.

Historia e simptomave shoqëruese duke përfshirë, dismenorrhe, dispareuni, prekje formacionesh ne zonen vulvo-vaginale, dhimbje barku ose shpine si dhe shenja e simptoma ne lidhje me ndonjë shqetësim të zorrëve ose të vezikes urinare. Trajtimi i marrë për këto

shqetësime u mbajt gjithashtu shënim. Gjithashtu u mbajtën shënim medikamentet sidomos ato për terapine hormonale.

○ **U moren te dhena ne lidhje me historikun obstetrik-gjinekologjik:**

Mosha e menarkës së parë
Mosha e kontaktit te pare seksual
Shtatëzanite
Pariteti
Menyra e lindjeve
Abortet e lloji i tyre
Menopauza
Histori per IST

Historiku gjinekologjik ku u përfshinë detaje në lidhje me moshën menarkes dhe të menopauzës, ciklit menstrual, historiku i përdorimit të kontraktivëve, të marrëdhënieve seksuale, detaje në lidhje me Pap teste te meparshme dhe u morën në pyetje në lidhje me historikun personal. Pacienteve iu krye një ekzaminim i kujdesshem fizik per te konstatuar semundje te mundshme sistemike. U krye ekzaminimi me spekulum dhe manual i organeve gjenitale. U morën kultura te sekrecioneve vaginale dhe u krye Pap testi. Gjithashtu u mbajt shënim gjëndja e vulves, mureve të vaginës dhe të qafës së mitrës. Ekzaminimi bimanual u krye tek këto paciente, për të mundësuar kontrollin e uterusit në madhësi, pozicionimin dhe lëvizshmërinë. U mbajtën shënime mbi çdo senisibilitet pelvik te pacienteve. U krye ekografia gjinekologjike transvaginale ku u vlerësua uterusit e cervix uteri si dhe ovaret. U krye kolposkopia e biospia ne rastet e dyshuara per ndryshime qelizore ne pap test. Në raste të veçanta u krye edhe biopsian nën sedacion venoz. Materiali nga exocervixi dhe kanali cervikal u dergua per ekzaminim histopatologjik pranë departamentit të patologjisë se spitalit Amerikan. Nesë pacientet kishin polipe cervikale, ato u hoqën dhe u dërguan për ekzamin histopatologjik. Gjithashtu u vlerësuan shkaqet në rastet spotting, hemoragjive postcoitus etj.

○ **Te dhena lidhur me sjelljen:**

Mbipesha-obezeiteti
Duhanpirje
Konsum alkooli
Histori e kontraktivëve orale
Terapi hormonale

Nr. i partnereve

Perdorimi i prezervativit

-Pacientet u peshuan dhe u mat gjatesia per te llogaritur BMI e tyre per klasifikimin e mbipeshes dhe obezitetit.

-Duhanpirja u percaktua si konsumi i 10 ose me shume cigareve cdo dite

-Konsum i alkoolit u percaktua si konsumi i 50 ml te pijeve alkoolike çdo dite (62)

- **Ekzaminimet**

- **Kolposkopia**

Kolposkopia është ekzaminim i qafës së mitrës, vaginës dhe vulvës me një instrument që prodhon dritë të fortë dhe zmadhon një fushë, duke mundësuar ekzaminimin e modeleve specifike epiteliiale (sipërfaqe), të shtresave dhe të enëve të gjakut përreth tyre. Kjo mund të bëhet me një kolposkop - pajisje e specializuar. Kolposkopi është kompletuar me videoprojektor të posaçëm ose me kamera dixhitale. Kolposkopia është metodë tipike egzaminimi për pacientët me rezultate pozitive depistimi, që verifikon praninë, shtrirjen dhe zonat prekanceroze apo kanceroze duke orjenuar per vendin e marjes se biopsive cervikale.

- **Biopsia**

Biopsia është heqja e mostrave të vogla nga indet anormale ose te dyshimta dhe ekzaminimi mikroskopik me qellimin e percaktimit te diagnozes. Biopsitë mund të merren nga zonat e qafës së mitrës që dyshohen per anomali qelizore. Nëse një lezion apo strukturë e parregullt e qafës së mitrës nuk është e dukshme me sy të lirë, kolposkopia mund të ndihmojë në përcaktimin e vendndodhjes apo të vendndodhjeve ku duhet të merren një ose më shumë biopsi. Një biopsi, zakonisht merret nga çdo zonë anormale, megjithëse në rrethana të caktuara mund të jenë të dobishme dhe biopsitë rastësore.

Biopsia u përdor për të përcaktuar shkallën e anormalitetit të ndryshimeve qelizore në qafën e mitrës dhe për të përjashtuar kancerin. Pas ekzaminimit, një biopsi mund të klasifikohet si normale apo me ndryshime inflamatore te aspektit te cervicitit, ose si neoplazi intraepiteliiale e qafës së mitrës (CIN), ose karcinomë invazive.

- **Kyretazhi endocervical**

Kyretazhi Endocervical (ECC) është një procedurë e thjeshtë që zgjat vetëm disa minuta: me anë të një kyrete, gërryhet butësisht mukoza e kanalit cervical. Indet vendoset në një enë me solucion fiksues dhe dërgohen në laborator për ekzaminim. ECC përdoret në rrethanat e mëposhtme: (1) në rastet e rralla kur Pap testi rezulton AGUS, ose kur ka spotting ose hemoragji postmenstruale (në këto rast bëhet kyretazh i fraksionuar) për të mundësuar fillimin e një karcinome të cervixit që nuk duket me kolposkopi, ose kur ka polipe të kanalit cervical; nëse junkcioni skuamokolumnar nuk mund të shihet plotësisht megjithë dyshimin për lezion; nëse depistimi dhe/ose kolposkopia nuk kanë qenë të mjaftueshme për shkak se zona e transformimit nuk shihet në tërësinë e saj dhe dyshohet për neoplazi.

- **Kultura e sekrecioneve vaginale e cervikale**

- **Ekografia transvaginale**

2.4 Metodologjia e analizës statistikore

Për analizën e të dhënave është përdorur programi statistikor SPSS 16.0. Variablat e vazhdueshëm janë përmbledhur si mesatare \pm deviacionin standard (SD). Për variablat kategorike është llogaritur përqindja e pacientëve në çdo kategori.

Është përdorur testi χ^2 dhe Fisher's exact test për krahasimin e përqindjes ndërmjet variablave kategorikë.

Është përdorur analiza e regresionit logjistik multivariat i cili kontrollon për konfunduesit, për vlerësimin e faktoreve të riskut për patologji beninje.

Vlera e $p \leq 0.05$ u konsiderua statistikisht e rëndësishme. Të gjitha testet statistikore janë të dyanshme.

Gjetjet e studimit janë vlerësuar edhe nga një koleg tjetër

III REZULTATE

Tabela 3. 1 Karakteristikat socio-demografike të grave në studim. (Nr. total 2100, Nr. me PBQM 577)

Variablat	N	%	P
Mosha M (SD)	42.3 (11.4)		
Grupmosha, vjeç			
<24	22	3.8	<0.01
25-34	139	24.1	
35-44	265	46.0	
45-54	75	13.0	
55 - 65	52	9.0	
>65	24	4.2	
Vendbanimi			
Urban	398	69	<0.01
Rural	179	31	
Statusi civil			
Beqare	70	12	<0.01
Martuar	507	88	
Niveli arsimor			
8 Vjeçar	52	9.0	<0.01
I Mesëm	335	58.1	
I Lartë	190	32.9	
Gjendja social-ekonomike			
E ulët	40	7	<0.01
Mesatare	416	72	
E mirë	121	21	

Mosha mesatare e pjesëmarrëseve të përfshirë në këtë studim është 42.3 (11.4) me rang 16 - 70 vjeç.

Mes individëve të përfshirë në studim 105 (5%) ishin të grupmshës 15-24 vjeç, nga te cilat 22 (3.8%) u diagnostikuan me PBQM ; 420 paciente (20%) ishin të moshës 25- 34 vjeç, nga te cilat 139 individë ose 24.1% i perkisnin grupit me PBQM; 861 paciente ishin të grupmshës 35-44 vjeç, nga te cilat 265 (46%) me PBQM; 273 (13%) paciente ishin të grupmshës 45-54 vjeç, nga te cilat 75 (13%) me PBQM; 252 paciente (12%) ishin të grupmshës 55-65 vjeç, nga te cilat 52 (9%) me PBQM dhe 189 paciente (9%) ishin mbi 65 vjeç, nga te cilat 24 (4.2 %) me PBQM.

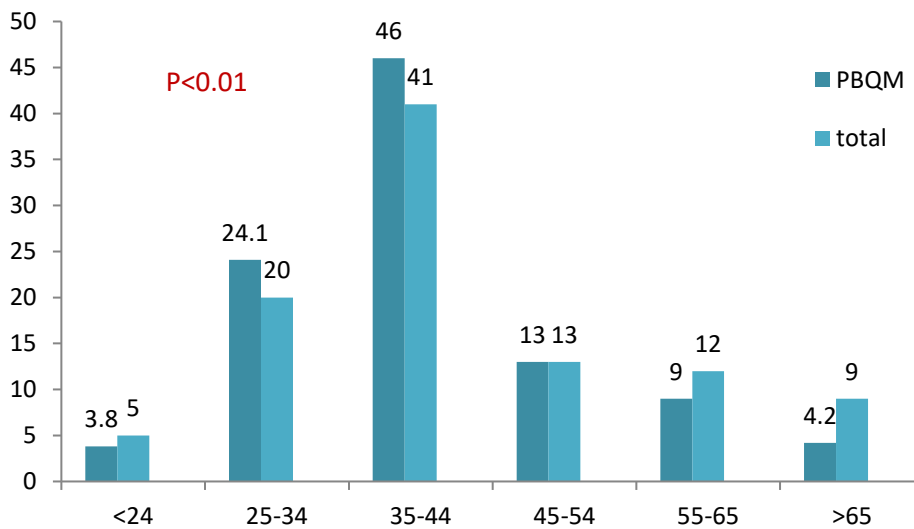


Figura 3. 1 Shpërndarja e pacientëve grupmshës ne grupin me PBQM krahasuar me totalin e rasteve gjate studimit.

Fig. 3.2 me poshte paraqet grafikun e shperndarjes se pacienteve ne studim per sa i takon vendbanimit. Vërehet që shumica e pjesëmarrëseve, 1449 (398 me PBQM) ose 69% e tyre banojnë në zona urbane ndërsa 651 (179 me PBQM) (31%) e tyre banojnë në zonën rurale, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p<0.01$), por pa ndryshim midis grupit PBQM dhe totalit.

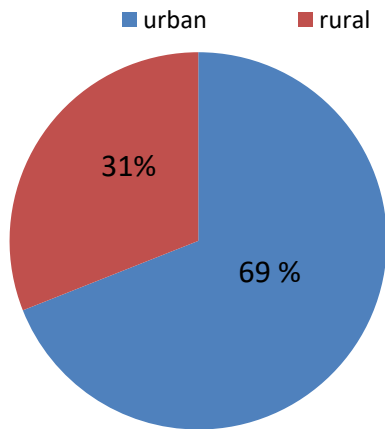


Figura 3. 2 Shpërndarja e femrave sipas vendbanimit

- Shumica e pjesëmarrëseve, 1680 nga totali (80%) dhe 507 nga grupi PBQM ose 88% e tyre referojne qe jane te martuara ndërsa 420 nga totali dhe 70 (12%) nga grupi PBQM jane beqare, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p < 0.01$), por pa ndryshim midis grupit te studimit dhe grupit me PBQM.
- 52 (9%) nga totali i pacienteve rezultuan me arsim 8 vjeçar, 334 (58%) me arsim të mesem, 190 (33%) me arsim të larte me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($\chi^2 = 169$ $p < 0.001$).

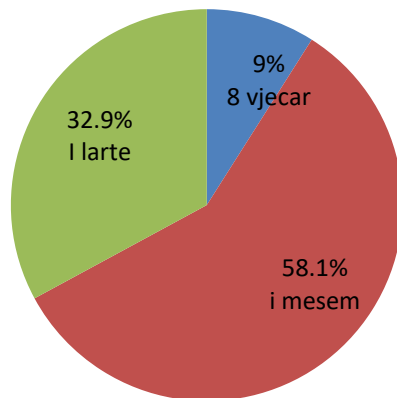


Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit arsimor

- Ne lidhje vleresimin e gjendjes ekonomike te pacienteve 40 (7%) nga totali i pacientëve kanë te ardhura mujore nen mesataren e vendit, 416 (72%) kane te ardhura mesatare ndërsa 121 (21%) kane te ardhura mbi mestaren, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($\chi^2 = 63$ $p < 0.001$).

Përcaktimi i incidencës së patologjive beninje të qafës së mitrës. Diagnoza dhe trajtimi.

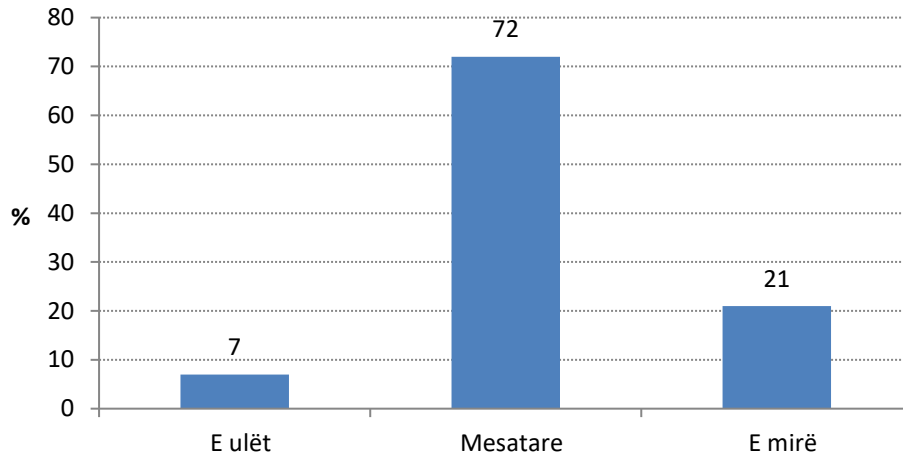


Figura 3. 4 Shpërndarja e rasteve sipas nivelit të të ardhurave mujore

Tabela 3. 2 Historia gjinekologjike e popullatës në studim

Variablat	N	%
Mosha e menarkës së parë M (SD)	13.5 (2.4)	
Mosha e kontaktit të parë		
≤18	101	17.5
>18	476	82.5
Shtatëzani		
Jo	77	13.3
Po	500	86.7
Pariteti		
Nulipare	77	13.3
Primi/pluripare	500	86.66
Sectio Cesarea		
Jo	327	56.7
Po	250	43.3
Aborte		
Jo	437	75.8
Po	140	24.2
Menopauza		
Jo	501	86.8
Po	76	13.2
Histori për IST		
Jo	38	6.58
Po	539	93.42

Mosha mesatare e menarkës ishte 13.5 me një deviacion standart prej 2.4 vitesh. Lidhur me moshën fillimit të kontaktit seksual, 101 (17.5%) paciente rezultuan të kenë kryer kontaktin e parë seksual në moshë më të vogël se 18 vjeç dhe 476 (82.5%) në moshë më të madhe se 18 vjeç

Lidhur me shtatëzaninë, u vu re se 500 ose 86.7% e femrave kishin pasur një shtatëzani ndersa 77 ose 13.3% jo.

Nulipare rezultuan 69 (13.3%) femra; primipare rezultuan 167 ose 29% dhe 340 (59%) rezultuan multipare. Sectio cesarea kane kryer 250 (43.3%) ndersa të tjerat 327 (56.7%) nuk i janë nënshtruar kësaj ndërhyrje.

140 (24.2%) femra kanë kryer abort ndersa 437 (75.8%) jo. Ndërkohë që mes femrave 76 (13.2%) ishin aktualisht në periudhën e menopauzës, ndersa 501(86.8%) të tjerat ishin në periudhën riprodhuese.

38 (6.5%) femra kanë raportuar histori të mëparshme të IST, ndërkohë që 539 (93.5%) nuk kanë raportuar histori të mëparshme të IST.

Tabela 3. 3 Të dhëna lidhur me sjelljen

Variablat	N	%
Mbipeshë-obeze		
Jo	216	37.5
Po	361	62.5
Duhanpirje		
No	524	90.8
Yes	53	9.2
Konsum alkooli		
Jo	523	80.6
Po	54	9.4
Histori e kontrceptiveve orale		
Jo	418	72.4
Po	159	27.6
Terapi hormonale (jo kontrceptive)		
Jo	559	96.9
Po	18	3.1
Nr. i partnereve		
≤2	496	86
>2	81	14
Perdorimi rutine i kondomit		
Jo	508	88
Po	69	12

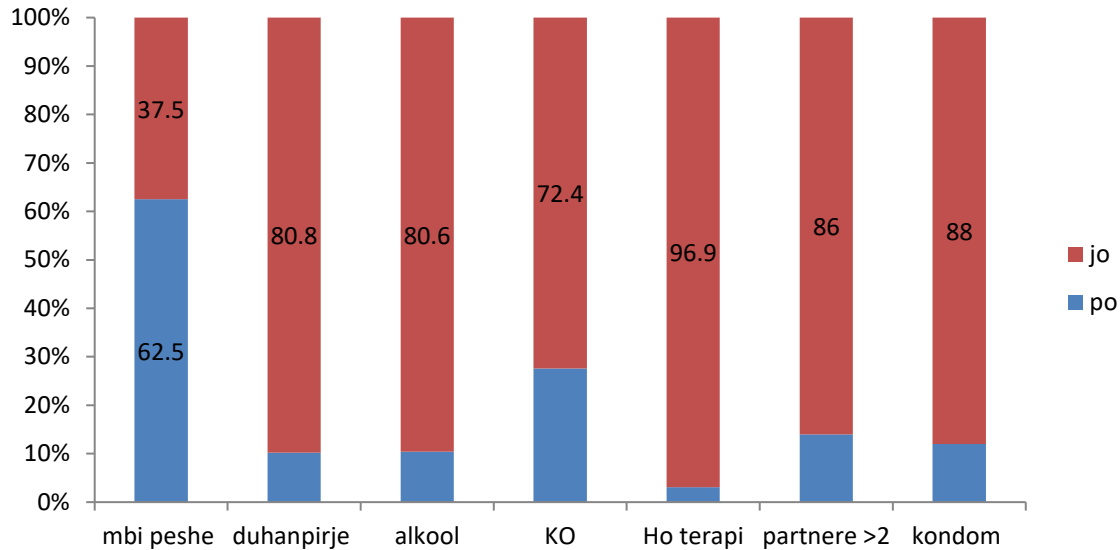


Figura 3. 5 Te dhena lidhur me sjelljen

Mes rasteve të përfshira në studim, 216 (37.5%) nuk kishin probleme me obezitetin apo mbipeshën, ndërkohë që 361 (62.5%) ishin mbipeshë.

524 (90.8%) femra nuk ishin duhanpirëse, ndërkohë që 53 (9.2%) ishin duhanpirëse.

465 (80.6%) nuk konsumonin alkool, ndërkohë që 54 (9.4%) konsumonin alkool.

Lidhur me përdorimin e kontraktivëve oralë, 418 (72.4%) nuk përdornin kontraktivë orale dhe 159 (27.6%) përdornin ato duke iu referuar 3 muajt e fundit para ekzaminimit.

18 (3.1%) kishin përdorur terapi hormonale ndërsa 559 (96.9%) nuk kishin përdorur terapi hormonale.

Lidhur me numrin e partnerëve seksualë, rezultoi se 81 (14 %) femra kishin patur më shumë se 2 partnerë seksualë ndërkohë që 496 (86%) kishin më shumë me pak ose 2 partnerë seksualë.

508 (88%) prej tyre nuk e përdornin rregullisht prezervativin ndërkohë që 69 (12%) e përdornin rregullisht

Tabela 3.4 Simptomat klinike

Simptomat klinike	N	%
Sekrecione vaginale anormale	185	32
Te tjera	127	22
Spotting	63	11
Prurit, eriteme vulvare	6	12
Dispareuni	29	5
Condyloma/prurit/edeme vulve	6	1
Pa ankesa (check-up rutine)	167	28.9

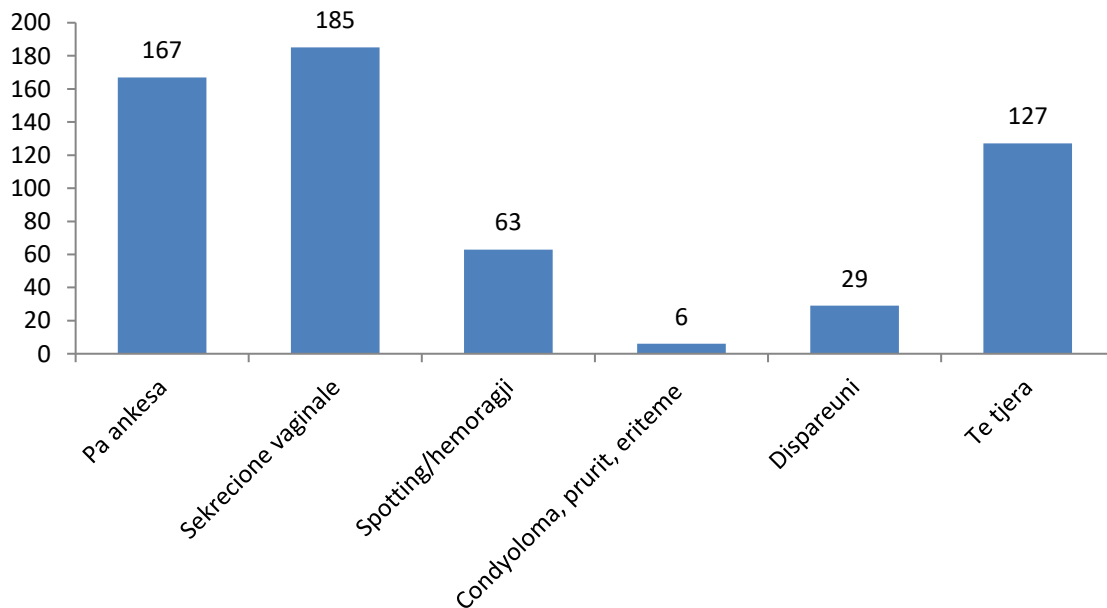


Figura 3.6 Simptomat klinike

Nder pacientet e diagnostikuara me PBQM, 185 (32%) ankonin sekrecione anormale vaginale, 167 (29%) ishin paraqitur për check up dhe nuk kishin ankesa subjektive, 12 (2%)

kishin prolaps vaginal; 63 (11%) kishin spotting vaginal, 29 (5%) kishin dispareuni, 6 paciente (1%) ankonin për prezencën e condylomave, prurit dhe edeme vulvare.

Tabela 3. 5 Prevalenca e patologjive beninje

Frekuenca	N	%	95%CI
Pa patologji	1523	72.5	70 – 75
Patologjive beninje	577	27.5	25 – 28
Total	2100	100.0	

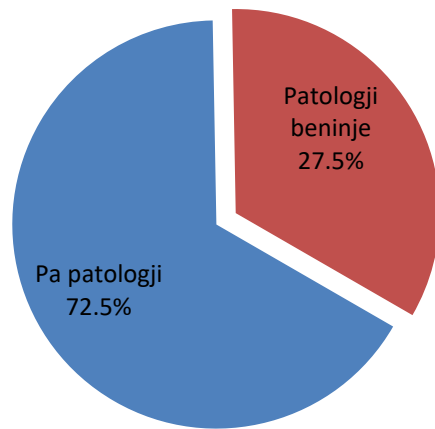


Figura 3. 7 Prevalenca e patologjive beninje të qafës së mitrës

Siç të vërehet nga tabela dhe grafiku i mësipërm 1523 (72.5%) nuk kishin patologji ndërkohë që 577 (27.5%) kishin patologji beninje.

Tabela 3. 6 Prevalenca e PBQM në lidhje me menopauzën

Frekuenca	N	%	95%CI
Para menopauses (n=501/2100)	501	23.8	21.8 – 25.8
Pas menopauses (n=76/2100)	76	3.6	3.42 – 3.78
Total	577	27.4	26.1– 27.9

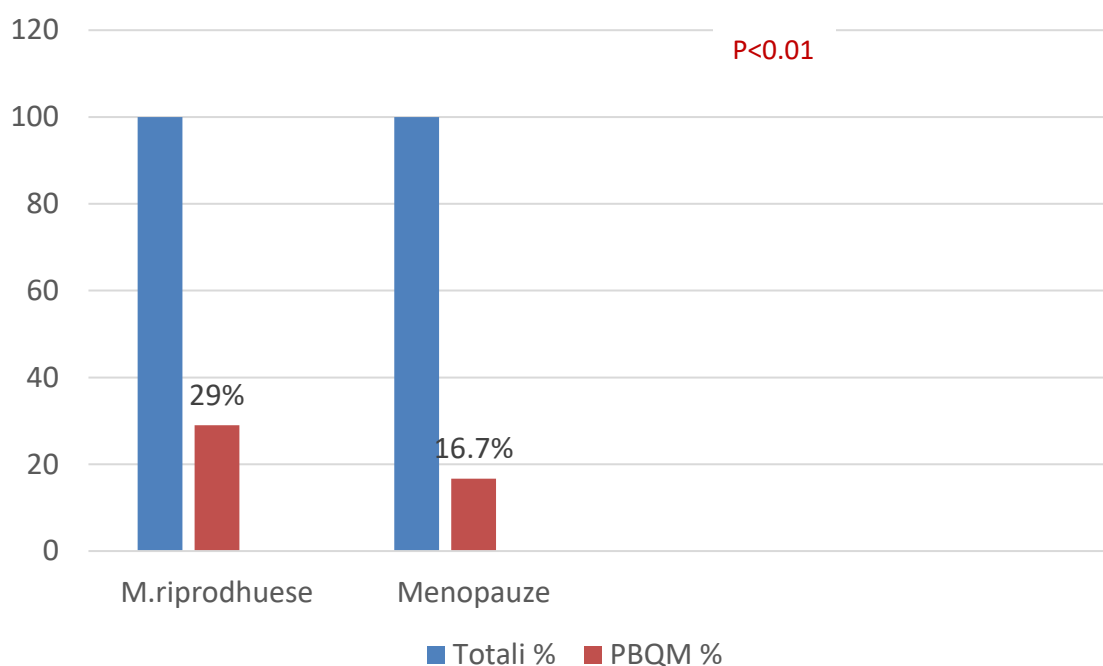


Figura 3. 8 prevalenca e patologjive ne lidhje me menopauzen (95%CI)

Verehet qe prevalenca e patologjive beninje eshte me e larte tek pacientet para menopauzes ne 29% te tyre ndersa tek pacientet pas menopauses ne 16.7 % te tyre. Ne aspektin citologjik 40 nga 76 gra, ose 52.6% e grave pas menopauses kane atrofi cervikale, qe eshte nje gjendje normale e evolucionit te QM me moshen. Atrofia nuk konsiderohet patologji. Nese konsiderojme patologjite e tjera veret qe ato hasen me teper tek grate para menopauzes. Risku relativ per keto patologji tek grate para menopauzes eshte 3.7 here me i larte sesa tek grate pas menopauses, me ndryshim statistikisht te rëndësishem ndermjet tyre, $p<0.01$.

Tabela 3. 7 Prevalenca e ndare sipas diagnozave të PBQM në lidhje me totalin e rasteve në studim

Rezultatet	N	%	95%CI
Pa patologji	1523	72.5	68.8 – 75.3
Infeksion	189	9	8.6-9.4
Cervicit 220, ASCUS 29, Atrofi 40	290	13.8	13.1 - 14.6
Anomali kongenitale	2	0.009	0.0086 – 0.0094
Kiste Naboth 17, Laceracione 6	23	1	0.95 – 1.05
Polyp 101, Myomë cervikale 9	110	5.2	4.94 – 5.32
Total	2100	100.0	

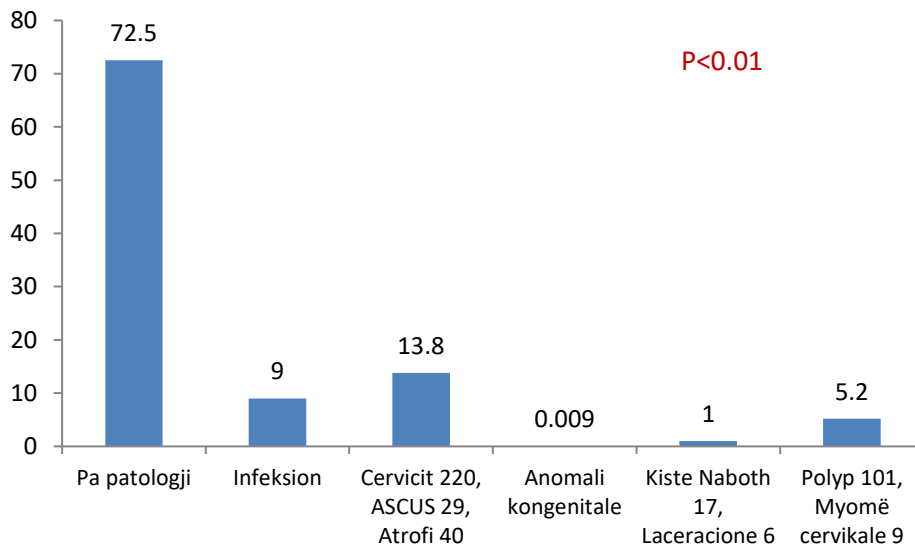


Figura 3. 9 Prevalenca e ndare sipas diagnozave të PBQM në lidhje me totalin e rasteve në studim

Mes femrave të përfshira në studim, 1523 (72.5%) e tyre rezultuan pa patologji; cervicite/ASCUS/atrofi 290 (13.8%), infeksione bakteriale, mykotike, virale 189 (9%), me

tumore beninje (polipe/myoma cervikale) rezultuan 110 (5.2%), anomali makroskopike (kiste Naboth/laceracione) 23 (1%), anomali kongenitale 2 (0.09%).

Tabela 3. 8 Shperndarja e lezioneve histopatologjike sipas grupmohave te grupit te studimit me PBQM.

Tipi i lezioneve	15-24	25-34	35-44	45-54	55 - 65	>65
Pa lezione intraepitheliale	12 (54.5)	31 (22.3)	96 (36.2)	2 (2.6)	12 (23.0)	0
Cervicit	6(26.0)	88 (63.0)	117(44.0)	7(9.3)	2(3.8)	
Kist Naboti	1 (4.5)	5 (3.6)	7 (2.6)	4 (5.3)		
Hiperplazi endocervikale		1(0.7)	2(0.8)	3(4)		
Myomë cervikale	1 (4.5)	2 (1.4)	4 (1.5)	2 (2.7)		
Polip		5 (3.5)	28(10.5)	48 (64.0)	20 (38.4)	
ASCUS	1 (4.5)	7 (5.0)	11 (4.2)	9 (12.0)	1 (1.9)	
Atrofi cervikale					17 (32.7)	24 (100)
Total	23	139	265	75	52	24

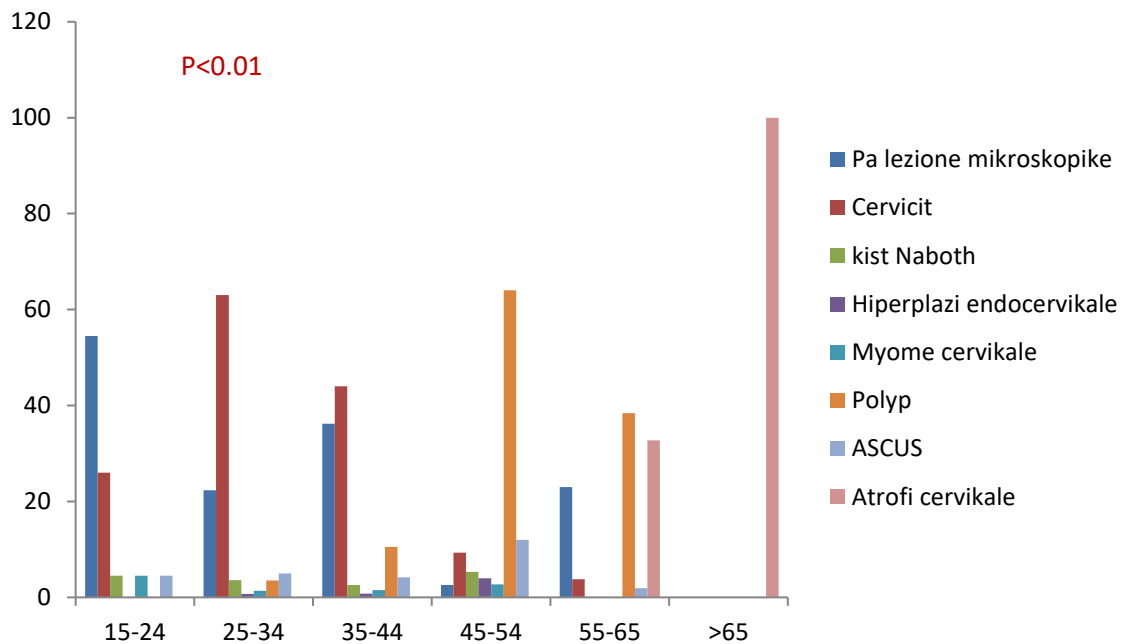


Figura 3. 10 Shperndarja e lezioneve sipas grupmoshes

U vu re se në grupmoshën 15- 24 vjeç, nga 23 paciente me PBQM, 12 (54.5%) prej tyre rezultuan pa lezione qelizore mikroskopike; 6 (26%) me cervicit, një paciente me kist naboti, një tjetër me myomë cervikale, një me ASCUS.

Në grupmoshën 25-34 vjeç: 31 (22.3%) prej femrave nuk kishin lezione, 88 ose 63% kishin cervicit, 5 (3.6%) kishin kist naboti, 1 femër kishte hiperplazi endocervikale, 2 (1.4%) kishin myomë cervikale, 5 (3.5%) kishin polip, 7 (5%) kishin ASCUS.

Në grupmoshën 35- 44 vjeç u vu re se 96 (36.2%) nuk kishin prani të lezioneve mikroskopike, ndërsa 117 (44%) kishin cervicit, 7 (2.6%) kishin kist naboti, 2 (0.8%) kishin hiperplazi endocervikale, 28 (10.5%) kishin polip ndërsa 11 (4.2%) kishin ASCUS dhe 4 (1.5%) kishin myoma cervikale.

Në grupmoshën 45-54 vjeç, 2 (2.7%) e pacenteve nuk kishin lezione intraepiteliale, ndërkohë që 7 (9.3%) kishin cervicit, 4 (5.3%) kishin kist Naboti, 3 (4%) kishin hiperplazi endocervikale, 2 (2.7%) kishin myomë cervikale, 48 (64%) kishin polipe, 9 (12%) kishin ASCUS.

Në grupmoshën 55-65 vjeç, 12 (23%) nuk rezultuan me lezione intraepiteliale, 2 (3.8%) kishin cervicit, 20(38.4%) kishin polipe cervikale, vetëm një paciente (1.9%) rezultoi me ASCUS dhe 17 (32.7%) me atrofi cervikale.

Ndërkohë që të gjitha pacientet 24 (100%) e moshës > 65 vjeç kishin atrofi cervikale.

Tabela 3. 9 Prevalenca dhe incidenca e patologjive sipas viteve te studimit

Vitet	Nr. i pacenteve	Incidenca N (%)	Prevalenca N(%)
2010	360	44 (12.2)	102 (28.0)
2011	389	49 (12.6)	105 (27.0)
2012	432	52 (12.0)	127 (29.0)
2013	425	56 (13.2)	113 (26.5)

2014	494	68 (13.8)	130 (26.0)
Total	2100	271 (12.9)	577 (27.5)

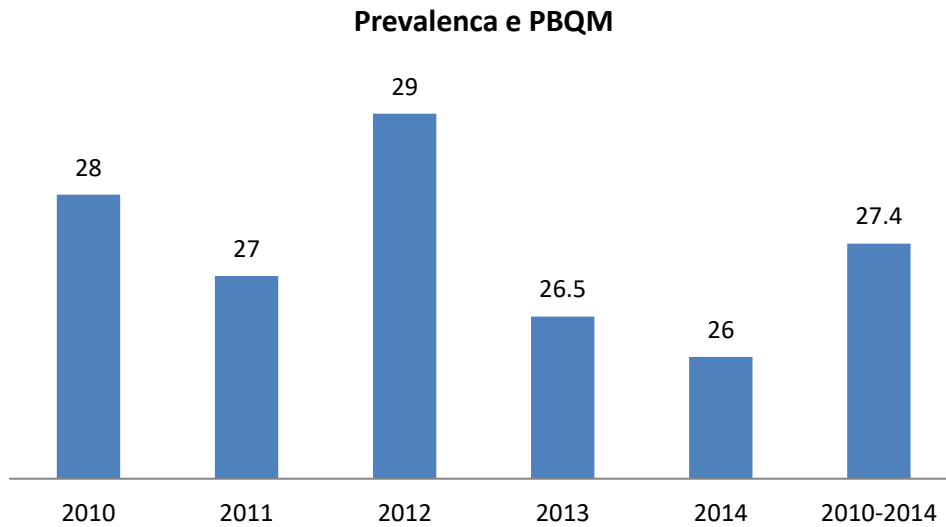


Figura 3. 11 Prevalenca e PBQM sipas viteve te studimit

U vu re se në vitin 2010, mes 360 pacienteve, u diagnostikuan 102 (28%) PBQM; në vitin 2011, nga 389 pacienteve u shfaqën 105 (27%) PBQM; në vitin 2012 nga 432 paciente u diagnostikuan 127 (29%) PBQM dhe në vitin 2013 nga 425 paciente 113 (26.5%) PBQM, ne vitin 2014 nga 494 paciente, 130 (26%) u diagnostikuan me PBQM. Gjate 5 viteve te studimit nga 2100 paciente gjinekologjike, 577 (27.4%) u diagnostikuan me PBQM.

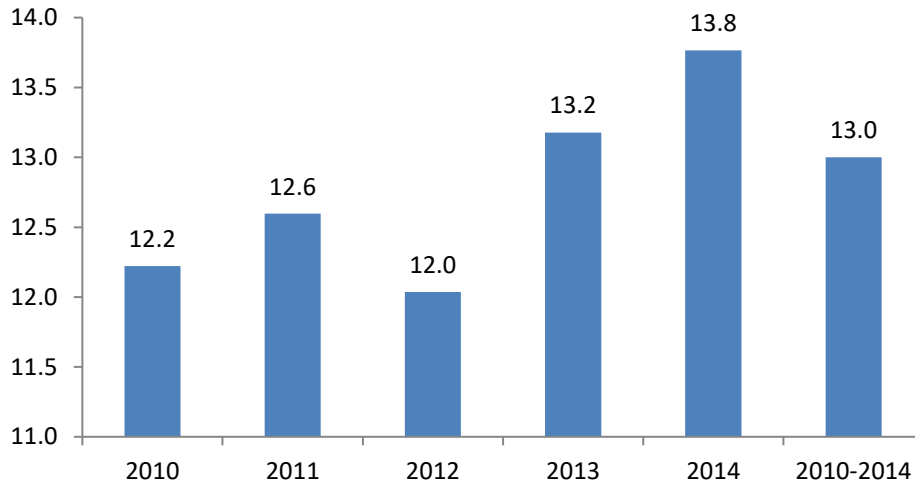


Figura 3. 12 Prevalenca e PBQM sipas viteve te studimit

- Meqe incidenca perfaqeson numrin e rasteve te reja te diagnostikuara, per kete qellim u shfrytezuan te dhenat e pacienteve te cilat ne ezaminimin e pare ishin negative per PBQM, por kur u paraqiten per here te dyte u diagnostikuan me njeren nga PBQM.
- Nga 1523 pacientet qe rezultuan negative per PBQM, 832 u riezaminuan te pakten 1 here tjeter gjate periudhes se studimit.
- Nga totali prej 577 paciente me PBQM, 271 ishin raste te cilat fillimisht brenda kesaj periudhe studimi ishin diagnostikuar negative, e me pas ne ekzaminimin e rradhes u konstatuan me PBQM. Te gjitha rastet ishin infeksione te diagnostikuara mikrobiologjikisht ose histopalogjikisht me cervicit ose ASCUS.
- **Incidenca e PBQM rezultoi 12.9%. Pra 12.9% e rasteve me PBQF ishin raste te reja te konfirmuara gjate periudhes se kryerjes se studimit.**

Tabela 3. 10 Faktoret e riskut për patologji beninje. (Regresioni logjistik: Analiza multivariante)

Variablat	OR	95%CI	P
Mosha e kontaktit të parë			
≤18	ref		
>18	0.6	0.2 – 0.8	<0.01
Shtatëzani			
Jo	ref		
Po	2.3	1.30 - 3.61	<0.01
Pariteti			
Nulipare	ref		
Primipare	1.2	0.20 - 2.54	0.5
Pluripare	2.9	1.7- 5.0	<0.01
Sectio Cesarea			
Jo	ref		
Po	0.8	0.41 - 3.80	0.1
Kyretazhe uterine			
Jo	ref		
Po	1.6	0.7 - 4.1	0.2
Histori për IST			
Jo	ref		
Po	2.8	1.6 - 9.2	<0.01
Përdorimi i prezervativit			
Jo	ref		
Po	0.6	0.02 – 2.1	<0.01

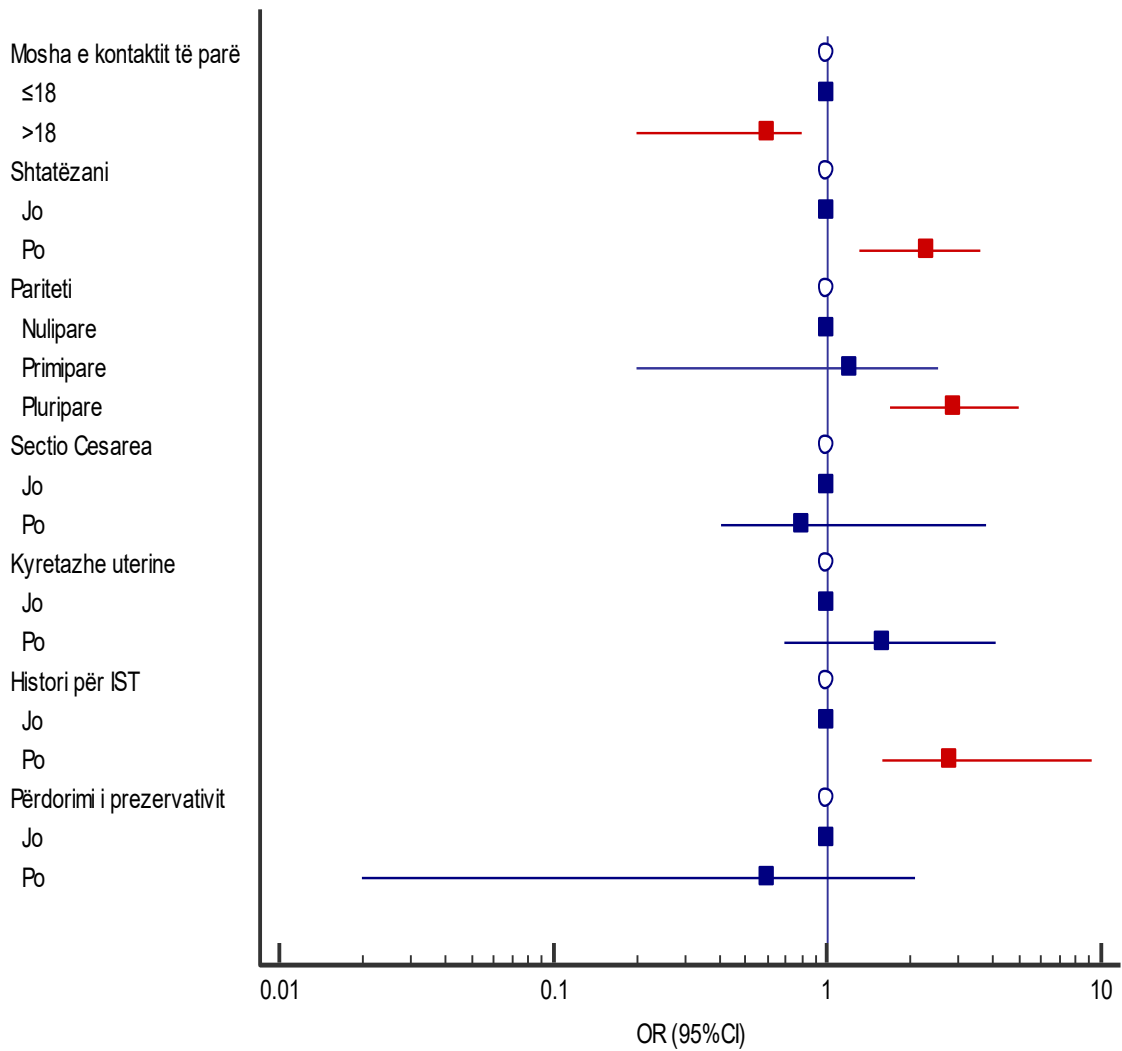


Figura 3.13 Faktoret e riskut për patologji beninje. (Regresioni logjistik: Analiza multivariate)

Lidhur me moshën e kontaktit të parë seksual u vu re se pacientet të cilat kanë patur kontaktin e parë pas moshës 18 vjeç kanë më pak gjasa për të patur infeksion të QM e ndryshime qelizore të tipit të cerviciteve krahasuar me femrat të cilat kanë patur kontaktin e parë në moshën më të vogël se 18 vjeç (pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR= 1.6, CI95%: 0.7-4.1)).

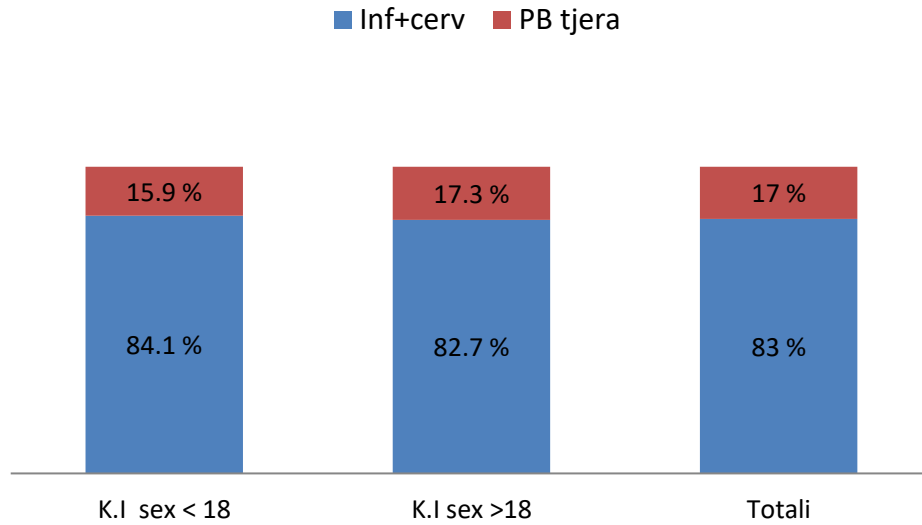


Figura 3. 14 Mosha e kontaktit te pare

Lidhur me shtatëzaninë, u vu re se pacientet qe kishin lindur femije kishin 1.7 herë më shumë gjasa për te pasur PBQM krahasuar me pacientet nulipare (OR=2.3, CI95%:1.30 - 2.61), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndermjet tyre.

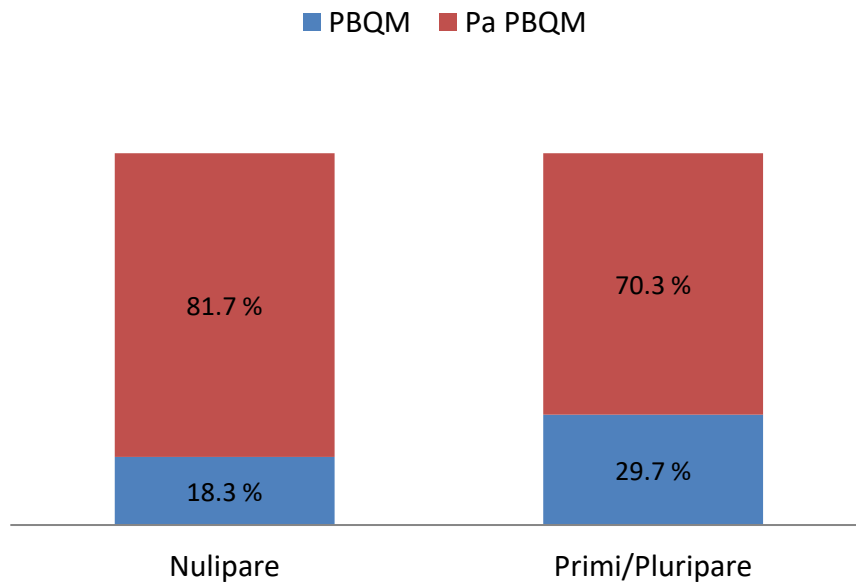


Figura 3. 15 Pariteti

Lidhur me paritetin u vu re se femrat primipare kishin 1.2 herë më shumë gjasa për shfaqje të patologjive beninje krahasuar me femrat nulipare (OR=1.2, CI95%:0.20 - 2.54) por pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm. Femrat multipare kanë 2.9 herë më shumë gjasa për tu prekur nga patologji beninje krahasuar me femrat nulipare (OR=2.9, CI95%:1.7- 5.0), me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndermjet tyre.

Femrat që kanë lindur me sectio cesarea 173 me PBQM nga 736 ne total kishin më pak gjasa për PBQM krahasuar me femrat që kanë kryer lindje vaginale 327/1228 (OR=0.8, CI95%: 0.41 - 3.80).

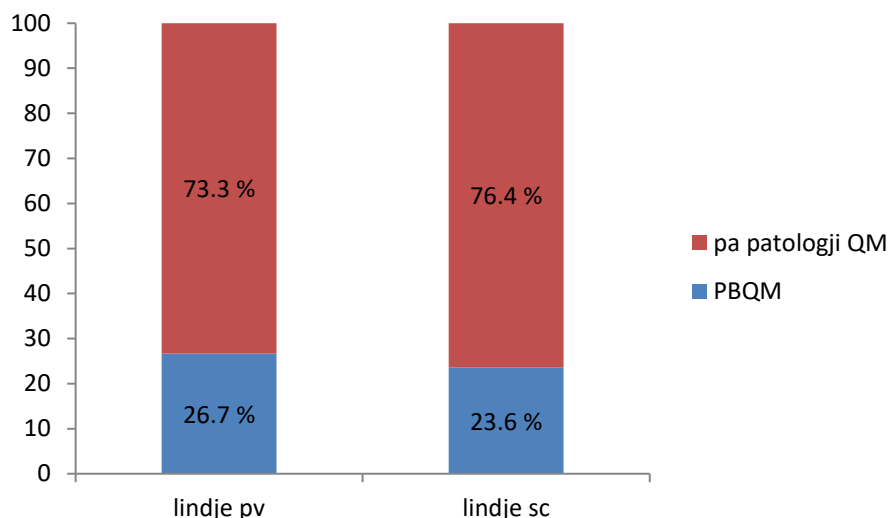


Figura 3. 16 Mënyra e lindjes

Nuk u pane ndryshime midis femrat të cilat kanë kryer kyretazhe uterine 198 me PBQM / 706 totali, krahasuar me ato që nuk kishin kryer kyretazhe uterine 379 me PBQM / 1394 totali, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR= 1.6, CI95%: 0.7-4.1).

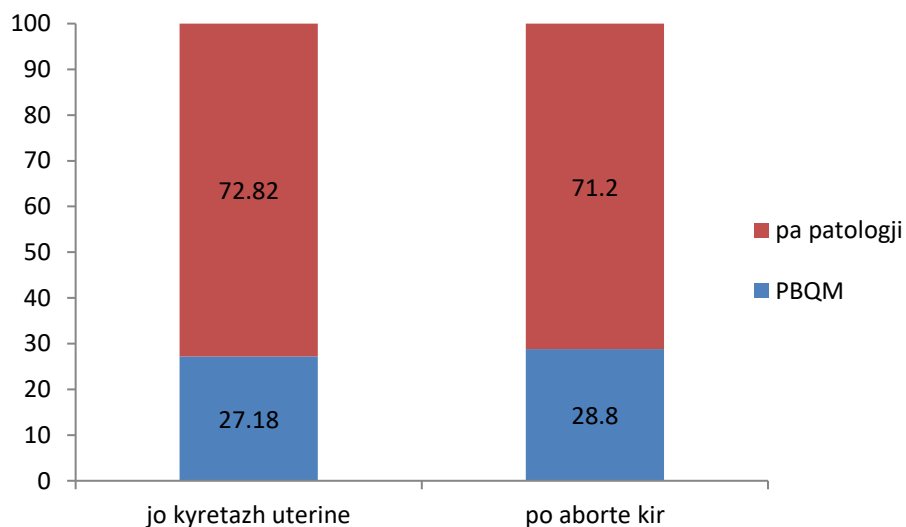


Figura 3. 17 Kyretazhe uterine

Pacientet të cilat kanë patur histori të IST 38 me PBQM / 105 pa patologji te QM kane risk 1.3 here me te larte se ato që nuk kane pasur histori te IST 539 me PBQM / 1995 pa patologji te QM, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=2.8, CI95%:1.6 - 9.2)

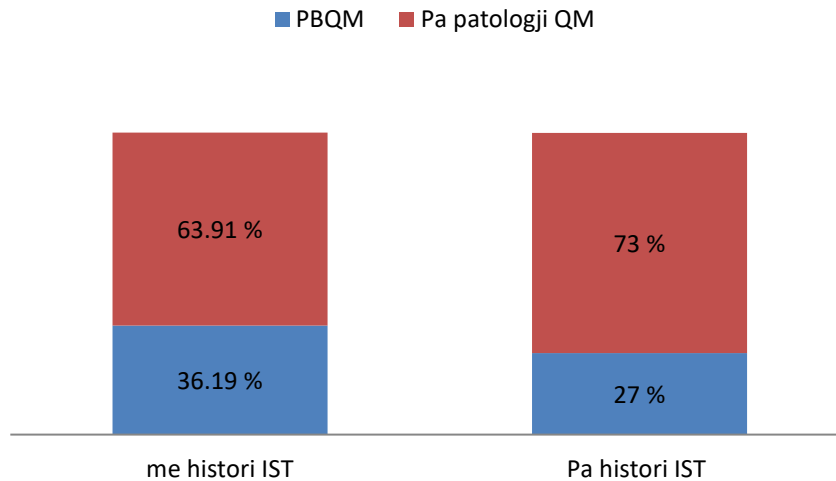


Figura 3. 18 Histori për IST

Pacientet të cilat përdorin prezervativin 18 me PBQM / 152 pa PBQM kanë risk me te ulet per PBQM krahasuar me femrat të cilat nuk përdorin prezervativ 559 me PBQM / 1948 pa PBQM, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.6, CI95%:0.02 – 2.1)

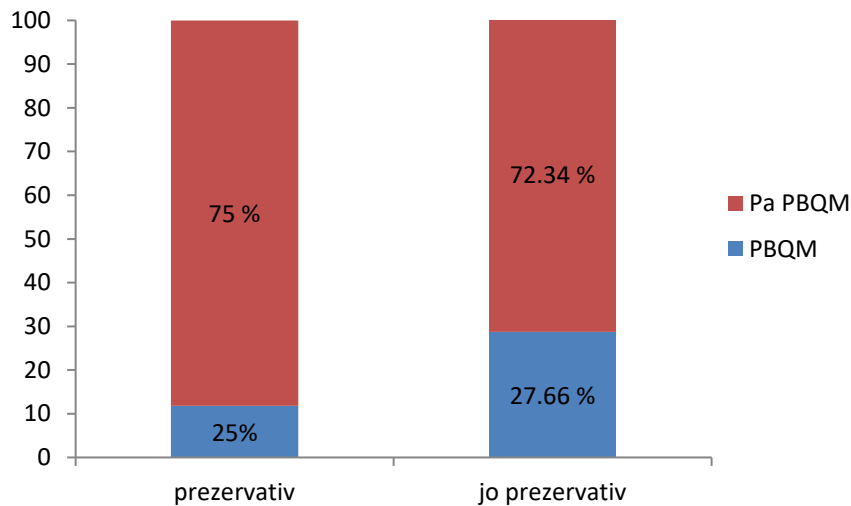


Figura 3. 19 Përdorimi i prezervativit

Gjate periudhes se studimit, ne nje total prej 1523 pacientje qe u konstatuan fillimisht pa PBQM, ne riezaminimin e bere gjate periudhes kohore te studimit u riparaqiten 837, por pozitiv per PBQM rezultuan 271 paciente. Ne keto kushte incidenca e PBQM u perllogarit 13%.

IV DISKUTIM

Në studim u intervistuan dhe u ekzaminuam 2100 femra nga mosha 16-70 vjeç, ku mosha mesatare e tyre 42.3. Nga te gjitha vizitat, u krahasuan karakteristikat e 577 grave që u diagnostikuan me PBQM me ato që nuk kishin keto patologji.

Ato u ndanë sipas grupmoshave përkatëse, ku;

- 15-24 vjeç përbënin 3.8%, - 25- 34 vjeç përbënin 24.1%, - 35-44 vjeç përbënin rreth 46%, - 45-54 vjeç përbënin 13%, - 55-65 vjeç përbënin rreth 9%, dhe - mbi 65 vjeç përbënin rreth 4.2%, të femrave të përfshira në këtë studim.

Të kategorizuara sipas vendbanimit u vu re së shumica e tyre 69% jetonin në zona urbane dhe 31% jetonin në zona rurale. Pjesëmarrëset u pyetën në lidhje me statusin civil të tyre dhe rezultoi se 88% e tyre ishin të martuara ndërsa 12% ishin beqare. Gjithashtu të pyetura për shkallën e edukimit ato u përgjigjën se; me arsim të ulët (8 vjeçar) ishin 9%, me arsim të mesëm ishin 58.1% dhe me arsim të lartë ishin 32.9%. Të kategorizuara sipas nivelit ekonomik 7% përfshihen në grupin me nivel të ulët, 72% tek ai i mesëm dhe vetëm 21% kishin një gjendje të mirë ekonomike.

Tek pyetjet me karakter më specifik në lidhje me moshën e fillimit të menarkës dhe të raportit seksual, rezultoi se mosha mesatare e fillimit të menarkës ishte 13.5 vjeç (me një devacion standart prej 2.4 vitesh), ndërsa rreth 82.5% e të intervistuarave kishin kryer kontaktin e parë seksual mbi 18 vjeç dhe vetëm 17.5 % e tyre e kishin filluar nën 18 vjeç (63-67). Të pyetura në lidhje nëse kishin patur shtatëzani ose jo, rreth 86.7% e femrave kishin kaluar një shtatëzani ndërsa 13.3% jo. Tek gratë që kishin kaluar shtatëzani, 29% rezultuan primipare dhe 59% multipare. Gjithashtu, 43.3% kishin kryer sectio cesarea 56.7% kanë kryer lindje vaginale. Të dhënat mbi rastet e kyretazhit uterin, 34.3% paciente kishin kryer krer kyretazh uterine ndërsa 65.7% nuk kishin kryer kyretazh. Gjatë studimit, 13.1% të pacienteve të intervistuarave ishin aktualisht në periudhën e menopauzës dhe pjesa tjetër 86.9% ishin në periudhën riprodhuese. Në lidhje me historikun e sëmundjeve të ndryshme të intervistuarat raportuan se 6.58% kanë pasur histori të mëparshme të IST, ndërsa 93.5% nuk kanë raportuar histori të mëparshme të IST. Gjetjet e studimit tone janë te ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (68-72).

Në studim u përfshinë pyetje edhe pyetje që lidheshin me mënyrën e ushqyerjes, përdorjes së mjeteve mbrojtëse dhe sjelljes seksuale. Në këtë kategori u përfshi pesha e pacienteve, ku rezultoi se pjesa më e madhe rreth 62.5% kishin probleme me mbipeshën ndërsa 37.5% e pacienteve kishin peshe normale. Gjithashtu, në këtë kategori pyetjesh përfshiheshin duhanpirja, nga ku rezultoi se 90.8% nuk pinin duhan ndërkohë që 9.2% po, dhe konsumi i alkoolit ku përsëri pjesa më e madhe 90.6% nuk e konsumonin në mënyrë të rregullt atë dhe 9.4% po. Gjetjet e studimit tone janë të ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (73-77).

Pyetjes në lidhje me përdorimin e kontraceptivëve orale në 72.4% të rasteve u përgjigjën që nuk i përdornin ato dhe 27.6% ishin përdoruese të tyre. Ndërkohë që 3.1% përdornin terapi hormonale jo kontraceptive ndërsa (96.9%) nuk përdornin terapi hormonale. Gjithashtu, vetëm 22% e tyre përdornin rregullisht prezervativin ndërsa 88% jo. Të pyetura për numrin e partnerëve seksualë, 14 % e pacienteve raportuan se kishin patur më shumë se 2 partnerë seksualë, ndërkohë që 86% e tyre kishin më pak ose 2 partnerë seksualë. Gjetjet e studimit tone janë të ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (78-82).

Të pyetura në lidhje me simptomat dhe shqetësimet e lidhura me vaginën, të intervistuarat u përgjigjën se 32.1% kishin sekrecione vaginale anormale, 28.9% e tyre nuk kishin ankesa, por erdhen në spital për ekzaminim rutine, Dispareuni kishin 3.1% e tyre, 2% kishin condyloma vaginale; 10.9% kishin spotting vaginal, hemoragji postcoitus; 3.1% kishin dispareuni; 1% kishin prurit, skuqje, edeme vulvare. Në 72.53% të rasteve nuk kishin patologji ndërsa në 27.47% kishin patologji beninje. Gjetjet e studimit tone janë të ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (83-86).

Tek gratë para menopauzës risku për PBQM është 2.7 herë më i lartë sesa tek gratë pas menopauzës. Gjetjet e studimit tone janë të ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (87-90).

Pas shqyrtimit të të dhenave që lidheshin me ekzaminimin e pacienteve u vu re se 72.5% e tyre ishin pa patologji; Polipe cervikale kishin 101 dhe fibromyoma cervikale 9 ishin 5.2% e gjithë rasteve në studim; 1 % ishin me Kist Naboti dhe laceracione (17+6); 2 paciente rezultuan me anomali congenitale (septum cerikal vertikal) (91-93).

Gjithashtu të dhënat u kategorizuan edhe duke koreluar moshën me sëmundjen e të intervistuarave. Si rrjedhojë u vu re se tek grupmosha 15- 24 vjeç, (12/22) 59% kishin infeksione bakteriale dhe pjesa tjetër (9/22) 41% kishin condyloma vulve. Gjetjet e studimit tone janë të ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (94-98).

Në grupmoshën 25-34 vjeç: (88/139) 63.3% kishin infeksione bakteriale, (25/139) 17% ishin cervicite të diagnostikuara me citologji (2/139) 1.43% prej femrave kishin condyloma, (5/139) 3.6% kishin myoma cervikale, (3/139) 0.7% kishin laceracione, (4/139) 4% kishin kist Naboti, (12/139) 8.6% kishin polipe cervikale, (10/139) 7.1% kishin ASCUS. Pjesa tjetër ishin cervicite të diagnostikuara në citologji. Gjetjet e studimit tone janë të ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (99-102).

Në grupmoshën 35- 44 vjeç u vu re se (96/266) 36% kishin infeksione bakteriale, cervicite u konstatuan në (154/266) 58% mes femrave të PBQM të kësaj grupmoshe. (2/266) 0.8% kishin laceracione, (7/266) 2.6% kishin kiste Naboth, (65/266) 24% kishin polipe ndërsa, (14/266) 5.2% kishin ASCUS.

Në grupmoshën 45-54 vjeç, (5/75) 6.7 % e PBQM ishin infeksione bakteriale, (41/75) 54.7% ishin cervicite, (6/75) 8% kishin kiste Naboth, (2/75) 2.7% kishin myomë cervikale, (23/75) 30.6% kishin polipe cervikale , (5/75) 6.7% kishin ASCUS.

Në grupmoshën 55-65 vjeç, (27/52) 52% rezultuan me atrofi cervikale, (2/52) 3.9% kishin myoma cervikale, (3/52) 5.8% kishin polipe cervikale, 1/52) 1.9% rezultoi me ASCUS, (2/52) 3.8% kishin myoma cervikale,

Ndërkohë që të gjitha pacientet 100% e moshës > 65 vjeç 24/24 kishin atrofi cervikale.

Gjithashtu u analizua prevalenca e rasteve ndër vite ku; në vitin 2010 u diagnostikuan 28% e pacienteve me PBQM; në vitin 2011, u diagnostikuan 27% e pacienteve gjinekologjike me PBQM; në vitin 2012, 29% , në vitin 2013, 26.5% dhe në vitin 2014, 26%, Në periudhën 2010-2014 prevalenca e PBQM ishte 27.4%. Nuk ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis viteve të studimit.

Gjithashtu, tek ato paciente që kishin patur kontaktin e parë pas moshës 18 vjeç ka më pak gjasa për të patur patologji beninje krahasuar me femrat që kishin patur kontaktin e parë në moshën më të vogël se 18 vjeç (103-107).

Po ashtu, gjasa për tu prekur nga patologji beninje kishin grate që kishin lindur (1.9 herë me shumë se sa gratë nulipare). Femrat primipare kishin 1.2 herë më shumë gjasa për shfaqje të patologjive beninje krahasuar me femrat nulipare. Pacientet multipare kanë 2.9 herë më shumë gjasa për tu prekur nga patologji beninje krahasuar me pacientet nulipare. Lehtësisht pak gjasa për tu prekur nga patologjitë beninje kanë ato femra që kanë kryer sectio cesarea krahasuar me femrat që nuk kanë kryer lindje vaginale. Ndërsa femrat që kanë kryer kyretazhe uterine kanë lehtësisht më shumë gjasa për tu prekur nga patologjitë beninje krahasuar me femrat që nuk kanë kryer kyretazhe uterine. Gjetjet e studimit tona janë të ngjashme me studime të tjera të raportuara në literaturë (108-112).

Pacientet me histori me IST, kanë 1.34 herë më shumë gjasa për PBQM krahasuar me pacientet të cilat nuk kanë patur histori të tilla, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm.

Pacientet që përdorin prezervativ kanë më pak gjasa të preken nga patologji beninje krahasuar me pacientet të cilat nuk përdorin.

V PERFUNDIME

Mosha mesatare e pjesëmarrëseve të përfshirë në këtë studim është 42.3 (11.4) me rang 16 - 70 vjeç.

Mbizoteron grupmosha 25-34 vjeç, gjendja ekonomike e mesme, pacientet nga zona urbane dhe me aresim te mesem

Mosha mesatare e menarkës së parë ishte 13.5 (± 2.4) vjeç.

Shumica e pacienteve (86.7%) kishin lindur femije dhe 66% e nuk kishin kryer lindje cesariane.

Kyretazh uterin kane kryer (24.2%) e pacienteve, (6.5%) e tyre kanë raportuar histori të mëparshme të IST.

62.5% e tyre ishin mbipeshë, (9.1 %) ishin duhanpirëse, (0.1%) konsumonin alkool.

27.6% përdornin kontraceptive orale, 14 % paciente kishin patur më shume se 2 partnerë dhe 22% e përdornin rregullisht prezervativin.

Sekrecione vaginale (23.1), diskomfort pelvik (12%), dhimbje gjatë coitus (5%) ishin shenjat dhe simptomat klinike me te shpeshta.

Prevalenca e patologjive beninje rezultoi 27.47%.

Incidenca e patologjive beninje rezultoi 13%.

Prevalenca e patologjive beninje eshte me e larte tek pacientet para menopauzes 23.8% krahasuar me 3.6%.

Duke perjashtuar atrofine cervikale postmenopauzes risku relativ per keto patologji tek grate para menopauzes eshte 27 here me i larte sesa tek grate pas menopauses, me ndryshim statistikisht te rendesishem ndermjet tyre.

Përcaktimi i incidencës së patologjive beninje të qafës së mitrës. Diagnoza dhe trajtimi.

Patologjite me te shpeshta ne 2100 pacientet qe kryen ekzmainim gjinekologjik ishin:

- Cervicite+ASCUS 13.8%
- Infeksione bakteriale e ST, condyloma 9%
- Polipe+Myoma cervikale 5.2%
- Kist Naboti+laceracione 1%

Incidenca e patologjive sipas viteve te studimit varion nga 26% ne 29%.

Faktoret e riskut per keto patologji u gjeten: shtatezania, multipariteti dhe historia e IST

U gjet perputhshmeri shume e larte ndermjet vleresimit te autorit dhe kolegut.

VI REKOMANDIME

Zbulimi dhe trajtimi i hershem i patologjive beninje te cerviksit ne menyre qe te trajtohen ne kohe.

Diagnoza dhe menaxhimi i tyre kërkon një kombinim ekzaminimesh duke përfshirë:

- ekzaminimin fizik
- vlerësimet laboratorike kultura, pap teste
- kolposkopine e biopsite

Epiteli normal i qafes se mitrës ndryshon gjatë gjithë jetës, dhe të kuptuarit e ketij tranzicioni është i rëndesishem për diagnozën e ndryshimeve ne qafën së mitrës.

VII BIBLIOGRAFIA

1. Edmonds D K (Ed); Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology, 8th Edition (2012). John Wiley & sons.
2. Standards for the management of sexually transmitted infections; British Association for Sexual Health (BASHH) and HIV and Medical Foundation for HIV & Sexual Health (MEDFASH) (January 2014)
3. Bates CK, Carroll N, Potter J; The challenging pelvic examination. *J Gen Intern Med.* 2011 Jun;26(6):651-7. doi: 10.1007/s11606-010-1610-8. Epub 2011 Jan 12.
4. Griffith WF, Stuart GS, Gluck KL, et al; Vaginal speculum lubrication and its effects on cervical cytology and microbiology. *Contraception.* 2005 Jul;72(1):60-4.
5. Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, et al; Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2012 Oct;38(4):214-20. doi: 10.1136/jfprhc-2012-100378.
6. Casey PM, Long ME, Marnach ML; Abnormal cervical appearance: what to do, when to worry? *Mayo Clin Proc.* 2011 Feb;86(2):147-50; quiz 151. doi: 10.4065/mcp.2010.0512. Epub 2011 Jan 26.
7. Stamatellos I, Stamatopoulos P, Bontis J; The role of hysteroscopy in the current management of the cervical polyps. *Arch Gynecol Obstet.* 2007 Oct;276(4):299-303. Epub 2007 Jul 25.
8. Berzolla CE, Schnatz PF, O'Sullivan DM, et al; Dysplasia and malignancy in endocervical polyps. *J Womens Health (Larchmt).* 2007 Nov;16(9):1317-21.
9. Management of Cervical Polyps; NHS Scotland. Gynaecology Patient Pathways Service Standards for Resuscitation in Sexual & Reproductive Health Services; Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare, January 2013
10. Yokota N, Yoshida H, Sakakibara H, et al; A severe vaginal hemorrhage caused by cervical endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jul;199(1):e12-3.
11. Yang K, Li J, Liu Y, et al; Microwave therapy for cervical ectropion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Oct 17;(4):CD006227.
12. Polyzos NP, Zavos A, Valachis A, et al; Misoprostol prior to hysteroscopy in premenopausal and post-menopausal women. A systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2012 Jul;18(4):393-404. doi: 10.1093/humupd/dms014. Epub 2012 Apr 27.
13. Lusk MJ, Konecny P; Cervicitis: a review. *Curr Opin Infect Dis.* 2008 Feb;21(1):49-55.

14. Sexually Transmitted Infections in Primary Care; Royal College of General Practitioners and British Association for Sexual Health and HIV (Apr 2013)
15. Shaw RW, Luesly D, Monga A; Gynaecology (4th ed), 2011, Churchill Livingstone
Alfirevic Z, Stampalija T, Roberts D, et al; Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Apr 18;4:CD008991. doi: 10.1002/14651858.CD008991.pub2.
16. Fox NS, Chervenak FA; Cervical cerclage: a review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv.* 2008 Jan;63(1):58-65.
17. Debbs RH, DeLa Vega GA, Pearson S, et al; Transabdominal cerclage after comprehensive evaluation of women with previous unsuccessful transvaginal cerclage. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Sep;197(3):317.e1-4.
18. Liddell HS, Lo C; Laparoscopic cervical cerclage: a series in women with a history of second trimester miscarriage. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008 May-Jun;15(3):342-5. Epub 2008 Mar 20.
19. Oppelt P, vonHave M, Paulsen M, Strissel PL, Strick R, Brucker S, et al. Female genital malformations and their associated anomalies. *Fertil Steril.* Feb 2007. 87:335-42. [Medline].
20. Lai TH, Wu MH, Hung KH, Cheng YC, Chang FM. Successful pregnancy by transmyometrial and transtubal embryo transfer after IVF in a patient with congenital cervical atresia who underwent uterovaginal canalization during Caesarean section: case report. *Human Reprod.* Feb 2001. 16:268-71. [Medline].
21. Khalbuss WE, Michelow P, Benedict C, Monaco SE, Pantanowitz L. Cytomorphology of unusual infectious entities in the Pap test. *Cytojournal.* 2012. 9:15. [Medline]. [Full Text].
22. Van Der Pol B, Kraft CS, Williams JA. Use of an adaptationi of a commercially available PCR assay aimed at the detection of chlamydia and gonorrhea to detect *Trichomonas Vaginalis* in urogenital specimens. *J Clin Microbiol.* Feb 2006. 44:366-73. [Medline].
23. Marcone V, Recine N, Gallinelli C, Nicosia R, Lichtner M, Degener AM, et al. Epidemiology of *Chlamydia trachomatis* endocervical infection in a previously unscreened population in Rome, Italy, 2000 to 2009. *Euro Surveill.* 2012 Jun 21. 17(25):[Medline].
24. Jaton K, Billie J, Greub G. A novel real-time PCR to detect *Chlamydia trachomatis* in first void urine or genital swab. *J Med Microbiol.* Dec 2006. 55:1667-74. [Medline].

25. U.S. Preventive Task Force. Screening for chlamydia infections. U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* July 2007. 147:128-34. [Medline].
26. CDC, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006. *MMWR Recomm Rep.* 2006 Aug 4. 55(RR-11):1-94. [Medline]. [Full Text].
27. CDC. Update to CDC's sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006: fluoroquinolones no longer recommended for treatment of gonococcal infections. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2007 Apr 13. 56(14):332-6. [Medline]. [Full Text].
28. Kjaer SK, van den Brule AJ, Paull G, et al. Type specific persistence of high risk human papillomavirus (HPV) as indicator of high grade cervical squamous intraepithelial lesions in young women: population based prospective follow up study. *BMJ.* 2002 Sep 14. 325(7364):572. [Medline].
29. Reid R, Crum CP, Herschman BR, et al. Genital warts and cervical cancer. III. Subclinical papillomaviral infection and cervical neoplasia are linked by a spectrum of continuous morphologic and biologic change. *Cancer.* 1984 Feb 15. 53(4):943-53. [Medline].
30. Bansal M, Zhao C. Prevalence of High-Risk Human Papillomavirus in Women With Abnormal and Normal Vaginal ThinPrep Papanicolaou Cytology. *J Low Genit Tract Dis.* 2011 Apr. 15(2):105-9. [Medline].
31. Malik H, Khan FH, Ahsan H. Human papillomavirus: current status and issues of vaccination. *Arch Virol.* 2013 Sep 11. [Medline].
32. No authors listed. Human papillomavirus vaccine for genotypes 6,11,16 and 18: new drug. Cervical cancer prevention: high hopes. *Prescrire Int.* June 2007. 16:91-4. [Medline].
33. Approval Letter - Gardasil. FDA. Available at <http://www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm186991.htm>. Accessed: October 25, 2009.
34. Full Prescribing Information - Cervarix. Available at http://us.gsk.com/products/assets/us_cervarix.pdf. Accessed: October 25, 2009.
35. Parental acceptance of Human Papillomavirus Vaccine. Lenselink CH, Gerrits MM, Melchers WJ, Massauger LP, van Hamont D, Bekkers RL. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Mar 2007. [Medline].

36. Committee opinion no. 467: human papillomavirus vaccination. *Obstet Gynecol.* 2010 Sep. 116(3):800-3. [Medline].
37. [Guideline] ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. No. 82 June 2007. Management of herpes in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007 Jun. 109(6):1489-98. [Medline].
38. Shidham VB, Rao RN, Machi J, Shayan A. Microglandular hyperplasia has a cytomorphological spectrum with atypical squamous cells cannot exclude high grade squamous inreaepithelial lesion (ASC-H). *Diagn Cytolathol.* Jan 2004. 30:57-61. [Medline].
39. Taube ET, Frangini S, Caselitz J, Chiantera V, Pahl S, Vercellino GF, et al. Ligneous cervicitis in a woman with plasminogen deficiency associated with an atypical form of microglandular hyperplasia: a case report and review of literature. *Int J Gynecol Pathol.* 2013 May. 32(3):329-34. [Medline].
40. Phadins SV, Doshi JS, Ogunnalke O, Coady A, Padwick M, Sanusi FA. Cervical endometriosis: a diagnostic and management dilemma. *Arch Gynecol Obstet.* Oct 2005. 272:289-93. [Medline].
41. Haberal A, Cil AP, Gunes M, Cavusoglu D. Papillary adenofibroma of the cervix: A case report. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Aug 2005. 26:186-7. [Medline].
42. Gupta R. Singh S, Nigam S, Khurana N. Benign vascular tumors of the female genital tract. *Int J Gynecol Cancer.* May-June 2006. 16:1195-2000. [Medline].
43. Jeng CJ, Ko ML, Shen J. Transvaginal ultrasound-guided treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol.* May 2007. 109:1076-82. [Medline].
44. Xu B, Wang TX, Zhang YH, Wang S, Yang L, Dai SZ. Angiographic uterine artery embolization followed by immediate curettage: an efficient treatment for controlling heavy bleeding and avoiding recurrent bleeding in cervical pregnancy. *Obstet Gynecol Res.* Apr 2007. 33:190-4. [Medline].
45. Vahid Dastjerdi M, Ahmari S, Alipour S, Tehranian A. The comparison of plasma D-dimer levels in benign and malignant tumors of cervix, ovary and uterus. *Int J Hematol Oncol Stem Cell Res.* 2015 Jul 1. 9(3):107-11. [Medline].
46. Guo SW. Endometriosis and ovarian cancer: potential benefits and harms of screening and risk-reducing surgery. *Fertil Steril.* 2015 Oct. 104(4):813-30. [Medline].
47. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg* 2008;196:207-12.
48. Zhu L, Lang J, Wang H, et al. Presentation and management of perineal endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105:230-2.

49. Zhao X, Lang J, Leng J, Liu Z, Sun D, Zhu L. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;90:218-22.
50. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004;364:1789-99.
51. Phadnis SV, Doshi JS, Ogunnaike O, Coady A, Padwick M, Sanusi FA. Cervical endometriosis: a diagnostic and management dilemma. *Arch Gynecol Obstet* 2005;272:289-93.
52. Wong FW, Lim CE, Karia S, Santos L. Cervical endometriosis: case series and review of literature. *J Obstet Gynaecol Res* 2010;36:916-9.
53. Balachandran I, Gerber M. Presentation of endometriosis of the cervix in cervical smear: a case report and review of literature. *J Low Genit Tract Dis* 2002;6:162-6.
54. Selo-Ojeme D, Freeman-Wang T, Khan NH. Post-coital bleeding: a rare and unusual presentation of cervical endometriosis. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273:370-3.
55. Doshi J, Doshi S, Sanusi FA, Padwick M. Persistent post-coital bleeding due to cervical endometriosis. *J Obstet Gynaecol* 2004;24: 468-9.
56. Gardner HL. Cervical and vaginal endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1966;9:358-72.
57. Ismail SM. Cone biopsy causes cervical endometriosis and tuboendometrioid metaplasia. *Histopathology* 1991;18:107-14.
58. Vinatier D, Orazi G, Cosson M, Dufour P. Theories of endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;96:21-34.
59. Sharpe-Timms KL. Defining endometrial cells: the need for improved identification at ectopic sites and characterization in eutopic sites for developing novel methods of management for endometriosis. *Fertil Steril* 2005;84:35-9.
60. Al-Jefout M, Andreadis N, Tokushige N, Markham R, Fraser I. A pilot study to evaluate the relative efficacy of endometrial biopsy and full curettage in making a diagnosis of endometriosis by the detection of endometrial nerve fibers. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197: 578.e1-4.
61. <http://www.instat.gov.al/al/themes/niveli-i-jetes%C3%ABs.aspx>
62. WHO, Tobacco and Alcohol use

63. Kwek JW, H'ng MW, Chew SH, Tay EH. Florid polypoid endometriosis of the cervix with left ureteric obstruction: a mimic of cervical malignancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36:252-4.
64. Félix A, Nogales FF, Arias-Stella J. Polypoid endometriosis of the uterine cervix with Arias- Stella reaction in a patient taking phytoestrogens. *Int J Gynecol Pathol* 2010;29:185-8.
65. Selo-Ojeme DO, Sohaib SA, Ind TI, Oram DH, Reznek H. Endometriosis mimicking advanced cervical cancer on magnetic resonance imaging. *Clin Radiol* 2001;56:997-9.
66. Iwase A, Goto M, Kurotsuchi S, Harata T, Kaseki S, Kikkawa F. Successful management of a massive hemorrhage due to rupture of cystic cervical endometriosis by a loop electroexcision procedure. *Fertil Steril* 2008;89: 991.e13-991.e15.
67. Omoniyi-Esan OG, Osasan SA, Ojo OS. Non-neoplastic diseases of the cervix in Nigeria: A histopathological study. *Afr Health Sci* 2006; 6: 76-80.
68. Bosch FX, Lorinez A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relationship between human papilloma virus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002; 55: 244-65.
69. Hausen HZ, Papilloma viruses and cancer basic studies to clinical application, *Nat Rev*, 2002; 2: 342.
70. Panday K, Bhagoliwal AJ, A cancer cervix need for mass surveillance program specially in rural areas, *Obstet gynecol India*,2005; 55(5): 436-439.
71. Wright Ct, Ferenczy A. Benign diseases of the cervix. In: Kurman RT editor. *Blaustein's Pathology of female genital tract*.5th ed. New Delhi: Springer Verlag; 2002.Pg.225-252.
72. Craig P.Lowe D. Non-neoplastic lesions of the cervix.In: Fox H.Well M.editors. *Haines and Taylor: Obstetrical and Gynaecological pathology*.5th ed.Edinburgh: Churchill Livingstone; 2003 page 273-96.
73. Juan Rosai; *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*. 10th ed, St.Louis, Mosby, 2011; 1439.
74. Harold Fox, Michael Wells; *Haines and Taylor Obstetrical and Gynaecological pathology*. 5th ed, Churchill Livingstone, Edinburgh, 2003; 255.
75. John DB, Marilyn G; *Theory and Practice of Histological Techniques*. 6th ed, Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia, 2008:121-34.

76. Benedet JL, Maticic JP, Bertrand MA. An analysis of 84244 patients from the British Columbia cytology-colposcopy program. *Gynecol Oncol.* 2004;92(1):127-134.
77. Kyrgiou M, Tsoumpou I, Vrekoussis T, et al. The up-to-date evidence on colposcopy practice and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: the Cochrane colposcopy & cervical cytopathology collaborative group (C5 group) approach. *Cancer Treat Rev.* 2006;32(7):516-523.
78. Jeronimo J, Schiffman M. Colposcopy at a crossroads. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(2):349-353.
79. Apgar BS, Brotzman GL, Spitzer M. *Colposcopy Principles and Practice: An Integrated Textbook and Atlas.* 2nd ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2008.
80. Massad LS, Collins YC. Strength of correlations between colposcopic impression and biopsy histology. *Gynecol Oncol.* 2003;89(3):424-428.
81. Zuchna C, Hager M, Tringler B, et al. Diagnostic accuracy of guided cervical biopsies: a prospective multicenter study comparing the histopathology of simultaneous biopsy and cone specimen. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(4):321.e1-e6.
82. Jeronimo J, Massad LS, Schiffman M; National Institutes of Health/ American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (NIH/ASCCP) Research Group. Visual appearance of the uterine cervix: correlation with human papillomavirus detection and type. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(1):47.e1-e8.
83. Massad LS. More is more: improving the sensitivity of colposcopy. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):246-247.
84. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, et al.; 2012 ASCCP Consensus Guidelines Conference. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(5 suppl 1):S1-S27.
85. Gage JC, Hanson VW, Abbey K, et al.; ASCUS LSIL Triage Study (ALTS) Group. Number of cervical biopsies and sensitivity of colposcopy. *Obstet Gynecol.* 2006;108(2):264-272.
86. Pretorius RG, Belinson JL, Burchette RJ, Hu S, Zhang X, Qiao YL. Regardless of skill, performing more biopsies increases the sensitivity of colposcopy. *J Low Genit Tract Dis.* 2011;15(3):180-188.
87. Massad LS, Collins YC. Using history and colposcopy to select women for endocervical curettage. Results from 2,287 cases. *J Reprod Med.* 2003;48(1):1-6.

88. Zahn CM, Rao LK, Olsen C, Whitworth SA, Washington A, Crothers BA. Reproducibility of endocervical curettage diagnoses. *Obstet Gynecol.* 2011;118(2 pt 1):240-248.
89. Gage JC, Duggan MA, Nation JG, Gao S, Castle PE. Detection of cervical cancer and its precursors by endocervical curettage in 13,115 colposcopically guided biopsy examinations. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(5):481.e1-e9.
90. Nuovo J, Melnikow J, Willan AR, Chan BK. Treatment outcomes for squamous intraepithelial lesions. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000;68(1):25-33.
91. Castle PE, Kreimer AR, Wacholder S, et al. Influence of loop electrosurgical excision procedure on subsequent acquisition of new human papillomavirus infections. *J Infect Dis.* 2009;199(11):1612-1620.
92. Miroschnichenko GG, Parva M, Holtz DO, Klemens JA, Dunton CJ. Interpretability of excisional biopsies of the cervix: cone biopsy and loop excision. *J Low Genit Tract Dis.* 2009;13(1):10-12.
93. Paraskevaïdis E, Davidson EJ, Koliopoulos G, Alamanos Y, Lolis E, Martin-Hirsch P. Bleeding after loop electrosurgical excision procedure performed in either the follicular or luteal phase of the menstrual cycle: a randomized trial. *Obstet Gynecol.* 2002;99(6):997-1000.
94. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaïdis E. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2006;367(9509):489-498.
95. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoens C, et al. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. *BMJ.* 2008;337:a1284.
96. Bevis KS, Biggio JR. Cervical conization and the risk of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;205(1):19-27.
97. Kishor H. Suryawanshi, N.V.Dravid, Rajshri P.Damle, A.S.Gadre, Priya S Bagale, Neelam Ahire3. Evaluation of Pattern of Cervical Cytology in a Tertiary Care Hospital - A Four Years Study International Journal of Health Sciences & Research (www.ijhsr.org) Vol.3; Issue: 7; July 2013

98. S Dhanraj Reddy, M Sandhya Rani¹, K Srinivas Rao. Clinico-histopathologic study of nonneoplastic uterine cervical lesions. *International Journal of Medical Science and Public Health* | 2016 | Vol 5 | Issue 08
99. Jayadeep Garewal, Suman lata khatri, Veena Saxena, Dr.Sumit Gupta, Swati singh, Krishna Dubey. Clinicopathological Evaluation of Non-Neoplastic and Neoplastic Lesions of Uterine Cervix. *Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR)* Vol-2, Issue-4, 2016 ISSN: 2454-1362, <http://www.onlinejournal.in>
100. Mithila Bisht¹, Shweta Agarwal, Deepak Upadhyay. Utility of Papanicolaou test in diagnosis of cervical lesions: a study in a tertiary care centre of western Uttar Pradesh. *International Journal of Research in Medical Sciences Bisht M et al. Int J Res Med Sci. 2015 May;3(5):1070-1076* www.msjonline.org
101. Avind Pallipa dy, Sandya Illanthody, Rashmi Va idya, Zulfikar Ahmed, Rithin Suvarna, Gauri Metkar A Clinico-Morphological Spectrum of the Non Neoplastic Lesions of the Uterine Cervix at AJ Hospital, Mangalore. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2011 June, Vol-5(3): 546-550
102. Dreisler, S. Stampe Sorensen, P. H. Ibsen, G. Lose. Prevalence of endometrial polyps and abnormal uterine bleeding in a Danish population aged 20–74 years. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 33: 102–108 Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/uog.6259
103. Olutoyin. G. Omoniyi-Esan, Steven. A. Osasan, Olusegun. S. Ojo. Non-neoplastic diseases of the cervix in Nigerians : A histopathological study. *African Health Sciences* Vol 6 No 2 June 2006
104. R. B. Parkar, N. G. Thagana And D. Otieno. Laparoscopic Assisted Vaginal Hysterectomy For Benign Uterine Pathology: Is It Time To Change? *East African Medical Journal* May 2004
105. Deepa Hatwal, Neha Batra, ArvindKumar, Sheela Chaudhari, SachanBhatt. Spectrum of Nonneoplastic Lesions of Uterine Cervix in Uttarakhand. *National Journal of Laboratory Medicine.* 2016
106. Cristiana Simionescu¹, Cl. Mărgăritescu, Claudia Valentina Georgescu, L.

- Mogoantă, Alis Magda Marinescu. Pseudo-tumoral lesions of the cervix. *Romanian Journal of Morphology and Embryology* 2005, 46(3):239–247
107.
Ledy H.S. Oliveira, Maria L.G. Rosa), Claudia R.N. Pereira, Gentil A.L.B.M. Vasconcelos(, Roberta A. Silva, Tomás Z. Barrese, Maria O.O. Carvalho, Gabriela M. Abib Abi, Eliana M. Rodrigues, Silvia M.B. Cavalcanti Human Papillomavirus Status And Cervical Abnormalities In Women From Public And Private Health Care In Rio De Janeiro State, Brazil Ledy. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo* 48(5):279-285, September-October, 2006
108.
Krishna Dubey, Jayadeep Garewal, Naveen Kumar N, Raksha Sharma and Arpita. Histopathological study of Non Neoplastic lesion in cervix at tertiary center. *International Journal of Medical Research & Health Sciences*, 2016, 5, 2:42-49
109.
Kingnate C, Tangjitgamol S., Khunnarong J, Manusirivithaya S. Abnormal uterine cervical cytology in a large tertiary hospital in Bangkok metropolis: Prevalence, management, and outcomes. *Indian Journal of Cancer* | January-March 2016 | Volume 53 | Issue 1
110. I
Mansoor. Profile Of Cervical Smears Cytology In Western Region Of Saudi Arabia. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics Volume 1 Number 2*
111.
Caterina Morassutto, Lorenzo Monasta, Giuseppe Ricci, Fabio Barbone, Luca Ronfani Incidence and Estimated Prevalence of Endometriosis and Adenomyosis in Northeast Italy: A Data Linkage Study. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0154227 April 21, 2016
112.
Petra M. Casey, Margaret E. Long, and Mary L. Marnach, Abnormal Cervical Appearance: What to Do, When to Worry? *Mayo Clin Proc.* • February 2011;86(2):147-151 • doi:10.4065/mcp.2010.0512 • www.mayoclinicproceedings.com
113.
FN Nwachokor, GD Forae. Morphological spectrum of non-neoplastic lesions of the uterine cervix in Warri, South-South, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice* • Oct-Dec 2013 • Vol 16 • Issue 4
114.
Naveen Kumar. B.J. A Morphological spectrum of benign lesions of the uterine

- cervix at a tertiary care hospital in Tamilnadu. *Sch. J. App. Med. Sci.*, February 2016; 4(2A):343-348
115. Srivani Saravanan¹, Jonathan Arnold, Arul P. Histomorphological Spectrum Of Lesions Of The Cervix, A Retrospective Study In A Tertiary Care Hospital. *J Of Evolution Of Med And Dent Sci/ Eissn- 2278-4802, Pissn- 2278-4748/ Vol. 4/ Issue 59/ July 23, 2015*
116. Geni NL Camara, Daniela M Cerqueira, Ana PG Oliveira, Evandro O Silva, Luciano GS Carvalho, Cláudia RF Martins. Prevalence of Human Papillomavirus Types in Women with Pre-neoplastic and Neoplastic Cervical Lesions in the Federal District of Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Vol. 98(7): 879-883, October 2003
117. Mayada T.S. Younis a, Samina Iram b, Bilal Anwar c, Ayman A.A. Ewies d. Women with asymptomatic cervical polyps may not need to see a gynaecologist or have them removed: an observational retrospective study of 1126 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 150 (2010) 190–194
118. Seema Anushka Tirlapur · Adewale Adeyemo · Neil O’Gorman · Dan Selo-Ojeme. Clinico-pathological study of cervical polyps. *Arch Gynecol Obstet* (2010) 282:535–538
119. Edi Brogi, M.D., Ph.D. Rosemary Tambouret, M.D. Debra A. Bell, M.D. Classification of Benign Endometrial Glandular Cells in Cervical Smears from Postmenopausal Women. 2002 American Cancer Society
120. Shauna Casey & W Glenn McCluggage. Adenomyomas of the uterine cervix: report of a cohort including endocervical and novel variants. *Histopathology* 2015, 66, 420–429. DOI: 10.1111/his.12546
121. David C Wilbur. Practical issues related to uterine pathology: in situ and invasive cervical glandular lesions and their benign mimics: emphasis on cytology–histology correlation and interpretive pitfalls. *Modern Pathology* (2016) 29, S1–S11
122. *Joseph C. Wildenberg*. US of the Nongravid Cervix with Multimodality Imaging Correlation: Normal Appearance, Pathologic Conditions, and Diagnostic Pitfalls RG • Volume 36 Number 2 2015

123.

W Glenn McCluggage. New developments in endocervical glandular lesions. *Histopathology* 2013, 62, 138–160. DOI: 10.1111/his.12012

124.

Shu Wang, MD, PhD; Xiao Chuan Li, MD, PhD; Jing He Lang, MD. Cervical endometriosis: clinical character and management experience in a 27-year span. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* NOVEMBER 2011

Abstrakt

Hyrje: Shumica e patologjive të qafës me mitrës janë beninje pa anomali citologjike neoplazike dhe nuk përbejnë përbejnë rrezik jete për pacientet, megjithatë krijojnë shqetësime dhe nëse zgjasin e nuk trajtohen si duhet ulin cilësinë e jetës së pacientëve. Ndërsa disa lëziona të tjera kërkojnë një investigim të mëtejshëm. Qëllimi i studimit është vlerësimi i prevalencës dhe incidencës së patologjive beninje të qafës së mitrës.

Materiali dhe metoda: Ky është një studim prospektiv i kryer në Departamentin e Obstetrikës dhe Gjinekologjisë, të Spitalit Hygeia në Tiranë gjatë periudhës 2010-2014. Në studim u përfshinë 2100 pacientë të cilave ju mor një histori mjekësore e detajuar lidhur me të dhënat sociodemografike, klinike, historia gjinekologjike dhe e stilit të jetës.

Rezultate: Moshë mesatare e pjesëmarrësve në këtë studim është 42.3 (11.4) me rang 16-70 vjeç. Patologji janë gjetur edhe në rastet kur pacientet nuk paraqisnin ankesa (29%). Ankesat kryesore ishin sekrecionet vaginale anormale (32.1%), spotting/hemoragji postcoitus (11%), dispareuni (5%), prurit/eriteme/edeme vulvare (1%), ankesa të tjera jospesifike (22%). Prevalenca e patologjive beninje rezultoi 27.47% (95%CI: 29.7 – 37.6). Faktorët e riskut për këto patologji u gjetën multipariteti (OR=2.9, 95% CI:1.7- 5.0) p<0.01 dhe histori e IST (OR=2.8, 95% CI:1.6 - 9.2), p<0.01. Prevalenca e patologjive të qafës së mitrës sipas viteve të studimit varion nga 26% në 29%. Incidenca e patologjive beninje gjatë viteve të studimit rezultoi 13%.

Perfundim: Patologji të qafës së mitrës mund të jenë të dukshme me sy me ekzaminim me speculum, ose pas kulturave mikrobiologjike të sekrecioneve cerviko-vaginale, ose nëpërmjet citologjisë në Pap test ose biopsisë së marrë gjatë kolposkopisë. Diagnoza dhe menaxhimi i tyre kërkon një kombinim ekzaminimesh duke përfshirë kolposkopinë, ekzaminimin fizik, ekografine transvaginale dhe vlerësimet laboratorike mikrobiologjike e citologjike. Epiteli normal i qafës së mitrës ndryshon gjatë gjithë jetës, dhe të kuptuarit e këtij tranzicioni është vendimtar për diagnozën e ndryshimeve në qafën së mitrës.

Fjalë kyçe: qafa e mitrës, patologji beninje, diagnozë, prevalencë, incidence.

Fusha: Obstetrikë-gjinekologji

Abstract

Introduction: Most of cervical lesions are benign, without neoplastic cytological abnormalities and are no life threatening for the patients (with few exceptions), however they are often cause of complains from the patients and if not treated properly they might cause low life quality. Some other lesions require a further investigation. The aim of the study is to assess the prevalence of benign pathologies of the cervix. The incidence is impossible to assess since there are no enough data about these pathologies in so far.

Materials and Methods: This was a prospective study conducted in the Department of Obstetrics and Gynaecology, the Hygeia Hospital in Tirana during 2010-2014. The study involved 2100 patients. Detailed data of their medical history associated with socio-demographic, clinical, gynecological history and lifestyles were analysed.

Results: The average age of participants in this study was 42.3 (11.4) with the range 16-70 years. Benign pathologies of the uterine cervix are diagnosed even when patients do not have any complains (29%). The main complains were abnormal vaginal discharge (32.1%), vaginal spotting/postcoitus vaginal bleeding (11%), dyspareunia (5%), vulvar pruritus/erythema/edema (1%), other non specific complains (22%). The prevalence of benign pathologies resulted in 27.47% (95% CI: 29.7 - 37.6). Risk factors for these pathologies were found multiparity (OR = 2.9, 95% CI: 1.7- 5.0) p <0.01 and history of STD (OR = 2.8, 95% CI: 1.6 - 9.2), p <0.01.

The prevalence of the benign pathologies of uterine cervix by years of study ranged from 26% to 29%.

The incidence of the benign pathologies of uterine cervix was calculated 13%.

Conclusion: Cervical lesions range from gross abnormalities visible during vaginal examination to those that can be diagnosed by microbiologic or citologic examinations or by biopsies performed under colposcopic examination. Diagnosis and management requires a compilation of visual (including colposcopy or staining), tactile, transvaginal ultrasound and laboratory assessments, Papanicolaou smears, microbiologic cultures, biopsy, etc.). The normal cervix varies throughout life, and understanding this transition is fundamental to diagnose the modification noted during the evaluation of the cervix.

Key words: uterine cervix, benign pathology, diagnosis, prevalence, incidence

Domain: Obstetrics-gynecology