

**REBUBLIKA E SHQIPËRISË**  
**UNIVERSITETI MJEKËSOR - TIRANË**  
**FAKULTETI I MJEKSISË**  
**DEPARTAMENTI I KIRURGJISË**

***DISERTACION***

***i paraqitur nga Ilber Besimi***

*për marrjen e gradës shkencore*

**"DOKTOR"**

Në temë

***"Terapia induktive, tek karcinomi i mushkërive,  
përparsi ne trajtimin kirurgjik dhe terapeutik"***

Udhëheqës shkencor  
***Prof Asc. Fadil GRADICA***

Kandidati  
**Ilber Besimi**

Tiranë, 2022

*Falemnderimi i përket familjes sime të shtrejtë që gjithë kohën më përkrahu dhe më nxiti vazhdimisht në veprimtarinë time.*

*Falemnderim i veçantë është për Prof. Asc. Fadil GRADICA që ishte udhërefyës i ndritur nëpër rrugëtimin tim shkencor.*

*Ju falemnderit*

**REBUBLIKA E SHQIPËRISË**  
**UNIVERSITETI MJEKËSOR - TIRANË**  
**FAKULTETI I MJEKSISË**  
**DEPARTAMENTI I KIRURGJISË**

***DISERTACION***

***i paraqitur nga Ilber Besimi***

*për marjen e gradës shkencore*

**”DOKTOR”**

Tema

***"Terapia induktive, tek karcinomi i mushkërive,  
përparsi ne trajtimin kirurgjik dhe terapeutik"***

Udhëheqës shkencor

***Prof Asc. Fadil GRADICA***

MIRARTOHET NË DATË \_\_\_\_/\_\_\_\_/2022 PARA JURISË

- |          |                  |
|----------|------------------|
| 1. _____ | KRYETAR          |
| 2. _____ | ANËTAR (OPONENT) |
| 3. _____ | ANËTAR (OPONENT) |
| 4. _____ | ANËTAR           |
| 5. _____ | ANËTAR           |

Tiranë, 2022

## PËRMABAJTJA:

1. HYRJE	5
2. EMBRIOLOGJIA E MUSHKËRIVE	8
3. ANATOMIA E KAFAZIT TË KRAHARORIT	9
4. MANIFESTIMET KLINIKE TE KANCERIT TE MUSHKERIVE	12
5. PERGATITJA PARAOPERATOREMANEVRUESE TE SISTEMIT RESPIRATOR	27
6. VLERSIMI PARAOPERATIV I PACIENTËVE	30
7. TERAPIA PARAOPERATIVE I KANCERIT TË MUSHKËRIVE	34
8. PERIUDHA INTRAOPERATIVE	38
9. ANESTEZIA PËR KIRURGJIN E KRAHERORIT	42
10. PRERJA TORAKALE STANDARDE	54
11. HEQJE STANDARTË TË SEGMENTËVE TË MUSHKËRIVE	59
12. PRINCIPET THEMELORE TË DRENAZHËS	73
13. KOMPLIKACIONMET E DRENAZHES TORAKALE POSTOPERATIVE	80
14. QELLIMI I STUDIMIT	82
15. MATERIALE DHE METODA	73
16. REZULTATET	87
17. FOTOGRAFI	112
18. DISKUTIMI	117
19. PERFUNDIME	120
20. LITERATURA	122

## 1. HYRJE

Karcinomat e mushkërive ose siç është më drejtë të quhen karcinomat bronkopulmonare, në ditët e sotme, paraqesin një problem shumë të rëndësishëm në praktikën mjekësore të vendeve të ndryshme të botës, pavarësisht se shpeshësia dhe problematika që ato krijojnë luhetet nga njëri vend në tjetrin në varësi kjo të kushteve mjedisore, profesionale, të stilit të jetesës, etj, që mbizotërojnë në njërin vend ose tjetrin. Sidoqoftë ato takohen në përqindje të madhe, kanë vdekshmëri të lartë, mbijetesë të shkurtër, prirje për të prekur moshat e vjetra por edhe të reja, fakte këto që mbështesin arsyen e fortë dhe interesin e madh për t'u marrë me studimin e tyre. Gjithësesi numri i madh e të sëmurëve që vuajnë nga karcinomat e mushkërive, paraqet problem serioz mjekësor, sfide tejet të madhe për stafet multidisiplinore spitalore që angazhohen për të arritur diagnostifikimin dhe trajtimin e këtyre karcinomave. Gjithë studimet e bëra kohët e fundit në ekzaminimin e shkaqeve, trajtimit dhe pasojave të karcinomave të mushkërive i vënë në pah këta vështirësi dhe sfida mjekësore e shëndetësore.

Pikërisht ky kompleksitet dukurish dhe vështirësi kapërcimesh të tyre kanë qenë arsyet që më kanë dhënë idenë, më kanë intriguar dhe më kanë shtyrë t'i zgjedh karcinomat bronkopulmonare si temë të studimit tim. Do mundohem të jap një kontribut qoftë edhe modest në këtë problem të rëndësishëm të patologjisë pulmonare duke u bazuar, analizuar dhe shqyrtuar rastet dhe kushtet e institucionit mjekësor nga ku është mbledhur materiali studimor.

Zhvillimi industrial që pasohet me ndotje të mjedisit jetësor, levizjet e mëdha demografike që ka për rezultat përqëndrimin e popullatës në qytete, zhvillimi i shpejtë i komunikacionit urban dhe ndërrurban, dhe sidomos rritja e numrit të personave që pinë duhan, janë faktorët më të rëndësishëm etiologjik për karcinomat pulmonare. Mjaft të përmendim se pirja e duhani akuzohet se është përgjegjëse për rritjen e rrezikut për zhvillimin e karcinomave të mushkërive. Pa mohuar këtu edhe rolin e faktorëve të tjerë si ndotja e mjedisit jetësor e profesional, hereditar, etj. Përmbledhtazi mund të thuhet se karcinomat e mushkërive diagnostifikohen me vonesë, përfaqsojnë shumë raste inoperabiliteti, kanë vdekshmëria të lartë dhe mbijetesë pesëvjeçare të vogël. Shkurt janë patologji të rënda dhe me mjaft problematike.

**Në pikëpamjen histologjike dallohen disa forma të karcinomave të mushkërive, ndër të cilat më kryesoret janë:**

- 1) Carcinoma planocelulare (epidermoid ose skuamoze) me variantet kornifikante (më e diferencuar dhe jo kornifikante (më pak e diferencuar);
- 2) Adenokarcinoma (carcinoma glandulare);
- 3) Carcinoma me qeliza të mëdha (makrocelulare);
- 4) Carcinoma me qeliza të vogla (mikrocelulare ose small cell carcinoma ose oat cell carcinoma që do të thotë carcinoma me qeliza si qelizat e tërshërës);
- 5) Carcinoidi, etj.

Shpesh simptomatologjia e përgjithshme e karcinomave të mushkërive, i ngjanë asaj të një pneumonie, pra të një ftohje të thjeshtë që nuk u tërheq shumë vëmendjeve të sëmurëve dhe për këto shkaqe nuk i drejtohen mjekut, sepse nuk mendojnë se kanë një sëmundje të rëndë dhe se ajo do të kalojë pa mjekim ose qoftë edhe me një mjekim të thjeshtë. Përkundrazi duhet të jetë e qartë se bëhet fjalë për një patologji të rëndë, e cila duhet diagnostikuar sa më shpejt, duhet vlerësuar seriozisht dhe duhet mjekuar fort. Diagnostifikimi sa më i hershëm i karcinomës të mushkërive paraqet një imperativ të dorës së parë. Duhet të jetë e qartë se trajtimi që në stadet e hershme dhe me protokolle të përcaktuara mirë të karcinomave të mushkërive është shumë më rezultativ dhe siguron një prognozë mjaft më të mirë të sëmurit.

Ndër metodat më të efektshme të mjekimit të karcinomave të mushkërive ai kirurgjikal është konsideruar si më i preferuar dhe shpesh si një nga qasjet e vetme që në fund të shekullit XX dhe në fillimin e këtij shekulli. Ndërkaq trajtimi me anë të protokolleve të reja e bashkëkohore ka marrë gjithnjë e më shumë një qasje multidisiplinore, në këto patologji të rënda e të rrezikshme. Në trajtimin modern të karcinomave të mushkërive punojnë në bashkëpunim një numër i madh specialistësh, duke filluar nga mjekët e familjeve, pneumologët, patologët, kirurgët thorakalë, anesteziologët e reanimatologët, onkologët duke përfshirë edhe punonjësit socialë. Tërë këta specialist punojnë me një sistem zinxhirë e të koordinuar mirë me njëri tjetrin. Sidoqoftë pikë kryesore orientimi i tërë këtyre specialistëve është tipi histopatologjik i karcinomës dhe stadi i zhvillimit të tij. Por nuk duhet harruar se mjekimi kirurgjikal i një të sëmuri me karcinomë të mushkërive nuk duhet ndërmarrë kurrë pa bërë më parë një vlerësim të mirë të gjendjes të përgjithshme të organizmit e sidomos të sistemit kardivaskular dhe korigjimi i çrregullimeve që ky system mund të ketë.

Trajtimi i karcinomave të mushkërive nuk ka të bëjë thjeshtë e vetëm me zgjidhjen e problemeve mjekësore, por edhe të atyre sociale, që kanë të bëjnë me përmisimin e kualitetit të jetës së pacientit, me riakomodimin e tij në jetën e përditshme dhe në kushtet profesionale. Rehabilitimi sa më i plotë dhe rikëthimi sa më i sukseshëm në jetën normale, është plotësimi i suksesit. Rëndësi të madhe ka puna e specializuar psikologjike me pacientin për mirëkuptimin e gjendjes së re të krijuar në kuptimin e përkushtimit të pacientit për të zbatuar trajtimet e zgjatura dhe jo pa ndërlikime të mundshme.

Nga sa u tha kuptohet se në vitet e fundit, trajtimi i kancerit të mushkërive është përmirësuar shumë. Megjithatë kjo nuk ka sjellë përmirësim në performancën e mjekimit më shumë se në 15% pacientëve. Përparime në trajtimin e karcinomave të mushkërive bazohet kryesisht në vlerësimin e sistemit TNM në përcaktimin e indikacioneve për ndërhyrje kirurgjikale, përdorimi i terapisë së kombinuar në disa situata klinike, përcaktimi i fushës së radioterapisë si dhe futja në përdorim e skemave më efektive kimioterapeutike. Rol të madh në arritjen e rezultateve positive në trajtimin e karcinomave të mushkërive ka përdorimi sa më i gjërë i screening-ut, tipizimi gjenetik i të sëmurëve etj.

## 2. EMBRIOLOGJIA E MUSHKËRIVE

### *2.1. Periudhat e zhvillimit embriologjik të mushkërive*

Diferencimi i mushkërive nisë bashkë me gjithë organet e tjera por roli funksional i tyre fillon menjëherë pas lindjes së foshnjës. Ja pse të marrunit frymë është njëri prej kritereve kryesore që dëshmon se fëmija ka lindur gjallë.

Zhvillimi embriologjik i mushkërive kalon nëpër disa faza, të cilat, nga më e hershmja për te më e vona janë: *Faza embrionale, pseudogladulare, kanalikuare, e sakuseve terminale dhe alveolare*

- *Faza Embrionale*
- *Faza pseudogladulare*
- *Faza kanalikuare*
- *Terminal-sekulare*
- *Faza alveolare*

### *Zhvillimi i inervimi të mushkërive*

Inervimet fillestare simpatike dhe parasimpatike vërehen nga java e 6 e zhvillimit të fetusit

### *Zhvillimi i shpraztirës pleurale*

Krahas diferencimit të organeve aty nga java e 4 e zhvillimit intrauterin shpraztira e përbashkët e trupit të fetusit ndahet në dy pjesë: shprazëtira abdominale dhe ajo torakale dhe më pas nis të formohet shpraztira pleurale në proporcion me zhvillimin dhe diferencimin e pulmonit. Preardhjen pleura e ka nga pjesa mezodermale laterale.



### **3. ANATOMIA E KAFAZIT TË KRAHËRORIT**

Struktura kockore që e përbëjnë kafazin e krahërorit siguron mbrojtjen e organeve që ai përmban. Nga pas kafazi i krahërorit kufizon prej pjesës torakale të shtyllës kurrizore (Th1 - Th12). Në të dy anët e kolonës vertebrale dalin 12 çifte brinjësh në formë gjysëmharku që në pjesën e parme përfundojnë tek sternumi, kështu që formojnë një kafaz mirë të kufizuar dhe stabil. Në pjesën e poshtme e birnjëve kalojnë arteriet dhe v. intracostalae, të përcjellura me nervin intrakostal përkatës.

Në pjesën e sipërme të pasme të kafazit të krahërorit struktura kockore përmban edhe shpatulën nga të dy anët ndërsa nga ana e përparme strukturës kockore të kafazit të krahërorit i bashkëngjitet edhe claviculat nga të dy anët. Në pjesën e poshtme shpraztura e toraxit mbyllet me diafragmën që bën separimin e kafazit të toraxit me atë abdominal.

#### **3.1. Anatomia e mushkërive**

Mushkëritë paraqesin organi qëndror të sistemit respirator. Ato janë e majtë dhe e djathtë strukturalizmi i të cilave paraqesin disa dallime. Mushkëritë e djathta janë më të mëdha se ata të majta ndërsa për nga përbërja gjithashtu vërejmë ndryshime në kuptim të përmbajtjes së sasis së lobuseve. Kështu mushkëritë e djathta përbëhen nga 3 lobe (atë të sipërm, të mesëm dhe të poshtëm) gjithashtu në këtë anë më shpesh hasim dy fisura apo septume që i ndajnë lobet mes veti. Mushkëria e majtë përbëhet nga dy lobe atë të sipërmë dhe të poshtëmin që mes vete ndahen me incizurën e madhe.

##### **3.1.1. Segmentet Bronkopulmonale**

Segmentet bronkopulmonare paraqesin njësinë themelore anatomike, funksionale dhe kirurgjikale, që është pjesë më vete në lobin pulmonary. Segmenti ka bronk, furnizim arterial dhe drenim venoz dhe paraqet njësi shumë me rëndësi në pjesën e anatomisë topografike për qëllime kirurgjikale. Më shpesh në të dy mushkërite kemi gjithsejt 18 segmente nga të cilët 10 në anën e djathtë dhe 8 në anën e majtë të disseminuar nëpër lobe si vijon:

Në lobin e djathtë të sipërmë dallojmë 3 segmente:

- Segmenti Apikal, segmenti Posterior dhe segmenti Anterior

Në lobin e mesëm të djathtë dallojmë 2 segmente:

- Lateral dhe Medial

Në lobin e poshtëm të djathtë dallojmë 5 segmente:

- Apical, Mediobazal, Anterobazal, Laterobazal dhe Posterobazal

Në lobin e sipërm të majtë dallojmë 4 segmente:

- Apiko-posterior, Anterior
- Superior lingulae dhe Inferior lingulae

Në lobin e poshtëm të majtë dallojmë 4 segmente:

- Segmenti Apical, Anteromediobazal, Laterobazal dhe Posterobazal

Strukturimi i tillë anatomik dhe topografikoanatomik paraqet udhërefyës apo bazë për trajtimin kirurgjikal të mushkërive. Heqja kirurgjikale e secilës pjesë të mushkërive mund të bëhet duke njohur mirë strukturën anatomike dhe pas identifikimit të strukturave anatomike gjatë kurimit kirurgjikal.

Gjithësesi ndarja anatomike e mushkërive në komunikimin ndërmjeksor na mundëson një unifikim të mirfilltë të komunikimit dhe mirkuptimit në praktikën mjekësore, njëherit shërben edhe për marjen e vendimeve për trajtime qoftë ata kurative apo paliative në paraqitjen e sëmundjeve të ndryshme të mushkërive. Por duke mos i lënë pas dore apo në minimizimin e rëndësisë të brokeve si qëndror ashtu edhe të atyre lobulare segmenta e bronkiolve si the të trakesë që së bashku krijojnë një tërësi funksionale të sistemit respirator.

Strukturë me rëndësi si anatomike ashtu edhe funksionale e në veçanti edhe kirurgjikale është mediastinumi dhe hilusi i mushkërive ku strukturat që futen apo kalojnë aty janë me rëndësi të jashtëzakonshme në praktikën kirurgjikale. Në hiluset e të dy anëve dallohen disa ndryshime.

<p>Në pjesën e mediastinumit dhe hilusit të djathtë vërejmë:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bronku qëndror i djathtë</li> <li>▪ Arterja pulmonale</li> <li>▪ Vena pulmonale</li> <li>▪ Nervus phrenicus</li> <li>▪ Vena azygos</li> <li>▪ Plexus simpaticus</li> </ul>	<p>Në pjesën e mediastinumit dhe hilusit të majtë vërejmë:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bronki qendror i majtë</li> <li>▪ Arterja pulmonale e majtë</li> <li>▪ Vena pulmonale e majtë</li> <li>▪ Nervus phrenicus</li> <li>▪ Plexus simpaticus</li> <li>▪ Truncus brachiocefalicus</li> <li>▪ Aorta</li> <li>▪ Diafragma</li> <li>▪ Nervus vagus</li> </ul>
--	---

Rëndësi të veçantë kirurgjikale paraqesin edhe gjëndrat limfatike të mushkërive dhe të mediastinumit, ku paraqesin pjesë në vlersimin e nivelit të sëmundjeve pulmonale si dhe futen edhe në trajtimin apo më sakt në kurimin kirurgjikal. Mënjanimi i gjëndrave limfatike në trajtimin onkologjik të të sëmurëve luajnë rolin e tyre të rëndësishëm në përzgjedhjen e protokollit kirurgjikal.

Gjëndrat limfatike ndahen në dy grupe të mëdha ata:

- ▶ Gjëndrat limfatike pulmonale
  - o Intrapulmonale
  - o Bronkopulmonale
  
- ▶ Gjëndrat limfatike mediastinale
  - o Gjëndrat limfatike mediastinale të përparme
  - o Gjëndrat limfatike mediastinale të pasme
  - o Gjëndrat limfatike mediastinale trakeobronkiale

#### **4.1. MANIFESTIMET KLINIKE TË KANCERIT TE MUSHKËRIVE**

Shpesh vihet re një hije radiologjike që krijon mundësi për të dyshuar ekzistenca e kancerit të mushkërive. Fakti që një kuadër i tillë vihet re në një të moshuar e shton dyshimin për mundësinë e ekzistencës së kancerit. Me shume se 90% m të rasteve simptomat dhe shenja të sëmundjes lidhen me sëmundjen apo gjendjen patologjike me të cilat lidhet lindja e kancerit. Shumica e shenjave lidhen me veprimet lokale, rajonale ose sistematike te kancerit (në sy 27% e pacienteve, 32% janë manifestimet e metastazave dhe 34% janë manifestime të ndryshme sistematike, si dobesi e pergjithshme humbja e peshes trupore dhe anoreksija. Nje numer i papërfillshëm i pacientëve me kancer të mushkërive zbulohen rastesisht me ekzaminime imazhërike, i ashtuquajhuri kanceri akut

Karakteristikat biologjike të kancerit krijojnë sindroma paraneoplastike me polimorfizëm simptomatik.

#### **4.2. SIMPTOMATOLOGJIA E KARCINOMAVE E MUSHKERIVE**

##### ***4.2.1.Simptomat bronkopleumonare***

si pasojë e rritjes qendrore dhe periferike fillestare të tumorit. Këto ndodhin si pasojë e rritjes dhe përhapjes të tumoreve bronchial ose pulmonar.

Lokalizimi primar i kancerit të mushkerive mund të jetë qendror dhe periferik .Tumoret qendrore rriten në degën bronkiale kryesore lobale. Lokalizimi qendror është karakteristik për tumorin me qeliza squamoze dhe për atë microcelular.

Tumoret me lokalizim periferik shkaktojnë pak simptoma të cilat janë pasojë e zgjerimit të nyjeve limfatike medijasternale megjithat, shjena e parë e sëmundjes mund të jenë simptomat pleurale, bronkopleumonare simptomat ndoshta zhvillohen si rezultat i ulceracioneve, i bllokimit të bronkeve ose një kombinim i të gjitha komplikimeve në parenkimën e tumorit.

#### ***4.2.2. Siptomat ekstrapulmonal intratorakale,***

Simptomat intratorakale ekstrapulmonare shkaktohen nga përhapja e kancerit të mushkërive duke pushtuar drejtpërdrejtë strukturat përreth, dmth organet si pleurën parietalstrukturat mediastinale apo strukturën nervore të gjoksit. Përhapjet kryesisht bëhen nëpërmjet enëve limfatike duke dhënë metastaza limfatike regjionale si në hilusin pulmonar dhe në rrjetën mediastinal limfatik duke zgjeruar hilusni dhe duke zmadhuar nyjet limfatike mediastinale. Mirëpo zmadhimi i limfonoduleve mund të jetë rezultat i infeksioneve. Nyjet limfatike të zgjeruara mund të kompresojnë ezofagun dhe venën kava dhe të shkaktojë një ndjenjë e presioni retrosternal dhimbje gropa supraclavicular janë ku nyjet limfatike zgjeruar më e lehtë për njoftim dhe Preket fëmija në këtë PROTOR mund të krijojë nyjet limfatike zgjeruar në 15-20% të pacientëve me kancer të mushkërive limfatike çfarëdoshëm nyjet janë të prekur më shpesh, por me ta shumë shpesh pozitiv kur tumori është i lokalizuar në skajin e sipërm metastases pozitive duke gjetur në nyjet limfatike të qafës së mitrës përfaqëson shumica e pacientëve të nënshkruajë. tumoret pankoast janë shënuar si tumoret e sulcus sipërme-superiore. ata janë të mirë neoplasms kufizuar dalin në pjesët e prapme të majat e lobes e sipërme pranë pleksus cervicobrachial. Prania dhe rritja e tumorit shkakton simptoma dhe shenja që rezultojnë nga rritja infiltrative. Pacientët ankohen për dhimbjen e supit në gjysmën e dorës dhe sipërfaqen e brendshme të krahut të sipërm ose në të gjithë gjymtyrët e sipërme. Atrofia e muskujve ekziston në rajonin e supeve dhe muskujt e krahut të prekur. Simptoma të tilla ekzistojnë në deri në 4% të pacientëve me kancer të mushkërive. Nuk është e pazakontë që simptoma të zgjasë deri në një vit para zbulimin të kancerit. Diagnoza aktuale e këtyre tumoreve është i bazuar jo duke përdorur rezonancë magnetike bërthamore, ajo është më e besueshme se tomografia. Shumica e kancereve janë të tipit me qeliza squamoze. Ata rriten ngadalë dhe metastases të ndodhë më vonë. Kur tumori penetron pleurën dhe përhapet në murin e kraharorit mund të shkaktohet shkatërrimin e brinjës së parë dhe të dytë gjë që intensifikon dhimbjet. Gjithashtu mund të ndodhë shkatërrimi i trupit vertebral.

### **4.2.3. Simptoma ekstratorakale,**

#### **4.2.3.1. Sindromaet paraneoplastike**

Tërmini "sindromet paraneoplastike" nënkupton simptome dhe shenja të manifestimeve sistemike të tumorit të cilat ndodhin larg nga vendi i tumorit primar ose metastazave të tij. Ky sindrom ndodh për shkak të prodhimit të faktoreve sistemik nga ana e tumorit p.sh. hormonë polipeptid, antitruptive imunokompleksëve, prostaglandinëve ose citokinëve. Ai haset tek 10-20% e të sëmurëve me karcinom të mushkërive. Në disa raste është vështirë të diferencosh pasojat e neoplazmes nga ato të sindromit paraneoplastik. Ky sindrom mund të jetë i maskuar me paraqitjen e metastazave të vogla, efektin e dobët të terapisë së aplikuar, komplikimet vaskulare, disbalansin elektrolit etj. Simptomat e këtij sindromi nuk duhet të korelojnë me madhësinë e tumorit primar ata mund të paraqiten edhe tek gjendje të dijagnostifikuara ose të jenë shenjë e parë e recidivit të sëmundjes. Manifestimet klinike mund të jenë të lehta sistemike ose kutane (lëkurore) deri tek hiperkoagulopati ose neuromiopati të rënda. Ky lloj sindromi është më e shpeshtë tek forma mikrocelulare dhe skvamocelulare e tumorit të mushkërive. Mjeku klinik duhet ti njohë shenjet klinike që të zbulohen pacientët që mund të operohen, por për fat të keq zbulimi ndodh gjithmonë në fazat e avancuara të sëmundjes kur ajo është e paoperueshme.

#### **4.2.4. Sistemi endokrin-metabolik**

Janë zbuluar disa sindroma paranëoplastike me manifestimet endokrin-metabolike ndër më të njohurat janë:

##### **4.2.4.1. Sindroma Cushing**

Ky sindrom më shpesh paraqitet tek karcinomi mikrocelular. Ai zhvillohet për shkak të prodhimit të një substance të ngjajshme me hormonin adrenikortikotrop. Prodhimi i hormonit është autonom dhe nuk është i mundur suprimimi me dexametason. Sekretioni ektopik i hormonit haset tek të sëmurët në një përqindje të lartë 30-50% por vetëm tek 2% kemi shenja klinike të Cushing sy. Megjithatë rallë shihet pamja karakteristike klinike e të sëmurët. Simptomat janë kryesisht metabolike-alkaloze e rënde, hipokaleristike me një dobësi progressive ose hipoglikemi. Diagnoza

vendoset nga vlerat e ritura në gjak të hormonit. Pas hemoterapisë pacientët nga infekcionet oportune. vdekja shpesh vjen para se të ndodh efekti i terapisë me citostatik.

#### **4.2.4.2. Hiperkalcemia jometastatike**

Hiperkalcemija tek karcinomi mund të vije si pasojë e osteolizes së kockave ose nën ndikimin e faktoreve humoral atëhere është niveli i Ca në serum i ritur, ndersa nuk egzistojnë depozite metastatike në kockat. Reth 10-15% e pacientëve me karcinom skvamocelular zhvillojnë hiperkalcemi gjatë sëmundjes. Kjo paraqitje është e rralle tek format tjera të karcinomit që shpesh metastazojnë në kockat. Për hiperkalceminë është përgjegjese sekrecioni ektopik i substances të ngjajshme me parathormonin. Diagnoza vërtëtohet me gjetjen e hipofosfatemisë në gjak dhe rentgenografinë ose scintigrafinë e eshtrave si shenja klinike kryesisht dominojnë simptomet neurologjike dhe dehidrimi. Të sëmurët janë konfuz. kanë kokëdhimbje janë të përgjumur dhe letargjik. ndersa koma mund të jep përshtypjen e metastazave në tru. Shpesh ka shenja edhe nga trakti gastrointestinal si anoreksi. gerditje, vjellje, kapsllek etj. Këta të sëmurë kanë tumor që operohet. Niveli ca pas heqjes së tumorit normalizohet Keta pacientë shpesh kanë recidiv të sëmundjes.

#### **4.2.4.3. Sindromi sëkrecionit joadekuat të hormonit antidiuretik**

Njelloj si sy. cushing, kur bëhet fjale për hormonin adrenokortikotrop(ACTH), niveli i hormonit antidiuretik është i rritur tek 70% të sëmureve, por pak nga ato kanë shenja klinike. Simptomët më shumë takohen tek të sëmurët me karcinom mikrocelular. Ata shpesh kanë hiponatremi osmolar të lartë të urinës. kanë anoreksi, vjelje, konfuzion, sulme epileptike. Që ka të bëjnë me restriksion të lëngjeve, ndërsa në rastet e rënda jepet tretje hipertoniqe e NaCl.

#### **4.2.4.4. Prodhimi ektopik i gonadotropinëve**

Ndonjëherë ndodh që të sëmurët me karcinom të mushkërive të zhvillojnë ginekomasti të dhimbshme (ritje e gjinjëve). Ajo mund të jetë e njëanshme ose dyanshme, më shpesh në anën që gjendet tumori. Më e shpësthtë është te format mikrocelulare të tumorit dhe është pasojë e vlerave të rritura të horiongonadotropinit.

#### **4.2.4.5. Miopatië dhe sindromet neurologjike**

Janë sindromet më të shpështa plastike tek karcinomi mushkërive. Por qe të vendoset diagnoza për ata më parë duhet të eliminohen manifestacionet tjera të sëmundjes , siç janë metastazat në sistemin nervor qendror. Çrregullime cerebrovaskulare, efektet e imunitetit të zvoglar pas hemotërapisë ose gjendjet me infeksion.

#### **4.2.4.6. Miopatië karcinomatoze**

Keta syndrome janë të shpeshta. Egzistojnë dy forma:

-Sindromi miastenik është i përshkruar si sy. miastënik i Lambert-Itan cili paraqitet kryesisht tek forma mikrocelulare e tumorit më shpesh tek gratë reth 6% Karakteristika kryesore sindromit është çrregullimi përclëlljes neuromuskulare, për çka si pasojë është lodhja dhe dobsimi i muskujve të ekstremitëtëve dhe sidomos atyre të legenit kofshave. Sindromi është pasojë lirimit të çrregulluar të e acetil-kolinës në mbaresat nërvore.

- Poliomyoziti ngjan shumë sindromit miastenik por humbja e forcës muskulare është më e madhe dhe e shpejtë, vjen deri tek degjenerimi i fijeve muskulare.

#### **4.2.4.7. Neuropatia periferike**

Gjendjen e karakterizon humbja e senzibilitetit. i paraprijnë dhimbje dhe parestenzion deri në humbjen e plotë të ndjeshmerisë në ekstremitetet e poshtme. Rallë paraqitet e izoluar, shpesh është e kombinuar me humbjen muskulore dhe atrofinë e muskujve. Egzaminimet neurologjike flasin për humbje të sensoriumit (ndjeshmërisë) në mbaresat nervore dorzale të medulla oblongata (palces).

#### **4.2.4.8. Degjenerimi cereblar subakut**

Tek të sëmurit qe kanë kështu çrregullime shpejt ndodh humbja e funksionëve të trurit të vogël. Karakteristike është ataksija, humbje e koodinimit në levizje, maramendje, nistagmus dhe disartri. Në trurin e vogel ndodh dëmtimi i fijeve të purkinit si dhe procese tjera degjenerative.

#### **4.2.4.9. Encefalomielopatia**



Përfshin nje paletë të çregullimeve psikiatrike siç janë demencioni, humbja e memorisë ose sjellje e çoroditur. Mund të paraqitet simptome të rrugës piramidale dhe paralizë pseudobulare. Nëse është atakuar palca simptomet mvaren nga distribuimi i lezionëve në të.

#### **4.2.4.10. Retinopatia karcinomatike**

Humbja e shpejtë e shiqimit binocular (me dy sy) ndodh shumë ralle. Si paraqitje më e shpeshtë është te karcinomi mikrocelular. Humbjes të shiqimit i paraqitën fotosensitiviteti dhe paraqitja e skotomeve (hijeve) në fushen e të pamurit.

#### **4.2.4.11. Sindroma Horner,**

E cila është shkaktuar nga invazioni i tumoreve në zinxhirin simpatik dhe Gaglion stellatum. Ajo karakterizohet nga shfaqja e ptosis, enoftalmus i njëanshëm, miosis dhe anhidrosis e fytyrës ipsilateral dhe gjymtyrëve të sipërme. Ekzaminimi fizik për të përcaktuar atrofi të muskujve, dobësi dhe humbje të reflekseve, etj.

#### **4.2.4.12.Sindromi i venave superiore**

Shkaktohet nga kompresioni i venave nga tumori dhe rrallëherë shkaktohet nga tromboza. Pengimi i venave mund të jetë akut ose subakut dhe në shumicën e rasteve mund të shkaktohet tumore intrathorakal malinje primarë apo metastatik (në rreth 90% e rasteve) ose nga limfomat. Kanceri i mushkërive është shkaku i sindromës në rreth 46-75 % të rasteve . Pamja e jashtme e pacientëve me sindromin e kompresionit të venës kava superiore karakterizohet me edemë dhe zgjerim të fytyrës. Fryrje në gjysmën e sipërme të krahavorit dhe të gjymtyrëve të sipërme. Rrallë shfaqet edhe cianoze e gjysmës së sipërme të trupit. Shfaqet dispne, kollë, disfagi, etj. Pengimi i venave cava superior mbi hedh. azygos karakterizohet nga distension e venat e qafës dhe në krah dhe edemë e fytyrë, qafë dhe të armëve. nuk ka mbulesë mukoza me kolaterale Dilated deje gjarpërues gjysmën e sipërme të gjoksit. nëse skajor pengesë për v.azygos hedh zhvillon formë klinikisht më të rëndë të sindromi. Venat kolateralit janë të dukshme në murin e barkut e përparme dhe e pasme, sepse gjaku ka për të arritur në gjysmën e djathtë të zemrës nëpër vena Cava-përcaktim. Sindromi caval superiore vena pengesë shkaktohet zakonisht nga qeli të vogël mushkërive Kanceri ndjekur nga tumor qelizë squamous. në 40% të pacientëve, nuk është sëmundje e kufizuar dhe pjesa tjetër ka zgjeruar sëmundje. në pacientët me këtë sindrom është

metastaza të përbashkëta të trurit më shpesh se kanceri i mushkërive tjetër. Përfshirja . recurens dhe n.pharencius një ngjirurit e zërit dhe paraliza e një hemidiaphragm janë të rralla në fazën fillestare të sëmundjes prej 5% dhe 1% . megjithatë , kursi klinik i Cassini , dy fenomene janë parë si një shenjë e progresin e sëmundjes . ngjirurit e zërit është shkaktuar nga pushtimi i mbathje përsëritura laryngeal ose një tumor primar të lob e sipërm të majtë . pushtim ose ngjeshja e këtyre nervave mund të ndodhë edhe në dritaren aortopulmonalnom për shkak të praninë e metastazave të nyjeve limfatike . pjesa e majta nervore e përsëritur e regjinit laryngeal është më shumë se rastet e tjera, sepse rreth harkut të aortës në dritare të aortës . në anën e djathtë të nervit është kontakti i lartë , përgjatë arteries, me në krye të mushkëritë. N.phrencius mund të preken nga kanceri njësoj. Kur kjo ndodh nuk është një karakteristikë lartësi radiografike hemidiaphragme gjatë një frymë paqësore ose kollitjes . paraliza e diafragmë rezulton në një rënie në kapacitet jetike dhe mund të jetë arsyeja për paraqitjen e dyspnea .dhimbje në gjoks -dhimbje kraharorit dhimbje gjoksi është një simptomë e zakonshme e sëmundjes . Ai duket zhvillimin tokok e sëmundjes në më shumë se gjysma e pacientëve . Dhimbje kraharorit është e shurdhër , me ndërprerje dhe nganjëherë të mprehta dhe mund të zgjasë nga disa minuta në disa orë . dhimbje pacienti nuk është i lidhur tek faza e frymëmarrjes. lokalizimin e dhimbje në shumicën e pacientëve në tench lartë kafaz brinjë në anën ku tumor në mushkëri . dhimbje e fortë dhe këmbëngulës kraharorit , e cila është e lokalizuar dhe është në përputhje me pushtimin e drejtpërdrejtë e tumorit përmes pleurë parietal apo më thellë në strukturën e murit gjoks . Nuk është një dhimbje e tillë në adenocarcinoma periferike të mushkërive .dhimbje shkaku dhe supe mund të jetë Pancoast tumor apo tumore që janë në skajin më të ulët të trurit që pushtonin pjesën qendrore të diafragmë . dukuri e dhimbje kraharorit mund të jetë për shkak të ngjeshjes së tumorit arteries pulmonare apo nyjet limfatike zgjeruar . dhimbje gjoksi shpesh të shoqëruara me Clubbing e kollë dhe dyspnea.

#### **4.2.5. Kolla:**

Më zakonisht shfaqet kollë e thatë, ajo ndodh në rreth 75% të pacientëve. Shumica e pacienteve janë duhanpirësit dhe për këtë arsye ajo mund të neglizhohet sipse lidhet me duhanin apo bronkitit. Një arsye tjetër e kollës kompresioni bronkial që mund të jetë extraluminal ose intraluminal.

#### **4.2.6. Dispnea,**

Për nga shpeshtësia, është simptomë e dytë në të sëmurët me karcinoma të mushkërive. Ajo takohet në 50% -60 % të pacientëve me kancer të mushkërive. Në tumoret e lokalizuara në nivel qendror dispnea është rezultat i mbyllje të pjesshme ose të plotë të bronkut, me atelektazë shoqëruese. Dyspnea mund të lidhet me çrregullimet e rrjedhjes limfatike (limfangiomatozë carcinomatoze).

#### **4.2.7. Gulçitja;**

Ndodh kur tumori mbyllë pjesërisht bronkun proksimal dhe më shpesh dëgjohet kur diametri udhëve ajrore është reduktuar në më pak se 50% të kalibrit të tij.

#### **4.2.8. Stridor ;**

Është rezultat i pengesaës pothuajse të plotë të pjesës proksimal të bronkut kryesor ose pjesë trakeje.

#### **4.2.9. Hemoptizia;**

Ndodh në rreth 25-40 % të pacientëve. Përfaqësojnë një nga manifestimet më të rëndësishme klinike të kancerit të mushkërive . mund të jetë e vetmja shenjë e sëmundjes në pacientët me gjetjet normale në radiografi të gjoksit. Kjo vlen veçanërisht për personat më të vjetër se 40 vjet. Sasia e gjakut zakonisht është minimale dhe gjaku që eliminohet duket e freskët Hemoptizia është karakteristike për tumoret qendrore të lokalizuara . gjakderdhja është për shkak të rritjes së invazionit neoplazik dhe ulcerimit të paretit të bronkut. Hemoptizia mund të jetë edhe massive, por kjo është më e rrallë. Ajo gjithashtu rrallë ndodhë në metastazë extrapulmonare të karcinomave. Sidoqoftë duhet bërë kujdes se hemoptizia mund të jetë një shenjë e sëmundjeve të tjera si tuberkulozi, stenoza mitrale, bronkit, infarkt pulmonar dhe bronhiektazija.

#### **4.2.10. Simptomat pneumonike:**

Ndodhin si rezultat i ekzistencës së njëkohshme i atelektazisë postobstruke, bronkitit ose pneumonisë. Simptomat zakonisht janë të kombinuara me kollë, dispnoe, hemoptizi, dhimbje pleurale, etj.

#### 4.2.11. Abscesi pulmonar:

Zakonisht ndodh si rezultat i nekrozës dhe inflamacionit bacteria të masës tumorale. Ai është më e zakonshme në tumor me qeliza squamoze dhe me qeliza të mëdha.

Në momentin e diagnostifikimit të sëmundjes, ka disa karakteristika themelore të karcinomit të mushkërive që janë:

- Diagnostifikim i vonshëm,
- Shkallë e lartë e inoperabilitetit,
- Vdekshmëria e lartë dhe
- Shkallë e vogël e mbijetesës pesëvjeçare.

Diagnostifikimi i vonshëm i karcinomit të mushkërive, bëhet si rezultat i mosegzistimit të screeningut të mirëfilltë, për diagnostifikim të hershëm të karcinomit të mushkërive.

Gjatë ndekjes së protokoleve bashkëkohore që ndiqen dhe përdoren si udhërefyes në përditshmërinë e trajtimit kirurgjik të pacientëve me karcinom të mushkërive për të bë diagnostifikimin e karcinomit të mushkërive në mënyra profesionale dhe në pajtim me trendet dhe rregullat e mjeksisë së bazuar në dëshmi, bëhet me një sërrë egzaminimesh apo metoda diagnostike me teknika të ndryshme duke ndjekur gjithsesi algoritmin e veprimeve të protokoleve bashkëkohore që gjithsesi niset me:

- RTG grafi native të mushkërive
- Bronhoskopi me biopsi (brushing, biopsi transbronhiale etj)
- CT (seri native dhe me kontrast)
- MRI (magnet resonance imaging)
- Biopsi transtorakele
- VATS (video assistance thoraxes scope)

*për karcinomit të mushkërive vetëm me qëllime diagnostifikimi*

- Torakotomi explorative me biopsi ex-tempore.

Pacientët që u përzgjedhën në këtë studim, pasi që të gjithë kishin udhëzim nga ndonjë mjek specialist i lemive të kirurgjisë, pulmologjisë apo mjeksisë familjare tek të gjithë u vazhdua me metodologjinë tonë të diagnostifikimit.

Së pari tek të gjithë u nënshtruan rentgenografisë native të mushkërive me profil, ku prisnim të shohim dhe vërejtëm ndryshime në strukturat pulmonale. gjë që më tutje më deturoi të vazhdojmë me egzaminimet e tjera.

Pësoji egzaminimi me Tomografi kompjuterike të gjokosit në seri native dhe me kontrast intravenoz - Tomografija Kompjuterike u bë me qëllim të vizuelizimit më të mirë, të ndryshimeve në mushkëritë, të pacientëve ne seri native dhe kuptohet më pas me aplikimin e kontrastit intravenoz, vizuelizimi i vaskularizimit të mushkërive, me theks të veçantë në mundësinë e vizuelizimit, të vaskularizimit patologjik të masës tumoroze. Veprim që në masë të madhe na jepë mundësin, e vlerësimit adekuat të progresit të sëmundjes, pamjen e masës tumoroze dhe infiltrimit e saj ne strukturat përreth.

Veprim diagnostik, që na dha nje pamje dhe vlersim shum të mirë, të avansimit të karcinomit të mushkërive tek pacientët, dhe drejtim të veprimeve të mëtutjeshme diagnostike.

Tek një grupë tjetër të pacientëve, tek të cilët u bënë egzaminimet si rentgenografi native e tomografi kompjuterike, e nuk kishim nje vlrsim dhe pasqyrim të qartë, për sëmundjen dhe stadin e saj, ku ne si ekip mjeksor kishim dilema për avansimin e sëmundjes, pacientët, nje numër shum i vogël, u nënshtrua edhe egzaminimit me rezonancë magnetike, ku vizuelizuam në masë të madhe kuptohet indet e buta, të gjoksit por me theks të veçantë, ne vizuelizimin e mediastinumit dhe gjëndrave linfatike mediastinale.

Më pas tek pacientët, u nënshtruan egzaminimeve pulmonale, ne Klinikën e pulmologjisë dhe vlersimit, të rezervave pulmonale dhe gjithsesi të Bronhoskopise, ku njeherit u be edeh biopsi, qofte ajo me gjilpërë, kiretim apo furçë, material biologjik që më vonë, u përdor për vlersim histologjik të ndryshimit pulmonal.

Tek pacientët ku ndryshimi, apo masa tumoroze nuk na jepte mundësi që të bëjmë biopsi me anë të bronhoskopisë, aty pacientët u nenshtruan biopsisë transtorakale me gjilpërë të hollë. Veprim nga i cili njësoj u morë material biologjik nga masa tumoroze për egzaminim patohistologjik dhe diferencim të karcinomit të mushkërive.

Në një grup shumë, të vogël të pacientëve, të këti studimi edhe pas ushtrimit të metodave diagnostifikuese të lartpërmenduara, nuk kishim diagnozë të qartë, për tipin apo stadin e

sëmundjes dhe kuptohet, vazhduam me metodat që i kishim në dispozicion dhe këta pacient, i nënshtruar në VATS (video assistance thoraxes scopia), me qëllim të diagnostifikimit dhe biopsisë së tumorit. Përdorimi i VATS-it në këta raste, ishte vetëm me qëllime diagnostifikuese, e jo kurative.

Ndërsa një grup i vogël tjetër, që edhe kundrejt aplikimit të gjitha metodave diagnostifikuese, nuk aritëm që të bëjmë diagnostifikimi dhe staxhingun e mire, e sëmundjes ishim të detyruar, që të njejtë t'i nënshtrorjmë në torakotomi eksplorative, ku gjatë intervenimit kirurgjikal u morë, material biologjik për egzaminim dhe u bë biopsi ex tempore, e më pas, pas marrjes së rezultateve, u vendos për trajtimin e mëtejshëm të pacientit.

Ajo që është me rëndësi, në trajtimin e mëtutjeshëm të karcinomit të mushkërisë, kuptohet që në përzgjedhjen e mënyrës së kurimit. Protokollin që do të ndiqet në llojin dhe volumin, e përfshirjes së kurimit, metodologjisë së veprimit është ai i diferencimit histologjik i karcinomit të mushkërive, gjithsesi ajo bëhet me metoda joinvazive dhe ato invazive, me qëllim të njejtë një diferencimi sa më të mirë histologjik, që luan rolin e vet në trajtimin e mëtutjeshëm të karcinomit të mushkërive.

Në këtë procedurë diagnostifikuese rolin e vet të pazavendueshëm gjithsesi e ka mjeku patolog, që bën diagnostifikimin apo përshkruan tipin histologjik të karcinomit të mushkërive.

Me diagnostifikimin histologjik të karcinomit të mushkërive dallojmë katër lloje edhe ato:

- Planocelular (epidermoid, skuamoz)
- Adenokarcinomë
- Makroceluarë
- Mikrocelularë (small cell carcinoma)

Nga diferencimi histologjik i karcinomit të mushkërive, kualiteti i së cilit mvaret drejtëpërdrejtë nga patologu që bën këtë egzaminim, në masë të madhe mvaret mënyra e trajtimit të pacientit.

Kjo duhet të shënohet nga rëndësia e veçantë e këtij veprimi, pasi që fillimisht, është udhërefyesi i parë i drejtimit mjeksor, që në mënyrë duhet të ndjekim dhe të kanalizojmë veprimet tona, të drejtojmë dhe ndjekim protokollin përkatës.

Tre grupet e para Patohistologjike të karcinomit të mushkërive, paraqesin karcinom qelizë madhe, apo në nomenklaturën ndërkombëtare NSCLC (non small cell lung cancer) dhe paraqesin

grupet e pacientëve, që janë objekt i këtij studimi ku edhe është bërë gradacioni apo stagingu i karcinomit të mushkërive, nga e cila rezulton edhe mënyra e kurimit të tij.

Pasi që bëhet diagnostifikimi i karcinomit të mushkërive, më pas definohet lloji e më vonë bëhet edhe stagingu, në bazë të këtyre të dhënave ekipi mjeksor bënë edhe vendosjen e protokolit, që do të ndjekë në kurimin e kësaj sëmundje malignje. Siç u cek edhe më lartë në grupete pacientëve, që ne i analizuam në këtë disertacion janë të tre grupeve të para në karcinomit apo të NSCLC.

Grupi i katër i karcinomit mikrocelular paraqet sëmundje sistematike që në masë të madhe trajtohet në mënyrë konzervative, me terapi simptomatike dhe hemoterapi një përqindje shumë e vogël mund të nënshtrohet intervenimit kirurgjik.

Për trajtimin kirurgjik, të pacientëve me karcinom të mushkërive dhe vendosjen, të indikacionit për intervenim, së pari bëhet një vlersim i mirë kardiologjik.

Në rast të problemeve kardiologjike, sugjerohet zgjedhje e përkohshme apo e përhershme e problemit kardiologjik nga ana e kardiologut përgjegjës.

Gjithsesi në vlersimin kardiologjik, që sugjerohet për përgatitje paraoperative të pacientëve me karcinom të mushkërive, bën pjesë një egzaminim bazik i:

- elektrokardiografisë, më pas
- eksonografi e zemrës

Me dopler të saj dhe kuptohet, me vlersimit të frakcionit ezhektiv të zemrës.

Në grupin e pacientëve, që nuk rekomandohet intervenim kirurgjik imediat, bëjnë pjesë edhe pacientët që kanë pësuar infarkt të miokardit, deri në 6 muaj më parë, pacientët që frakcionin ezhektiv e kanë më të vogël se 40% (FE<40%).

Këta grupe pacientësh, gjithsesi në fazë të parë nuk rekomandohen, për intervenim kirurgjik. Të njëjtët kuptohet në kordinim me kardiologët, rekomandohet trajtim i tyre, kardiologjik dhe më pas më së paku në afat pre tre muajsh, një evaluim i përsëritur i gjendjes kardiologjike dhe më pas, të bëhet vlersimi i trajtimit të mëtuqjeshëm kirurgjik të mundshëm.

Vlersimi tjetër, që është jashtëzakonisht i rëndësishëm, në veçanti kur bëjmë fjalë për intervenimet kirurgjike, të mushkërive e sidomos të atyre të karcinomit të mushkërive, është ai i kapacitetit maksimal të mushkërive dhe rezervës pulmonale, kuptohet se ky vlersim spirometrik, i

volumit të mushkërive është jashtëzakonisht i vlefshëm, për rrugëtimin e pacientit në rehabilitimin e tij postoperativ.

Një vlersim jo i mirë i kapacitetit pulmonal, që do të rezultojë me rezerva gasore të pamjaftueshme, më pas do të sjellte probleme serioze shëndetsore postoperative tek pacienti, që do të rezultonte me një mbarim fatal për pacientin.

Kontraindikacione tjera, për intervenim kirurgjik janë angina pectoris jostabile, stenozeë shprehur e aortës, A-V blok në shkallë të lartë, dekompenzimi i zemrës në shkallë të lartë.

Në këtë grup të vlersimeve, paraoperative të pacientëve gjithsesi nuk duhet anashkuar, edhe principet e përgjithshme të trajtimit kirurgjik dhe të vlersimit para operativ, në kuptim të vlersimit të gjendjes së përgjithshme, alergjite e mundshme, komorbiditetet siç janë diabeti, hiopertensionit, sëmundjet hematologjike, sëmundjet sistematike autoimune, etj.

Protokolet bashkohore, në trajtimin kirurgjik të karcinomit të mushkërive së pari përfshinë, tre cikle të hemoterapisë induktive, qëllimi i së cilës është që masa e karcinomit të mushkërive të zvoglohet, gjëndrat limfatike të zvoglohen, metastazat e mundëshme, qoftë regjionale apo të disseminuara, të zvoglohen apo të zhduken.

Nëse bëhet fjalë për rast inioperabil, të sjellet në fazë të operabilitetit apo të zvoglimit të radikalitetit kirurgjik të pacientit.

Për vendosjen e indikacionit, për trajtim kirurgjik gjithashtu, duhet të bëhet staging i sëmundjes, e cila bëhet në bazë të përhapjes, së karcinomit të mushkërive me anë të **TNM klasifikimit** të pranuar ndërkombëtarisht si mënyrë staxhingu dhe gjatë këti vlersimi meren parasyshë tumori, madhesia e tij, gjëndrat limfatike lokale dhe regjionale, dhe metastazat e mundëshme dhe ndiqet kjo metodologji e vlersimit:

- T – Tumori primar
- N – gjenja e gjëndrave limfatike lokale e regjionale
- M – metastazët e largëta



Ndërsa stadifigimi mund te bëhet me mediastinoskopi apo ne bazë të TNM klasifikimit bëhet me anë të sistemit të vendosur ne Mountain më 1997 vje që është si vijon:

Karcinom okult	Tx N0 M0
Stadi 0	Tis N0 M0
Stadi Ia	T1 N0 M0
Stadi Ib	T2 N0 M0
Stadi IIa	T1 N1 M0
Stadi IIb	T2 N1 M0
	T3 N0 M0
Stadi IIIa	T3 N1 M0
	T1 N2 M0
	T2 N2 M0
	T3 N2 M0
Stadi IIIb	çdo T N3 M0
	T4 çdo N M0
Stadi IV	çdo T çdo N M1

Kontraindikacion intraoperativ për kryerje të intervenimi radikal kirurgjik është karcinozë e pleurës që paraqitet në 2-5%, infiltrim në stuktura regjionale, metastaza ekstrakapsulare ekstenzive ne gjendrat linfatike, Infiltrimi i strukturave të hilusit.

Në prognozën e rrjedhjes së sëmurjes kanë rol disa faktor si klinik, biologjik apo gjenetik, ne suaza te karakteristikave të të sëmurit, lokalizimi i tumorit, madhesia e tij, tipi hisologjik i karcinomit, parametrat laboratorike, mosha, gjinia, herediteti, markerët e proloferimit, të diferencimit, gjeni p53 suspensor i tumorit etj.

Pas përgaditjes dhe evaluimit të mirëfillt të pacientit dhe kuptohet nëse ka patur nevojë edhe terapisë inductive që u aprovua tek grupi i dytë i pacientëve tanë, pacientët nënshtorhen intervenimit kirurgjik të menjanimit të masës tumoroze.

Në pajtim me rekomandimet dhe protokolet basjkëkohore të trajtimit kirurgjik të karcinomit NSCLC në të dy grupet që u studjuan nuk u bë asnjë pulmektomi

Intervenimi kirurgjik që u bë në trajtimin kirurgjik tek të dy grupet e pacientëve ishin lobektomi dhe bilobektomi rezultate që do të përshkruhen më poshtë në këtë punim.

Së fundi pacienti pas intervenimit kirurgjik me karcinom të mushkërive, me terapi inductive të kaluar apo pa të duhet të trajtohet dhe me të shpëtohet në institucion onkologjik.

## 5. PËRGADITJE PARAOPERATIVE MANEVRUESE TË SISTEMIT RESPIRATOR

Regjimi i përgatitjes respirative përbëhet nga pesë elemente: ndërprerja e duhanit, dilatacioni i rrugëve të ajrit, zbutja dhe mënjanimi i i sekrecionit dhe përmisimi i edukimit dhe motivimit, të lehtësohet kujdesi postoperativ.

### 5.1. Nderprerja e duhanit

Rreth 33% të të sëmurëve të rritur që operohen janë duhanpirës. Egziston një numër i madh faktesh se këta të sëmurë e kanë të shtuar rrezikun e zhvillimit të ndërlikimit postoperativ. Pirja e duhanit e zmadhon iritabilitetin e rrugëve respirative, e zvogëlon transportin mukocilar dhe e shton sekrecionin. Gjithashtu, e zvogëlon edhe FVC (kontraksioni i përkohshëm vertikal). Në anën tjetër, ndërprerja e duhanit në një periudë 4-8 javë para operimit e zvogëlon incidencën e ndërlikimeve postoperative. Nderprerja e duhanit për një kohë të shkurtër, 12 deri në 48 orë, e zvogëlon nivelin e karboksimoglobinës, e shton disociacionin e oksihemoglobinës në të majtë (zmadhon praninë e O<sub>2</sub> në qelizë) dhe zvogëlon tahikardinë të nxitur nga nikotini. Nëpërmjet kësaj, ndërprerja e duhanit brenda disa ditëve përmirëson funksionimin ciljar.

### 5.2. Dilatacioni i rrugëve të ajrit

**Simpatikomimetikët.** E zmadhojnë formimin e 3'5'-ciklimin e adenzin-monofosfatit (cAMP) në cakun e celulave në mushkëri prej adenzin-trifosfat (ATP) me zmadhimin e aktivitetit të enzimeve adenil të ciklit. Baraspesha ndërmjet cAMP, që provokon (nxit) vazodilatacionin, dhe të ciklit guanozin-monofosfatit i cili nxit brohnokonstrukcionin, përcakton gjendjen e kontraktilitetit të trungut bronhial. Simpatikomimetikët siç është epenefrini, isoproterenol, eferdin kanë të përzier b<sub>1</sub> dhe b<sub>2</sub> me efekt agonistk. B<sub>1</sub> efekte (efekte në zemër) nuk janë të preferuara në shërimin e spazmës së rrugëve të frymëmarrjes. Selektionimi B<sub>2</sub> i simpatikomimetik, siç është salbutamoli, terbutalini dhe metoproterenoli, të jepen nëpërmjet aerosolit, rekomandohen për shërimin e brohospazmës, veçanërisht te të sëmurit në zemër.

**Inhibitorët e fosfodiesterazmit.**cAMP hollohet me enzimet citroplamastike të fosfodiesterazmës aktiviteti i të cilëve mund të inhibirohet me metilksantimet siç është teofilini dhe amofilini. Metilksantimet e zmadhojnë nivelin e cAMP por me një mekanizim të ndryshëm nga simpatikomimetika, që rezulton në bronhodilacion përkëtë shkak mund të kombinohen me B2-adrenergjime me qëllim të zmadhimit të koncentrimin intracelular të cAMP. Nëpërmjet kësaj, amofilini e zmadhon kontraktilimin e diafragmës. Është përshkruar paraqitja e ishemië miokardiale, gjatë kobinimit të barnave, dhe paraqitja e artmisë ventikulare, ndaj duhet pasur më shumë kujdes. Dozat e terapeutike të aminofilinit janë 5 deri 7 mg/kg gjatë 20 minutave i.v. (intravenoz) të përcjellura me i.v. infuzion prej 0,5 deri në 0.7 mg/kg/h.

**Steroidet.** Edhe pse nuk janë bronhodilatatorë të mirëfilltë, steroidet tradicionalisht shfrytëzohen për zvogëlimin e edemeve të mukozës, dhe mund të pengojnë lirimin e substancave bronhokonstruktive. Efekti i tyre është më i ngadalshëm në bronhospazmën akute. Këto jepen për os, i.v. dhe me aerosol.

Sot egzistojnë dy qasje të ndryshme për përdorimin e bronhodilatatorëve në astmë dhe sëmundjes obstruktive kronike. Dallimi themelor është a të përdoret B2-agonist ose antiholinergjik si bar i parë dhe pas kësaj steroid apo anasjelltas.

.

**Parasimpatolitikët.** Në të kaluarën, atropini nuk është përdorur te të sëmurët me sëmundjen obstruktive kronike dhe me bronhitis për shkak të rritjes cirkozitetit të mukozës. Megjithatë, atropini e bllokon formimin e ciklinit të guanizon-monofosfatit dhe në këtë mënyrë ka efekt bronhodilatator. Barënat antimuskarinë potencojnë efekt bronhodilatator të barnat simpatikomimetik.

**Natriumi Kromolin.** I stabilizon mastocitet, inhibiron degranulacionin dhe liron histaminet. Ky është i levrdishëm te preventiva e bronhospazmës.

### **ZbuteS Te sekrecionit (sekretit)**

Metoda më qenësore për zbutjen e sekretit të dendur, të fortë dhe adherent është hidratacioni. Hidratacioni arrihet me humudiferim (me lagshmërinë) ose me nebulizator ultrasonik i cili e nxen ujin steril dhe formon aerosol të cilin i sëmuri e thithën 20 minuta.

Infekcioni i mushkërive trajtohet sipas kulturës së senzitivitetit, me antibiotikë të spektrit të gjërë, siç janë ampicilini ose cefalosporini. Infekcioni mundet energjikisht të shërohet që të zvogëlohet fortësia, viskoziteti dhe sasia e sekretit.

### **Mënjanimi i sekretit**

Mënjanimi i sekretit arrihet me kombinimin e drenazhës së pozicionuar, me të kollitur, me perkusion dhe vibrim të karhërorit gjatë 15-20 minuta disa herë gjatë ditës.

Fizioterapia e gjoksit( perkusioni dhe vibrimi me pozitën e drenazhit) me të kollitur është efikas në pastrimin e rrugëve qendrore dhe periferike të frymës. Me fizioterapi lëviz sekrecioni bronhial periferik kah rrugët qendrore të frymës prej ku sekretet fare lehtë largohet (evitohet) nëpërmjet kollitjes dhe nxjerjen nga kolli. Relativisht është kundërindikative te të sëmurët me apces, me metastazë në brinjë dhe hemoptizimet sinjifikative. Shtypja intermitente pozitive e frymëmarrjes nuk është efikase në raport me metodën paraprake.

Teknika e forcuar e ekspiracionit është më efektive në evitimin e sekretit se sa kollitja. dallohet nga kollitja sepse realizohet pa e mbyllur glotisin dhe pa fazën kompresive e cila e karakterizon kollitjen. Shtypja transpulmonale është më e ulët që rezulton në kompresion më të ulët të rrugëve të frymëmarrjes me të cilat përmissohet pastrimi i pjesëve proksimale dhe distale.

Masat për ngritjen e edukimit dhe motivimit në lidhje me kujdsin postoperativ.

## **6. VLERSIMI PARAOPERATIV I PACIENTËVE**

Përveç procedurës së zakonshme për vlersimin e pacientëve në operacionët me të larta shqyrtimi paraoperativ i pacientit kërkon fazën e vlersimit dhe peshën e sëmundjes të mushkërive dhe sistëmin kardiovaskular.

### **6.1. HISTORIA E SEMUNDJES-ANAMNËZA**

Historia e sëmundjes shpesh ngre dyshime për diagnozën e sëmundjes të mushkërive, pacientit vecanërisht kancerin. Pacienti mesatar me kancer të mushkërive është dekadë e gjashtë ose shtatë të jetës, një duhanpires i pensionuar dhe peshe humbur kohët e fundit. Një përqindje e vogël (<10%). Kanceri i mushkërive është diagnostikuar të përditë duhan dhe sëmundja është e rrallë në pacientët e moshës nën 30 vjeç.

Shumica e pacientëve, megjithatë, ka një ose më shumë nga simptomat dhe shenjat e sëmundjes të cilat mund të jenë bronkiale, pulmonare, ekstrapulmonare, intrathoracik, metastatic extrathoracik, intrathoracik dhe jo specifike.

Simptomat bronhopulmonare dhe shenjat që kanë të bëjnë në mushkëri (kollë, dhimbje gjoksi, dispnë) ose janë për shkak të acarimit bronhial, ulcerat, pengimit skajor, infeksionit të pengesave ose një këmbim i këtyre proceseve.

Kolla është simptomë më e zakonshme e sëmundjeve të frymemarjes në përgjithësi. Të rriturit prodhojnë normalisht në ditë rreth 100ml e mukosit në traktin respirator. Kur formimin e mukosit me të madhe, kjo stimulon membranën si peshtymë. Peshtymë mukoide është i pastër dhe të bardhë. Purulent simptome ndryshon nga ndodhja e pakta linjave purulent kollitje për të pastruar.

Hemoptisis është manifestuar zakonisht në fenomenin e zhvesh gjakun pak të fresket. Ata janë të pranishëm në më shumë se gjysma e pacientëve me kancer të mushkërive dhe në të shumtën e rastëve janë shenja e parë e sëmundjes malinjë.

Dhimbje gjoksi - është i pranishëm në 40% të pacientëve, me kancer të mushkërive. Zakonisht butë, të vazhdueshme dhe të shurdher në anën ku zhvillohet tumori. Dhimbje plural është shkaktuar drejtpërdrejt e tumorit, pushtimin e pleures parietal dhe përkeqsohet kur të marrë frymë thelle ose kollitjes. Tumoret mediastinale e shkaktojnë dhimbje retrosternale.

Dispnea është e zakonshme në pacientët me kronike. Sëmundja pulmonare dhe karcinoma e mushkërive dhe (30%). Në semundje kronike të mushkërive dispnea ndodh vetëm nëse ka rezerve frymemarjes është demtuar rëndë dhe të detyrar vëllim espirator në një të dytë është (FEV1) me pak se 1500ml. Një gjetje e tillë ka të bëjë ventilimin në periudhën postoperative.

Frymëmarje e rëndë përshkruhet në 10% të pacientëve dhe është lokalizuar shpesh tek njëra anë ose nga ana në të cilën semundja zhvillohet. Është udhë ajrore për shkak opstrukcionit dhe kur një trup i huaj në frymemarje. Megjithatë, në rastë të tilla, ne nuk duhet të harojmë mundësinë e pranisë së tumoreve që rriten ngadalë dhe për një kohë të gjatë.

**Simptoma ekstrapulmonale intratorakale** për shkak të rritjes së tumorit përtëj kufijve të mushkërive. Pushtimi i tumorit në prejardhje pleural shkakton dhe në ezofagut manifestuar semundjen disfagia dhe presion mbi vena-cava sindromi vena supëriore pengim caval. Përfshirja rrjet tumor manifestohet me dhimbje në shpatull dhe sindromes në tumor.

Simptomat ekstratorakale matastatike - janë për shkak të metastazës jashtë gjoksit me shpesh, matastaze në tru, skeletik, melcisë, veshkave, gjëndra, trakti gastrointestinal, pankreasit.

Simptomat ekstratorakale ndodh për shkak të sindromes jo-metastatik paraneoplastike, e cila është rrafshuar për shkak të zhvillimit të substancave tumorit.

Pirja e duhanit rrit rezikun e semundjes kronike dhe malinjë të mushkërive dhe në të njëjtën kohë rrit rastët e komplikimeve postoperative pulmonare.

## **6.2. KONTROLLI FIZIK**

Metodat themelore të provimit inspektimit klinik, prekje, degjim dhe goditje të lejoje mjekun për të orientuar në vlersimin e peshës së përgjithshme të semundjeve e pranisë së konsolidimit të mëdha atelektaza apo rrjedhje pleural dhe nëse ka komplikime të qarta ekstratorakale të kancerit.

Cianoza periferike (e gishtave, buzëve dhe veshet) duhet të dallohet nga rrasët e qarkullimit të keq (akrocianoza). Egzistenca e cianozes qendrore (mukozen e gojes). Kur cianoze është e pranishme, atëherë ngopjes me oksigjen hemoglobinë e gjakut arterial, oksigjen është 80% ose më pak (PaO<sub>2</sub> e më pak se 50mmHg)

Zhurmat e frymemarjes - zhurmave lagësht shkaktohen zakonisht nga prania e lëngjeve në rugët e frymëmarjes dhe të sugjerojnë egzistencën e mbajtjes së pështymës apo një shenjë e edemës pulmonare. Zhurmat do të thotë pengesa në rruget e frymemarjes egzistuese.

Testet laboratorike- të cilat janë kryer në të gjithë pacientët mund të jetë azalaninë,rendesishem në para operacionit vlersimi të gjakut mund të tregojë anemia e reduktuar mbushje e artërial hemoglobinë. Leukocitët mund të jenë një tregues i infeksionit aktiv edhe antibiogram.

### **6.3.RADIOGRAFIA E GJOKSIT**

Radiografia e gjoksit është metode më e dobishme e diagnozës, sepse jo me shumicën e rastëve zbuluar dhe semundje të lokalizuara.

Disa gjetje radiografike mund të ketë implikime të vecanta gjatë anestezis. Zhvendosja ose pengimi tregon që mund të ndodhe kur në mase intubimi.

Mediastinale pengojnë ventilimit dhe të coje në zhvillimin e sindromes pengimit djegur vena cava. Shfrim pleural zvogelon kapacitetin vital (VC) dhe shkakton zhurmat e zemres në mundesinë e tyre.

### **6.4. FUNKSIONI PARAOPERATIV PULMONARE TESTI TPF DHE RREZIKU OPERATIV**

#### **6.4.1. Faza prove**

1. testet e funksionit të mushkërive
2. testet e funksionit të mushkërive individuale
- 3.stimulimi i kushtëve post-operative.

#### **6.4.2. Tëstët pulmonare para operacionit funksion**

- Gazrat e gjakut arterial
- Spirometrija
- Volumi i mushkërive

#### **6.4.3. Përgatitja preoperative**

Të sëmurët që janë të nënshtruar në operacionet torakale pësojnë ndërlikime postoperative. Ndërlikimet më të shpeshta janë atelaktaza dhe pneumonia, të cilat ndodhin gjatë periudhave të paraoperimit, intraoperimit dhe postoperimit.

Incidenca e ndërlikimeve postoperative të mushkërive është në lidhje me shkallën paraoperative të disfunktionimit respirues.



Duhanpirësit në krahasim me joduhanpirësit kanë 6 herë më shumë incidencë të ndërlikimeve të mushkërive. Të sëmurët me sëmundje kronike të mushkërive, kur krahasohen me të shëndoshët, incidenca zmadhohet për 20 herë në ndërlikimet postoperative të mushkërive. Infekcioni, dehidrimi, disbalansi elektrolit, malnutricioni (të ushqyerit keq) etj., e shtojnë rrezikun e ndërlikimeve. Shkaku i dytë i ndërlikimeve është çrregullimi i funksionimit të mushkërive gjatë operacionit, ndërsa i treti pamundësia e frymëmarrjes së thellë pas operimit për shkak të dhimbjeve.

Përgatitja e mirë paraoperuese mund ta përmisojë aftësinë e të sëmurit që të mund ta durojë intervenimin hirurgjik me zvogëlimin e morbiditetit dhe mortalitetit për këtë shkak. Evaluacioni operativ duhet të jetë i përcjellur me përgatitjen paraoperuese me qëllim që të arrihet gjendje optimale të vetë prania e sëmundjeve të mushkërive.

## 7. TERAPIA PARAOPERATIVE I KANCERIT TË MUSHKËRIVE

Terapia paraoperative nënkupton administrimin e barnave kemoterapik, rezatim ose të dyja llojet e terapise, si dhe synon heqjen e tumorit pergjatë intërvenimit kirurgjik. Nga terapia e indukcionit pritët që të shërohet plaga deri në atë pike që të radikalizohet.

Është e ditur nga më parë se trajtimi i tillë mund të arrihet me sukses në trajtimin e kancerit të gjirit, sarkomën e kockave, tumori tëstikular, tumori i qafës së mitrës dhe kanceri i ezofagut. Megjithatë, është e ditur se disa prej këtyre tumoreve mund të shrohen me sukses me kemioterapi dhe pa ndërhyrje kirurgjikale.

Kemoterapia paraoperative nënkupton terapi citoreduktive dhe është e administruar në përgjithësi përpara trajtimit definitiv kirurgjikal lokoregjional.

Shërimi paraoperativ i kancerit të mushkërisë (NSCLC), kryesisht bazuar në përdorimin e heqjes kirurgjikale të tumorit, të arriturat deri më sot kanë dhënë rezultatë me të mira. Megjithatë, pa marre parasysh mënyren e terapise, vetëm prej 11 deri në 13 % e të sëmurëve jetojnë deri në pesë vjet. Midis tyre prej 30%-35% e të sëmurëve me kancer të mushkërive janë operuar dhe vetëm 5% prej tyre janë shëruar me modele të ndryshme të terapive (kemoterapi + rezatim).

Prej përvoges të deritanishme vetëm 10%-20% e të sëmurëve me këtë lloj i janë nënshtruar trajtimit me heqje kirurgjikale.

Duke e përdorur terapinë paraoperative me qëllim që të zmadhohet rehabilitimi i kancerit të mushkërive dhe me shpresën që të zmadhohet në këtë mënyrë mbijetësia këto ndërhyrje janë bere qysh 30 vjet më parë. Pas rezultatëve të para nga ndërhyrja me terapi rezatimi, e cila garantontë sukses, në kontrollin lokal të sëmundjes, hasen në faza zhgënjimi. Sëmundshmeria dhe mortaliteti pas kesaj ndërhyrjeje është në rritje dhe efekti i arritur për zgjatjen e mëeëjshme të jetës është shume i ulët. Në numrin më të madh të të sëmurëve u paraqitën metastaza ekstratorakale. Përvoja me marrjen e imunoterapise është e njejtë ose dekurajuese. Pasi tretmani postoperativ mvarët shume nga paraqitja e metastazave, dukej se marja e kemotërapise është e pranueshme për përmiresimin e shërimin. Megjithatë për onkologun kur behet fjalë për çfar do lloj të karcinomit të mushkërive problem mbeten kontrollimi i sëmundjes dhe sigurisht metastazat ekstratorakale.

Rëndesi të madhe ka paraqitja e metastazave pas ndërvenimit kirurgjikal, kontrolla lokale e tumorit ka rëndesi të posaçme tëk karcinomi jo mikrocelular dhe kjo mund të arihet me rezatim sekundar megjithatë 50% të të sëmurëve paraqitën në klinike pas paraqitjes se metastazave.

Shërimi kirurgjik si terapi bazë në shërimin e karcinomit jomokroqëlizor mund të ofron ndihmë edhe në stadin e III-të, mundësitë e radioterapise dhe kemoterapisë si mundësi e vetme shërimi në atë stad janë shume të thjeshta. Tëntimet preoperative për kemoterapi tëk ky karcinom janë bere qysh në vitëin 1970, megjithatë rezultati i terapisë atëher ka qën zhgenjyes sepse në atë kohe nuk ka pasur barëra efikase të cilët kanë vepruar tek karcinomi i lartpermendur.

Paraqitja e kemoterapisë së kombinuar ka zgjuar interes dhe arsytimi per marjen e kemotërpaise se indukuar është bërë e ditur se marja e saj mund të të arije redukcion të tumorit primar dhe të lehtësoj resekcionin.

- \_të siguron shërimin e mikrometastazave në fillim të shërimit
- \_të ulë mundësin e diseminacionit hematogjen
- \_të siguroj kontrollë mbi stimulimin e faktorëve për ritjen reziduale të tumorit dhe metastazave të cilat lirohen gjatë operacionit dhe e helmojnë plagën e operuar.
- \_të ofroj shancë kirurgut të bën me pak operacionë ekstënzive.

Qëlimet hemoterapise janë;

- \_të zgjatë periudhen e mbijetëses,
- \_të pengoj paraqitjen e recidivit lokal,
- të zgjeroj mundësit e shërimit kirurgjik dhe të mundesoj resekcion radikal optimal
- \_të bej rënditjen e stadimit në të cilen është semundja dhe të vlersoj pregaditjen e terapise plotësuese.

Barërat që jepen në kemoterapi janë :

**CISPLATIN, IFOSFAMID, VINBLASTIN, VINDESIN dhe MITOMICYN C.**

Me e njohur është kombinimi i tre barërave të cilet janë: mitomicin, isofsfamid, cisplatin(MVP), në vitët e fundit gjithashtu jepen edhe barërat analog siç janë; Gemcitabin, Taxol, taxotëre, CPT 11,vinorelbin.

Zbulimi i efikasitetit të këtyre barërave është në rrjedha dhe tani për tani rezultatët janë të kenaqëshme, veçanërisht kur behet fjale për kombinimin e cisplatinit dhe carboplatinin me taxolom ose kombinimin e cisplatinit me gemcitabinom. Kriteriumi i kemoterapisë së indukuar tek karcinomi jomikrocelular të mushkërive është:

- >karcinomi i pa shëruar me parë patohistologjikisht i vertëtuar
- >vlersimi i kirurgut se reseksioni është i mundur
- >Vlersimi se kriteriumet janë të mjaftueshme për operim si dhe për marrjen e regjimit të kemoterapisë.
- >mungesa e metastazave në kerkimet themelore për zbulimin e shkallës së sëmundjes
- >mungesa e sëmundjeve sistematike ose sëmundjeve tjera, sindromave, sëmundjeve malinje
- >WHO performans status 0,1 ose 2 ose karnovsky mbi 70%

Sherimi i stadi të III-të sot është interes jo vetëm i kirurgeve por edhe onkologeve klinik, ekzistojnë qendra në të cilat Stadi i III-të është operacion rutinë por radikaliteti i atij operacioni është shumë diskutabil, sidomos kur është fjala në invazion të madh të mediastinumit.

Stadi i III-të A përfshin T3 d.m.th. tumorin i cili infiltron pleuren parietale, murin e kafazit të krahërorit dhe perikardin ose kapën bronkun kryesor, në këtë stad janë të sëmurët me invazion të mediastinumit apo sëmundja N2. Kjo është grupë e cila sipas strukturës së vet është shumë heterogjenë dhe kjo ndikon në prognozën dhe ajo është shumë e ndryshme.

Kur behet fjale për stadin III A duhet të shikohet dallimi në mes të sëmurëve T3 të cilet kanë prognozë relativisht të mirë dhe më së shpeshti mund të operohen radikalisht dhe të sëmurët me N2, gjithashtu nuk duhet të harohet se tek të sëmurët me N2 ekziston ndryshim kategorik i infiltrimit të mediastinumit.

Ajo mund të jetë nga invazimi minimale cila zbulohet pas operacionit në vizitën definitive histopatologjike deri në invazimet masive të cilat janë klinikisht evidentë.

diagnostifikemo preoperativ i të sëmurëve me N2 është diskutabil, tomografia kompjuteristike ofron mundësi diagnostike të rreth 60% të të sëmurëve por 40% është e vështërsar

Egziston dilema logjike se mediastinoskopia duhet të bëhet paraselektimit për kemoterapi të indukuar d.m.th. para marjes së saj dhe çka të bëjme pas pranimit të terapisë, para planifikimit të operacionit.

Për shumicën e të sëmurëve me IIIA dhe shumica e atyre me N2 tek të cilët zbulohet para operacionit dhe nuk ka asnjë fakt se ka dobi nëse në fillim kanë marrë shterim operativ.

Në disa rastë, pushtimi i shtyllës kurizore mund të bëhet nga heqja e pjesshme ose totale të unazes. Operimi i kancerit Pancoast në ditët e stoshme zhvillohet në shume metoda me të cilat mund të arrihet radikalizmi. Tumoret të cilat përfshinë vetëm venët e mushkërive mund të reduktohen dhe të qepen direkt. Në krahasim me metodën për heqje konvencionale,

operimi ekstënzim është i lidhur me një rritje të rrezikut të komplikimeve postoperative dhe intraoperative. Sipas kësaj, faza ekstënzive në masen lokale rrit rrezikun e metastazës së largët.

Në mënyrë që qasje shume agresive kirurgjikale, mund të përdoret vetëm pas një qasjeje multidisciplinare diagnostike dhe terapeutike në pacientët të cilët i janë përgjigjur favorshëm induksionit kemoterapik. Heqja kirurgjikale në këtë fazë e konsiderojmë të nevojshme për të kategorizuar fazën T4 (invazion e venëve të thara, infiltrimi i karinës,

Infiltrimi i segmentit më të ulët të trakes dhe infiltrimi i origjinës së venëve të majta pulmonare të cilat mund të zgjidhen me qepje kirurgjike) dhe pa dyshim me fazën T4 (malinje pleurale apo rrjedhje rreth zemrës, pushtimi i tumorit në ezofag dhe rruaza)

Stadi i fundit në fazën përgatitëse paraoperative është edukimi dhe zmadhimi i motivacionit, ky stadium përfshin edhe stabilizimin e të gjitha kushte tjera medicinale, siç janë përmisimi i nutricionit (të ushqyerit), ushtrime respirative, humbja e peshës së tepërt trupore, përdorimin e O<sub>2</sub> (terapia e oksigjenit) dhe antibiotikut, edukimi në lidhje me kujdesin postoperativ (pas operacionit) etj.

## **8. PERIUDHA INTRAOPERATIVE**

### **8.1. Monitorimi i funksionimit kardiovaskular**

#### **8.1.1. Elektrokardiogrami, askultimi**

Të sëmurët që u nënshtrohen procedurave torakohirurgjike u duhet monitorim të EKG (përçuesi i II- të dhe nëse është e mundshme V5) të steteoskopit të krahërorit ose stetoskopit eyofageal për askultimin(dëgjimin) e frymëmarjes dhe toneve të zemrës dhe matjen e temperaturës.Steteoskopi i krahërorit vendoset në hemitoraks të varur me qëllim që të përcaktohet ventilimi i mushkërive.

Aritmite paraqiten shpesh gjatë dhe pas operimit torakal.Për këtë shkak monitorimi i vazhdueshëm i EKG është shumë i rëndësishëm.tahiarimia supraventikulare gjatë fayës së intraoperimit mundet të realyohet me spostimin (largimin-pak) të zemrës.Aritmia gjatë ventilimit të njërës mushkëri më shpesh është shenjë e oksigjenimit apo ventilacionit jo adekuat.Aritmia posoperative ndodh gjatë stimulimit të sipatikusit me dhimbje ose gjatë reducimit të koritës vaskulare të mushkërisë gjatë resekcimit të mushkërive.

Bazamenti i tubacionit të EKG paralelja e dytë me P talasin është e nevojshme për të zbuluar aritminë.Monitorimi i njehershëm i tubacionit V5 mundëson ndjekjen (përcjelljen) të ishemiisë miokardiale në murin anterolateral.Shfrytëzimi i numrit më të madh të tubacioneve siguron sensitivitet më të madh në detektim.

#### **8.1.2. Kateterizimi direkt (i drejtpërdrejtë) i arterieve**

Kateterizimi i arteries periferike është procedura themelore për anesteziologët te të sëmurët që u nënshtrohen operacioneve të mëdha torakale.Kjo mundëson matjen e vazhdueshme të tensionit të gjakut dhe marrjen e një egzemplari të gjakut të arteries për përcaktimin e analizave të gazit dhe statusit të bazës acidore.Gjatë plasimit të 20 G teflon kateterar dhe arteries radiale , rreziku është fare i vogël dhe mundet maksimalisht të zvogëlohet duke e vlerësuar gjendjen e a.ulnaris.Vlerësimi i rëndomtë realyohet me modifikimin e testit të Allenovit.Incidenca e ndërlikimeve ishemike pas kateterizimit të arteries është 0,01%.

Përcjellja e vazhdueshme e tensionit të gjakut gjatë opeacioneve torakale, është qenësore pasi që ndrimi i vulumit intravaskular, për shkakj të manipulimeva hirurgjike, mund të nxisin ndryshime të mëdha dhe të befasishme të tensionit të gjakut.Vështirimi i çastit në etologjinë e tyre siguron

kohë për marrjen e masave adekuate. Ndjekja serike e analizave të gazrave në gjakun e arteries është e domosdoshme të të sëmurët të të cilët ventilohet njëra anë e mushkërive ose të ata ku pjesa e mushkërisë veçohet nga ventilimi për një kohë të caktuar. Hipoksemia arteriale mund të ndodh gjatë lakimit në mushkëritë të kolabiruar dhe hipoksemisë vazokonstricionale të mushkërive. Mund të jenë të përcaktuara ndryshime të dukshme në bazën acide të satusit si dhe hipo dhe hiperventalimit.

Te operacionet torkale kateteri radial mund të plasohet në të dy ekstremitetet e larta. Për medijaskopi është e levërdishme të vendoset në dorë të djathtë dhe për shkak të përcjelljes të kompresionit të arteries anonime nëpërmjet medijastinoskopit. Te torakotomia radiale kateteri i arteries zakonisht vendoset në dorën e varur me qëllim që të sigurohet stabilizimi i kateterit. Megjithatë, nën të sëmurit duhet të vendoset nënkrezë (jastëk) me qëllim që të mbrohet aksili dhe të evitohet kompresioni aksilar i arteries dhe pleksusi brahijal i asaj dore.

Në raste të rralla, kateteri i arteries vendoset në brahilalen femorale ose a.dorsalis pedis, nëse cirkulimi kolateral ulnar nuk është i përshtatshëm.

### **8.1.3. Monitorimi i shtypjes së te venët qëndrore**

Shtypja qëndrore e venëve (CVP) është indikator i shtypjes së paradhomës dhe dhomës së djathtë. CVP e mban volumin e gjakut, tonus dhe preformansat të dhomës (komorës) së djathtë. Megjithatë, në CVP, gjithashtu ndikon opstrukcioni i venëve qëndrore në tensionin intratorakal (p.sh. shtypja intratorakale-PEEP). matja serike e CVP, është shumë e dobishme nga matja individuale.

### **8.1.4. Testet e funksionimit të barkushes së majtë**

Shkaqet që kontribuojnë në disfunkcionimin e ventrikulave (LV) të të sëmurët me sëmundje të mushkërive janë sëmundje koronare apo valvulare, hipertensioni sistematik, hipoksemija sistematike dhe acidoza, me ndryshime qenësore në tensionin intratorakal dhe disfunkcionimi i ventrikulës së djathtë.

Sëmundja koronare dhe arteike është para së gjithash shkak i LV disfunkcionimit. Ishemia miokardiale e cila të shpien deri te inarkti mund të ndodh në tërë periudhën perioperative, edhe pse është kulmi i paraqitjes së incidencës gjatë operimit dhe ditën e

tretë pas operimit. I pari është shkaktuar me ndryshimet intraoperative në hemodinamikë, ndërsa tjetri me epizodat e hipoksemisë, me mos përdorimin e mjaftueshëm të analgetikëve etj.

Egzistojnë vetëm dy argumente të prediktorit paraoperativ të prediktorit dhe morbiditetit perioperativ të zemrës (definohet si paraqitjes së infarktit miokardial, me anginë jo stabile, dobësitë kongestive të zemrës. Disritmi seroze ose vdekja nga zemra gjatë periodit intraoperativ apo hospital të periudhës postoperative). Parashenjat (simtomet) janë infarkti i miokardit para 6 muajve dhe dobësia kongestive e zemrës.

Parakushtet të interoperacionit të morbiditetit, operacionet akute, prolongimi ( $\geq 3h$ ) dhe operacionet torkale dhe abdominale, janë gjithashtu si parakushte të pa varura gjatë morbiditetit perioperativ, ndërsa zgjedhja e anestezisë nuk bën pjesë. Parakushtet dinamike intraoperative të fazës së perioperativit të morbiditetit të zemrës janë hipotensioni dhe tahikardia operative. Hipoertensioni mbete edhe më tutje si parakusht kontrovers.

Nëse në historinë e sëmundjes ekzistojnë të dhëna për angina pectoris ose EKG, diagnostifikimi i fazës preoperative të evaluimit koronar të funksionimit arteriel është i domosdoshme (Q-dhëmbor-infarkt i më hershëm, bllokim i degës së majtë, S-T segment elevacioni-ishemi transmural, S-T segment i depresionit-ishemi submiokardiale, S-T segment depresiv-ishemi submiokardiale. T-talas i inverzionit dhe dhe U-talas-sëmundje koronare në degën kryesore të majtë.) Grada e parë e sistemit të invazionit është testi jo invanziv (jo sulmues) i ngarkesës. Testi i EKG dhe kaliumit janë testet më të mira në këtë çast. Testi i ngarkesës jep informata për nivelin e funksionimit të të sëmurit. Për fat të keq, shkalla e testit të ngarkesës mund të jetë e limituar me ventilimin e ulët apo me rezervën e ulët kardiale. Nëse EKG është normale gjatë ngarkesës, operacioni mund të kryhet. Nëse testi i ngarkesës së EKG tregon isheminë atëherë është i indikuar se testi i ngarkuar i kaliumit. Nëse testi i kaliumit është negativ atëherë kryhet operimi i resekcionit të mushkërive. Nëse testi i kaliumit është pozitiv për isheminë atëherë duhet të kryhet koronarografia. EHO zakonisht aplikohet në përcaktimin funksionimit të e VM (ventrikuli i majtë).

Në rast se ekziston sëmundja e theksuar e arterieve koronore, të sëmurit, duhet të kryhet operimi by pass para apo pas resekcionit të mushkërive. Te shkalla më e ulët e sëmundjes koronare resekcioni i mushkërive duhet të kryhet pas pas terapisë përkatëse medicinale të insuficiencë koronare. Nëse të sëmurit janë të nevojshme operacionet by pass koronar të enëve të gjakut dhe limitimi i resekcionit për shkak të karcinomit, të dyja intervencat mund të kryen në të njëjtën anestezi, por by pass kryetpara resekcionit të mushkërive. Te të sëmurët që u duhet operimi by pass



dhe kanë sëmundje serioze të mushkërive me nevojën për segmentektomi ,lobektomi apo pulmektomi egziston mundësi e madhe të prolongohet operacioni i mushkërive ku rritet mortaliteti operativ dhe për këtë shkak nuk duhet të kryhet në aktin e njëjtë.

Megjithate, është kryer një numër i vogël i sukseshëm i operimeve të kombinuara.

Në rast se është indikuar resekcion i madh te të sëmurët me sëmundjen serioze koronare, së pari duhet të kryet operacioni *by pass* dhe pas përmisimit të gjndjes me kohëzgjatje prej 4-6 javë atëherë kryhet resekcioni.

Rreziku gjatë anesteziës së përgjithshme për operacionet nekardohirurgjike te të sëmurit *by pass* është i njëjtë sikurse te të sëmurit pa indicie të sëmundjes koronare.Gjithashtu është vërtetuar se rreziku operues i procedurës së kombinuar e tejkalon rrezikun për përhapjene tumorit.

Në vitët e fundit ka arritur ndjeshëm numrin e kirurgjise torakale, përjashton kirurgjinë e zemrës. Ky trend ka kërkuar zhvillimin e duhur të anesteziës, në mënyre që sot anestezi në kirurgji torakale u be specialist i veçantë.

Zhvillimi i teknikave të anesteziës për kirurgji torakale kanë ndikuar në menyre të konsiderueshme shume probleme në kerkim. Themelorja e anesteziës në fillim, ishte një shkembim me gaz në gjoks të hapur, por kjo është një mjet serioz të kontrolluar ventilimit pozitiv presion. Përdorim klinik relaksimi i muskujve të lehtësoje zbatimin e ventilimit. Izolimi i kontrolluar një mushkëri e njëri-tjerit gjatë operacionit të dhenë një ndarje e rëndesisheme e mushkërive përvoje klinike përcaktojnë tregues dhe teknikat e anesteziës një të mushkërive janë sqaruar ndryshimet në ventilim dhe përfuzionit në shtatin e zgjuar dhe anestezi gjatë ventilimit mekanik në kurrizore dhe pozicionin në anën tuaj.

Zhvilluar një metode e mbajtjen e një mushkëri, e cila mundesoi ventilimi në sigurimin e stabilitetit të pacientëve në periudhen postoperative.

## 9. ANESTEZIA PËR KIRURGJIN E KRAHERORIT

### 10.1. Farmakologjia e agjentëve të anëstëzisë

Qëllimet e përgjithshme të anëstëzisë janë që gjatë operacionit të siguroj një ënderr, anëstëzia relaksim i muskujve dhe kardiovaskular me efektë minimale ansore.

Efekti i agjentëve të anëstëzisë në trup veçanrisht farmakologjia e këtyre agjentëve në ligje me kirurgjin e kraherorit është e nderlikuar.

Pacientët shpesh here kanë një funksionim pulmonar jo të mirë dhe mosfunksionim kardiovaskular në të cilin anëstëziosi ndikon. Pasi janë organë ku bëhet shkëmbimi i gazrave njëkohësisht janë edhe vende për procedurat kirurgjikale mund të ndodh një konflikt i interesit i kirurgut dhe anëstëziologut. Kompromisi duhet të arrihet në mënyrë që operacioni të kryhet me oksigjen adekuat.

Anestëtikët mund të ndryshojnë përgjigjet normale të pacientit të zgjuar në hipoksemi, hiperemi.

Ventilimi alveolar mund të ndërprehet si rezultat i ndryshimit të frekuencës të frymëmarrjes ose vëllimit të frymëmarrjes ose të dy së bashku.

Anestëtikët mund të ndryshojnë punën e frymëmarrjes ndikim në aderimin, mund të ndikojnë edhe në mukusin bronchial dhe rezistencën e rrugëve të frymëmarrjes.

Në mushkeri ekzistojnë mekanizma të ndryshëm që ndikojnë në lidhje me ventilimin dhe përfuzionin. ato mund të ndryshohen në anëstëzion.

Reflektet bronhokonstriktor dobësojnë ventilimin në pjesë të mushkerive ku kemi vaskularizim të dobët ndërsa rrit ventilacionin në zonat e vaskularizuara mirë ajo ndikon që sekretimi i CO<sub>2</sub> të jetë efikas.

Mekanizmi i depresionit lejon ventilimin në zonat me vaskularizim të dobët të mushkerive që rrit vdekjen dhe humbjen e ventilimit.

Perfuzioni pulmonar ndëret nga CO dhe rezistenca pulmonare vaskulare në të dy ndikojnë anestëtikët.

Ngushtimi i vazove pulmonare kullon gjak nga zonat me oksigjen të dobët, vendet mirë të oksigjenuara kanë një përfeksion të ulur. Gjatë anëstëzionit të përgjithshëm rritet devijimi dhe reduktohet PaO<sub>2</sub>. Ngushtimi i vazove mund të jetë faktor shtesë.

Shembja e mushkerive në menyrr të pavarrur rit devijimin shume hetime janë marr me studimin e efektit të anestezionit në HPV me qëllim të minimalizohet devijimi.

Furnizimi me O<sub>2</sub> nvalet nga CO<sub>2</sub> pasi anestetikët veprojnë në funksionin kardiovaskular dhe për këtë qëllim duhet të konsiderohet edhe kirurgjia e kraherorit. Në CO<sub>2</sub> mund të ndikojë ndryshimi i frekuences rritmi i volumenit i cili mund të jetë shkaktar nga anestëzioni.zgjedhja e anestetikeve gjat anestëzionit nvalet nga dikimi i oksigjenizimit në anestezion.

## 9.2.Inhalacion i anestetikëve

Oksid azoti(N<sub>2</sub>O) ndikon në oksigjenizimin në shume menyra.në anestetik të dobet më shumë N<sub>2</sub>O janë të nëvojshem që të arrihet anestëzioni që mund të sjell hipkseimi zvoglim të FiO<sub>2</sub>. në kohen e opëracionit të kraherorit janë të nëvojshem më shumë koncentrim të O<sub>2</sub> që do të thotë se O<sub>2</sub> mund të meret me koncentrim të vogel. Koncentrimi i ulur i N<sub>2</sub>O(20% n<sub>2</sub>o) më shumeë (50%) paraqët vetëm anamnez dhe zgjimi paraqët problem. për çdo rast i nëvojshem është dhenja e anestetikëve të tjere. Gjatë hyrjes se N<sub>2</sub>O menjërrë meret nga alveolet.pastaj N<sub>2</sub>O futët menjëher në gjak me O<sub>2</sub>. Qëndron i koncentruar në alveole e cila çon në tepric të O<sub>2</sub> dhe rritje të PaO<sub>2</sub>.

Një efekt i tille i përqëndruar i N<sub>2</sub>O në O<sub>2</sub> i jepet një agjent që zgjat deri në 10 min që të mund të rrugulloj oksigjenimin në atë kohe. kur N<sub>2</sub>O përjashtohet ndodh efekti i kundert N<sub>2</sub>O menjëher futët në alveole dhe sjell hollim të gazrave në alveole,si rezulltat ndodh hollimi i O<sub>2</sub> dhe mund të sjell difuzion , zakonisht paraqitët tëk dhoma e të semureve ku jepët ajer dhome. Hipksia zgjat 15 min dhe mund të jetë e rende për të sëmuret.

Oksid azoti mund të zvogloj komplikacionët në gjoks me kombinim me narkotiket .mund të zhvilloj trupit ngurtësi me nëvoj për bllokade nëuromuskulare dhe ventilim.

Oksid azoti ka ndikim të vogel në tonusin e bronheve por ka efekt të keq në qëlizat mukocilare mund të jet okomulim i sekrecionëve.

Oksid azoti ka disa efektë jo të mira në përgjigjen e frymemarrjes në hipoksi efekti jo i mire është edhe me i dukshem nëse bashkohet rezistënca respiratore.

Përgjigje të dobsuara të hipoksisë mund të jetë përgjegjes për hipodifuzion që paraqet ndalet N<sub>2</sub>O ka më shumë rrjedhe O<sub>2</sub>, në ashtu raste hiperventilimi e rregullon gjendjen. Pëngesa me e madhe e N<sub>2</sub>O gjat opëracionit të kraherorit është depërtimi i N<sub>2</sub>O në hapsirat të mbyllura.

Oksid azoti është i kunder indikuar në prani të pneumotoraksit, ajer i pastër i mbyllur sepse rrit volumenin. ndotja e ajrit të pastër behet për 10 min katërfishohet mbrenda 2 ore. Nëse është hapsira e qetë presioni rritet nëse kalon në vena mund të ndryshoj funksionin kardiovaskular. volumeni i rritur shkakton ndryshim të mediastinumit dhe simptoma tensioni të pneumotoraks.

Mbyllja e gjoksit pas pulomektomisë hemitoraksi përmban ajer, drenimi i kesaj hapsire e menjanon rrezikun nga ritja e tensionit nga N<sub>2</sub>O. në rast se gjoksi nuk është mire i drenuar duhet përdorur vetëm O<sub>2</sub> ndersa shtypja në hemitoraks duhet të jetë ndermjet - 4-8 cmH<sub>2</sub>O.

Thithja e alectasis në mushkeri është me i shpëjtë nëse përmban një gas që është i shpjegueshem ose të marra nga gjaku ku 100% o<sub>2</sub> favorizon dhe krijohet atelektaza.

Në anën tjetër renia është me e shpëjtë nëse alveola përmban përzierien O<sub>2</sub>/N<sub>2</sub>O. Kjo është e rendesishme në anestezi/ventilimi të mushkerive në varresi të mushkerive është reduktuar tashme FRC dhe rritja e vëllimit të të mbylljes të rrugëve të frymëmarrjes favorizon paraqitjen e atelektazis dhe ritjen e devijimit gjatë anestezis dhe periudha postoperative.

### **9.3. ANESTETIK TË PA QËNDRUESHEM.**

**Halotani:** sintetizohet në 50 vitet e fundit shekulli xx, dobet i tretshem anestesik i fuqishem.

Qëtësimi i frymemarrjes shkakton rritjen e PaCO<sub>2</sub> deri në niveelet me të larta pas koncentrimit halotani rritet. Volumeni i frymemarrjes zvoglohet frekuenca e frymemarrjes rritet nga stimulimi i receoptoreve shtrihen në mushkeri.

Efekti i përgjithsehm është reduktuar në ventilimin alveolar. me thellimin e anëstëzisë PaCO<sub>2</sub> rritet dhe kjo shkakton çlirimin e endogjenit kateholamin. halotani zvoglon përgjigje të ventilimit në hipoksemi, depresioni është verejtur në 0.1MAC e cila mund të paraqitet pas operacionit në dhomen e rehabilitimit. Efekti depresiv është shume i rendesishem tek të semurët ku frymemarja nvalet nga hiposkemia. Halotani tregohet i mire për bronket, zvoglon rezistëncen e qarkullimit të ajrit dhe rrit kapacitetin e rrugeve të frymemarrjes.paraqitja e frymemarrjes të vështërsuar ndodh ralle ndërsa në faze asme lehtë ndodh nga halotani. Kur jepet anestezi halotani tëk njërzit me dyerhmi e kemi kollje dhe sekrecion.

Halotani është anastëzik holagjen që më shumë përdoret në anëstëzionin e kraherorit. Depresioni HPV si pasoj e rritjes se devijimit në pranimin e halotanit është vecanrisht i

rendesishem gjat ventilimit të njërit mushkërive. gjatë këtyre efekteve halotani përdoret me sukses përdoret me FiO<sub>2</sub> 1.0 pasi sigurohet oksigjenizim i mire artërial (PaO<sub>2</sub>>70mmhg).

Halotani mund të rrit devijim e HPV dhe mund të rrit lidhjen V/Q halotani rregullon ventilimin e mushkerive rrit hapsiren e vdekur.

Në sistemin kardiovaskular volumeni i rrahjes zvoglohet frekuenca e zemres nk ndrishon derisa tënsioni artërial nvareshit nga doza bie. Efekte ngative ndodh në oksigjenzim të vogel artërial dhe në inde. Në situatë të tilla oksigjenizimi ngatëron gjakun e venave në rritjen e devijimit djtht-majt shkakton destruktim artërial.

Enflurani: është i zbuluar 1963 gjat kerkimit të anestetikut që do të zvogloj çregullimin e ritmit nga halotani. është me i fort se halotani me rritjen e koncentrimit të enfluranit frymemarja menjër depërton derisa PaCO<sub>2</sub> ritët shpëjt.ventilimi alveolar ulet pavaresisht nga frekuenca e frymemarrjes .studimet me nfluran tëk të sëmuret paraqitën me kolle dhe sekrecion meshum se sa tëk halotani.efekti i tonusit bronchial nuk është i përcaktuar

Duket që shkakton bronhodilatacion tëk mushkërit shkakton kollitje .efektët e enfluranit në HPV nuk është defenitivisht i përcaktuar tëk njëzrit pasi përcaktohet si anestetik i paqëndrueshem .enflurani nvareshit nga doza i prish funksionët kardiovaskulare por nuk e rrit sensivilitëtin e miokardit.Në doza të njëjta anestetiku enfluran depërton CO dhe presioni gjaku më shumë se halotani.

Izofluran: mjet anestetik i paqëndrushem për shkak të erës të rendë, halotani është me shpëjt i pranueshëm për të sëmuret. ekstrecioni izofluran është me i shpejt si dhe shërimi. Sipas dozave depresioni është me e madhe se halotani me e vogel se enflurani ul volumenin e frymemarrjes ul volumenin në hipoksi .

Rezistënca e rrugeve të frymemarjes është rrituar nga 1%-2% anastëzi izofluran.pavarsisht kesaj keshillohet tëk të sëmuret kronik.

Efektët në bronhokonstrukt nuk është i njohur.izoflorani në koncentrim minimal alveolar (1MAC) inhibron HPVpërgjigje pavaresisht musherit reth 21 % që mund ta ul atë përgjigje nga 50% në 40% rrjedhjen e gjakut ajo vazhdon e rit rrjedhjen e gjakut rit CO dhe ul PaO<sub>2</sub> FiO<sub>2</sub>=1.0.

Ulja e PaO<sub>2</sub> dhe rritja e devijimit janë të vogla dhe të pamundura për tu diktuar klinikisht .Sipas studimeve klinike pranimi i 1MAC izofluran në kohën e ventilimit të një mushkerie nuk shkakton ulje të PaO<sub>2</sub> nuk inhibon HPV mjaftueshem që të tregoj ulje të rëndesishme të oksigj.

Përparësit e anestetik inhalacionit për induksion dhe e anestëzisë. Anestezija e përgjithsme në kontrollimin e ventilimit është metoda më e sigurt për operacionin e kraherorit. Anestetiku halogen i paqëndrueshem është një zgjedhje e mirë për shumë arsye.

E para halogeni ka një efekt pozitiv për rruget e ajrit për bllokim forma spëcifikë bronhokonstuktore dhe forma jo spëcifikë të bronhodilatoret. E dyta ,pranimi i anestetikut halogen lejon pranimin e koncentrimin të madh të O<sub>2</sub>(FiO<sub>2</sub>) pa uljen e anestëzisë.

Edhe pse N<sub>2</sub>O/O<sub>2</sub>/narkotik qëtsues mund të jet pranues në operacionin e kraherorit pranimi i N<sub>2</sub>O kërkon ulje të FiO<sub>2</sub> apo ritët hipoksemia.derisa nuk janë pranuar doza të larta të narkotikut rruget e frymemarjes mund të arinë nivel të lartë.

E treta anestetiku halogen i paqëndrueshem menjër largohet nga mushkerit për atë shkak është e ulur mundësia e hipoventilimit tëk pacientët e semure pas opërimin, Relativisht doza e medha e anestetikut intravenoz si ketamin barbutuali mund të kerkoj kohe të madhe ventilimi mekanik pasopërativë.

E katërta: nga dozat e zakonshme linike afer 1MAC anestetik halogen sigurojnë stabilitët të rëndësishëm kardiovaskular që është e rëndesishme tek të sëmuret me semundje koronare. E pesta halogeni nuk e ul PaO<sub>2</sub> në krahasim me anestetikët intravenoz pas ventilimit të një rës mushkeri.

#### 9.4 ANAETETIKËT INTRAVENOZ

**Opiate:** fentanil, sufentanil, olfentanil nëmipfentanil kanë karakteristika të mirë që krahasohen si avantazh tek të sëmuret në operacionin të kraherorit.

E para nuk ka efekt hemodinamik prandaj janë të rëndesishem tëk të sëmuret me sëmundje zemre.

E dyta sigurojnë kalim të lehtë të operacionit në përidhue postopërativë ka nivel të konsiderueshem gjaku. E treta aplikohet me doza mesatare të paqëndrueshme . E katërta: doza e madhe opioid apo gjysem doze halogen lejon marrjen e FiO<sub>2</sub> pa humbjen e efektit anestetik. E pesta: konsiderohet se nuk e ul HPV pasi siguron oksigjenizim në kohën e ventilimit të një mushkërie.

**Ketamin:** në kombinim me N<sub>2</sub>O aplikohet për anestëzi në operacionët e kraherorit me përqindje me të ulet. Është i dobishëm për induksion dhe mirëmbajtje, ketamini ka karakteristika që janë shumë të dëshiruara në shume operacionë urgjentë të baskuar me hipovolemi. Efekti i ketaminit shfaqet menjëher dhe mund të pranohet sigurt me presion krikoid para futjes në anestëzi me të sëmuret me barkun e mbushur. Ketamini mund të ulë spazem bronchial tek sëmundjet e asmës, nuk ul oksigjenizimin arterial në kohën e ventilimit të njërit mushkeri nga efekti HPV.

**Benzodiazepan:** në anestëzi sot aplikohet diazepam orazepan midiazepan.

Provokon depression CNS, doza e vogël zvoglon ankthin dhe shkakton qetësim, doza më e madhe krijon gjumë.

**Diazepani** mund të aplikohet për premedikacion induksion në anestëzi dhe për efekt amnestik zakonisht doza orale është 1.0 deri 0.2 mg/kg me disa gllenjka uje.

Pranimi intravenoz është bashkuar me paraqitjen tromboz përthak të sasis tretëse. jep depression të but të sistemit respirator. dhe në i.m si premedikacion nuk ka efekt e rëndësishëm në frekuencën e respiratore volumeni i frymëmarrjes ventilimi hapira e vdekjes ventilimi alveolar apo analizat e gjakut. depression i rëndësishëm është demonstruar në i.v me pranimin e diazepanit rrallë është e bashkuar me apnëa cianoz dhe çregullim i ndergjesh, në doze 5mg i.v nuk pengon në rezistencën e rrugëve të frymëmarrjes dhe sëmundjet asmatike. shkakton anmnëe anterograde arsya pse ajo është shumë e dobishme për qetsim e të sëmureve veçanrisht bronhoskopi kur doza nga 0.15mg/kg i.v zvoglon ankthin rrit relaksin siguron kopërativitet

Efektet kardiovaskulare janë zakonisht të vogla kështu që është i pordorueshem tëk të sëmuret smundjet kritike. ul presionin e gjakut artërial është CO dhe reduktonn oksigjen miokardial që shtë shume i kerkuar tek të sëmuret me insuficion koronar.

Induksioni në anastezion të përgjithshëm arihet me 0.16 mg/kg deri 0.32 mg/kg. induksioni është më e ngadalshme se thiopental veçanrisht tek të sëmuret me rezik tek efektët e padëshirueshme të barbitures kardiovaskulare.

**Lorazepan;** dallohet nga diazepani për nga efekti kuantitativ para kualitativ, është më potent se diazepani, doza 2.5mg shkakton nivelet e qetësimit si një doz diazepam 10 mg.

Midazdom është gjithashtu i ngjajshëm me diazepanin për karakteristikat farmakologjike por është shkatruar në uje përshkak se ul iritimin e gjakut.

Ajo është përdorur për premedikamentoz dhe indukcion në anestëzi me doza 0.05-0.1 mg/kg i.m shkakton anksioz dhe sedative por e doze 0.15-0.25mg/kg indukcion në anestëzi.

Efektët depressive për funksionet kardiovaskulare është i ngjajshem me diazepanin.

Barbituratë. thiopentali është efekt barbiturat ulltrakartag. Respiracioni është fort i diferencuar në thiopental shkalla nvalet nga doza përshpejton zbatimin dhe zbatimin e depresioneve tjera njëkohesisht .Doza e mesme rit thellësin e frymemarrjes për 30-40 sekonda duke u ndjekur nga apnea menjëher. Përgjigja e CO<sub>2</sub> është depresion në lidhje me thellësin e anestëzis. Anestetiku thiopental është bashkuar në shtegun bronchial por nuk ritë sekrecionin në prmen bronkiale.

Laringospazma: është përdorur në menyra ratiore gjat anestëzimit thiopental për shkak të provokimit refleksor laringeal.

Spazmibronchial si dhe spazmi laringal janë më shumë të lidhur për shkak të nivelit të pakrahasueshëm të thellësisë të anestëzimit për intubacion të semurit se sa për efekt direkt të thiopentalit.

Efektet parasimptomatike të thiopentalit gjithashtu duket se është kontraindikuar tek të sëmurët me sëmundje të mushkerive , keqëson funksionin e zemres ul CO<sub>2</sub> shkakton hipertension tenzitet dhe kthehet pas disa minuta në normalitet. menjëher pas pranimit të dozave të mëdha paraqitet hipertension i forte për shkak të vazodilatacionit periferik . Hipertensionin është i rëndësishëm tek të sëmurët me sëmundje kardiovaskulare dhe hipertension.

## **9. 5. RELAKSIM MUSKUJSH**

Relaksim muskujve janë ata që nuk ka histaminë liberator apo efektë vagotenile por kanë efekte minimale simptomatike. Sukcinil halin: dallohet për relaksin të shpejt tëk intubacioni trochlear. Në paralizat muskulore mund të shkaktoj rritje në sekrecion bronchial dhe spazinbronchial. Efekti hemodinamik janë minimale ndaj stimulimi i vagusit mund të shkaktoj bradikardi edhe në presion gjaku. Çrregullimi i ritmit dhe diastola mund gjithashtu të ndodh por ai efekt mund të prevenon atropinë.

Pankronia bronchiale: nuk çliron histaminë, paraqet zgjedhje relaksuese tek të sëmurët me bronhin hiperaktiv. Efektet kardiovaskulare , rit frekuencen Co dhe presion i gjakut janë të pa rëndësishëm tek të sëmurët me operacion torokal.



## **9. 6. ANTIHOLINERGIK**

Dallohet në uljen e sekrecionit në traktin respirator , nevoja për antiholinenerg është kontraverse pasi janë në përdorim disa anestetik iritues. Atropinë dilaton rruget e frymemarjes sidomos ruget lart. Atropinë ul rezistencen dhe rregullon ajrin tëk të sëmurët kronik. Skopolamiin: ka më shumë efekt në sekrecion dhe redukton vjelljet pas operacionit dhe qetson.

## **9. 7. INDUKSIONI NË ANËSTËZI.**

I semuri paiset me frymemarje 100% O<sub>2</sub> nga maska anestetike që hiqët në sistemin rethor. Fentanil jepet i.v deri në frekuencën e frymemarjes 8-10 frymëmarje në minut që korespondon me doza 3-6mg/kg dhe jepet në disa minuta.

Kur frekuenca e frymemarjes është relativisht e ulët përgjigja e dobët dallohen barbitura anestetike dozen përkatëse (thiopental 2-3mg/kg) miobalan 0.13mg/kg propofol 15-2mg/kg apo ketamin 1.0-2.0mg/kg. pasi i sëmuri humb vetëdijen më shpesh është apreik vendos kontroll rruget e frymemarjes dhe ventilim. i sëmuri nga maska mund të pranoj 0.5 deri 2.5 izofluran.

Paraliza e muskujve kryhet depolarizuese ose jodepolarizuese relaksuese. pas efektit relaksues kryhet laringo skopia dhe intubacion në trakea.

## **9. 8. MBAJTJA E ANESTEZIS**

Anestezia mbahet ose izofluran (0.5deri 1-0MAC) ose ipioideve.

Izofloran pranohet si prima nëse pritet ekstubacion pas operacionit ose pas disa orëve pas operacionit. Narkotiket përdoren në fillimi nëse i sëmuri nuk duhet menjëher të ekstuboj por duhet të kalojë një kohë e pasoperative në ventilim mekanik.

Relaksuesit pranohet në doza adekuatë që të mbaj nivelin neuromuscular nga paraliza 90%. nëse ekziston mundësi reale në orët e para pas operacionit i semuri ngrihet në kembe tubusi dyvolumen ndryshon në njëvolumen kryhet një paralizë rrikthimi duke lejuar ventilim spontan.

## **9. 9. ANESTEZIONI ME TUBË DY LUMENSHE ENDOTRACHEALE (DLT)**

DLT është i përbërë nga dy katëtrë (tuba), që janë të lidhura së bashku, sejcili lumen ajros njërin krah të mushkërive. DLT është prodhuar si kryeje tub i njëanshëm të së majtës dhe të djathtë. Në një tub katëtri i majtë pulmonare është i vendosur në bronken e majtëkryesore dhe e drejtë, përfundon në trake për shkak se katëtri është lënë në mushkëri më i gjatë se sa të ana e djathtë.

Në tub të djathtë, katëtri është i vendosur në të djathtë kryesore e cila është arsyeja se katëtri drejtë më gjatë. DLT ka fluska (kafe) që mbushen me ajër të afërt për tubi dhe skajor me mbyllje kryesore në bronke, Fluskat Endobronchial pengon mbushjen e përplotë nga një krah të mushkërisë në krahun tjetër dhe mushkëritë janë ndare nga mjedisi, apo sipas anëve.

Pjesët e së djathtë të mushkërisë në katëtër të DLT në anën e djathtë i cili është në bronke të djathtë kryesore dhe ka një hapje përmes të cilit mundeson ventilimin të djathtë në lobin e sipërme. Bronket e djathtë kryesore janë shume të shkurtër. DLT ka dy lakime, të cilat shtrihen në një raport prej 90% për njëri-tjetrin. Kurba e skajshme lehtëson ngritjen e majes skajore e katëtrit në një bronke përkatës kryesore, dhe proksimal kapërcen kurben orofaringolaringeus.

Në ditët e stome janë në përdorim tubat e Carlensov dhe Robertshaëov për DLT. Pjesa e majtë e tubit Carlensov është tubi i parë që është përdorur për ventilim të mushkërive. Tuba ka goditje që ndihmon në vendosjen e pozicionimit e duhur dhe të minimizojë lëvizjen e instalimit shenjë tubë. Problemet e mundëshme me grep karinalnom janë të veshtira (rotacion me shume) dhe trauma laringeale gjatë intubacionit, maramendje grepa gjatë kalimit ose pas kalimit, për shkak të një pozitë të keqe grepit të tubit dhe nderhyrjes fizike gjatë pulmektomise. Pipez të prodhuar në katër madhësi të 41,39, 37 dhe 35 French ( e cila është e lidhur me diametër të brendshem të sejcilit lumen 6.5, 6.0, 5.5, dhe 5.0mm). Seksioni kryq e cdo lumen është ovale e cila mund të zgjatën lumen katëtëri posazh humbje seri. Robertshaëov DLT u prezantua në vitin 1962 .

Nuk janë tubat e majtë dhe e djathtë pra të njëanshme dhe grepa mungesa karinale lejon intubacion të lehtë trakeal dhe pozitën ndoshta të saktë. Tubi i pozitës së djathtë ka një hapje me fluska endobrachiale që ofron ventilim të lobit të sipërme, e të djathtë. Produktët janë në dispozicion në madhësi 41, 39, 37, 35, 28 dhe 26 French 9 diametër i mbrendshem të çdo lumeni është 6.5, 6.0, 5.5, 4.5, 4.0 mm).

Tuba endobronchiale kanë dhe fluska trakeale nga volumi i madh dhe presioni i ulet. Janë të mbushura me tël adekuat (introduserom) dhe nga katëtëri tërhiqet, gjë që, e cila është e lehtë për tu kryer tërheqjen.

Pjesa e majtë e DLT, e aplikojnë për thoracotomy e djathtë kur shembja e nevojshme të mushkërisë të majtë dhe ventilim të drejtë të mushkërive. Megjithatë, hapja e lobit, të djathtë në pjesën e sipërme të tubit të djathtë duhet të jetë pikerisht gryke e lobit të djathtë e sipërme. Që ka ndryshime të rendësishme në gryken anatomike, pozicion si dhe gjatësia e bronkit, e dhathë

kryesore, përdorimi i tubit të djathtë për rezimin e mushkëive të majtë mbart rezikun e ventilimit të pamjaftueshem në lobin e sipërm të djathtë. Prandaj në anën e majtë të tubit ka një avantazh në shumicën e rastëve e njërit krah të ventilimit të mushkërive. Nëse është goditje e bronkeve të majtë kryesore është e nevojshme, ana e majtë, është tërhequr në atë pike në trake dhe përdoret si tub i një lumeni endotracheal. Kondra indikacionët për aplikimin e majtë të DLT janë lezionet e pjesës të afërt të bronkes së majtë.

### **9.9.1. Intubacion konvencionale me lumen të dyfishtë të tubit endotracheal**

Para intubacionit me DLT të dyja fluskat dhe konëktoret janë të kontrolluar. Shiringa nga tre mililitra është vendosur në fund të tubave dhe fluskave bronhiale, pas fluskave inflatable ralle kërkon me shume se 1 deri në 2 ml ajër, një shiringe e 5 deri në 10 ml kualifikohen për fluskat trakeale. Pas sajë një fluske dhe një vellim i madh i presionit të ulet mund të demtoje dhembet e pacientëve që janë të mbushura me lubrifikant (zakonisht një anestëzion lokal). Rrjeti udhezues mund rezistencën dhe lumbrifikanti është futur në lumen të majtë dhe pastaj mund ta shtremberojme. Atëhere pacienti është anëstëzuar dhe relaksuar. Një laryngoskope MacIntoshov ka përparsi që me pas të ndjek lakimin e gojes dhe ofron një tub kaalimtar.

DLT me grep karinal është futur për here të pare në mes litareve vokale me një gjemb drejtuar mbrapa, kur maja e tubit kalon litaret vokale, tubi është ndertuar 180 grade në menyre që lidh dhe kalon nëpër gottis përpara. Nëse kjo manover nuk është bere, grepa mund të ketë demtuar në litaret vokal. Kur maja e tubit kalon litarin vokal. Pas majes të kokës dhe grepi nënshtrohet në gyt, tubi është ndertuar 90 grade në menyre që maja e tubit angazhohet në një bronke.

Lloji Robertshaëov DLT është vendosur në pjesën skajor konkave e gabuar fillestar përpara. Pasi të kalojë tubin e laringut shkon përpara, tërheq tubin kritërin dhe pika me kujdes rrotullohet 90 grade, arrijen intubacion endobronchiale. Kur maja e tubit në pozitën endobronchiale është e nevojshme për të kontrolluar funksionët e tij. Shkon lart traheal dhe fluska endobrachial (palpacion shkalle të moderuar të tënsionit të fluskave e jashtme), dhe coi në disa ventilim nën presion ppozitiv, akustik dhe vëzhgon në gjokss në të dy anët dhe të përcaktoje nëse të dyja mushkëritë janë të ventilizuar. Kontrollon intubacionin e saktë është kryer duke kontrolluar pasazhe tub mes litareve vokale, funksionët e kontrollit të fluskave me mjet anastëzik, monitorimi i oksimetris impuls dhe end-espikator të CO2 dhe prekje e fluskave trakeale në qafe.

Nëse ju degjoni vetëm frymemarje të njëanshme apo levizjen e gjoksit, ajo ka të ngjare që të dy lumenët hynë në bronke kryesore.

Në këtë situatë shpejt fluskat zbrasen, tërheq tubin për 1 deri në 2 cm, Shkon lartë ajo përseri fluskat ventilohen vleresohen derisa ajo merr për të marrë frymë në të dyja anët. Nëse fryma e dypaleve nuk është marrë, një tub është tërhequr jashtë në mënyrë të konsiderueshme e tërë procedura duhet të përsëritet nga oksigjenimi dhe ventilimi përmes një maske, laringoskopi të intubacionit. Nëse ka një tingull të frymemarjes nga njëra anë është klemuje, tinguj të frymemarjes dhe levizja e gjoksit është humbur, nga ana tjetër mbetet në anën kunderlatërale. Tingujt e frymës duhet të jetë të paktën rroja antëriore, në majë të mushkërive dhe përgjatë pjesës anësore të krahërorit. Në qoftëse nuk mund të degjohet qartë mushkëritë e juaja, ka të ngjare që tubi është shtyre shumë thellë, skajor, dhe lobi i sipërm nuk është i ventiluar mirë në atë anë. Në një rast të tillë tubi është tërhequr prap 1 cm dhe në të njëjtën kohë është auskultura të marrë frymë në krye. Një nga personazhet e duhur e intubacionit i njëanshem është paraqitje e lagës e gazrave të frymemarjes në tub duke u humbur cdo ventilim.

Kontrollimi DLT në pozicionin e duhur sipas shenjave klinike nuk është gjithmonë me e besueshme ose ajo mund të bëjë një kerkese e saktë e fibrave optike bronchoscope. Kontrolli të tillë mund të zbulojë deformime në deri 38 në 78% të rastëve. Kur aplikohet ana e majtë e DLT ka tre mundësi për pozicionime:

- (1) tubi është shumë i thellë në anën e majtë (dy lumens në bronke majtë kryesore),
- (2) shumë të cekët (dy lumens në trake) dhe
- (3) shumë të thellë në bronke duhur kryesor).

Kur e drejta (tracheal) krah me goditjen e një tub është shumë i thellë në anën e majtë, të shëndoshë të frymëmarrjes mund të dëgjohet vetëm në anën e majtë.

Në rastin e dytë, kur klemuje anën e djathtë, të shëndoshë të frymëmarrjes mund të dëgjohet vetëm në të djathtë. Kur e majta me goditjen dhe u larguan fluskat endobronchial me gurë, lumeni i djathtë është bllokuar nga të majtë të flluska në të tre pozicionime. Rrjedhimisht, me goditjen dextral me flluska të fryra nga frymë të shëndoshë është reciprokisht dobët dëgjojnë ose nuk dëgjojnë në të tre pozicionimet. Kur e majta ben goditjen e flluskave nga një anë, kështu që nuk është lumeni i djathtë brokiran duke lënë fluskat e shëndoshë të frymëmarrjes mund të dëgjohet vetëm në anën e majtë - kur tubi i majtë shumë të thellë, të dyja palët janë të dëgjuar, kur tubi është shumë atje dhe dëgjuar vetëm në anën e djathtë kur tub është në të djathtë. Inflacioni dhe

deflacioni e fluskave na ofron çelësi për diagnozën për qind të përcaktuar pozicionin e lumen drejtë trakeale bllokuar dhe çbllokimesh e fluskave të majtë.

Ka, megjithatë, situata në të cilat goditjen e njëanshme, dëgjim, inflacionit dhe deflacionit të fluskave, manovra të tilla për përcaktimin e ndarjes mushkërive nuk janë realistë dhe të jetë e mundur.

Së pari, kur pacienti është në LDP, gjoks është mbuluar me fasha dhe pastaj lëvizje në gjoksin është i vështirë apo jo të jetë e mundur anëstizilogu mund të kryejnë degjimin të mushkërive. Se dyti, prania e semundjes të njëanshme ose të dyanëshme pulmonare paraopëracionit mund të ndikojnë dukshëm në gjoksin e akustikacionit. Së treti, një vlerësim i saktë i ku DLT mund të jetë e vështirë për shkak të tub në një malposition butë. Së katërti, tub mund të jetë nisur nga pozicioni normal si rezultat i ekseseve, kollë, përkulje kokë apo extënsion derisa pacienti kthehet LDP ose për shkak të manipulimit trakeal ose mushkëritë tërheqje gjatë opëracionit.

Një nga mundësitë e vlerësimit e situatës së tubit duke përdorur fibra optike bronchoscope. Kontrollin pozicioni i tub mund të bëhet dhe radiografi gjoks qind DLT ka shënuesve radiografike në fund të lumens majtë dhe të djathtë.

Metoda të tjera për përcaktimin e pozitës së DLT janë: Krahasimi kapnograma (valët dhe PetCO<sub>2</sub>) nga secili lumen; Spirometry vazhdueshme në të dy mushkëritë dhe monitorimin e veçanta kthesa presion-vëllimit dhe rrjedhjes - lakore të vëllimit; kirurg është në gjendje të dukshëm të fluskave dhe instalon pozicionin e saktë.

## **10. PRERJA TORAKALE STANDARDE**

Torakotomia laterale është prerja më popullore në kirurgji e kraharorit, kurse prerja posterolaterale është më e përshtatshme për operimin e mushkërive. Hapja e gjëre e koshit të kraharorit nëpërmjet hapësirës mesbrirore i mundëson operatorit kontroll dhe qasje në pjesen e prapme dhe strukturave të lëngjeve ushqyese para dhe prapa.

Eksplorimi i pjeseve ndarëse të kraharorit për disekcion dhe ekstirpacion të indeve limfatike dhe mobilizimi dhe resekcioni të trakesë ëe poshtme është krejtësisht i mire.

Aplikimi i pipesit dykanal endotraheal dhe damarit mekanik (bronhial, vaskular dhe staplerit të mushkërise) deri diku e zvogëlon gjëresinë e hapjes së torakotomise, meqenëse bëhet operimi në mushkërinë e kolabuar kurse qasja në strukturat bronhiale dhe vaskulare lehtësohet.

Prerja e vogel (në gjatesi) mund të bëhet vetëm me heqje të vogla, kurse prerja (operimi) i gjere posterolateral duhet të aplikohet vetëm të operimet e rënda dhe të gjera.

Sternotomia mediale ralle përdoret në heqjet e mushkërise (mundet të operacionët për shkak të metastazave bilaterale) ose në disa raste përdoret për heqjen e trakesë. Disa autorë porosisin sternotomi mediale ndaj pneumonektomise, por shumica këtë nuk e kanë pranuar, pa marrë parasysh mundësinë e aplikimit të seleksionimit të fijeve dhe mundësia e vizelizimit të nyjeve limfatike nga dy ndareset.

Në heqjet e mushkërise më të shumte ceket përvoja e kirurgjise se video-asistimit torakal - torakoskopi (VATS) e cila mundëson qasje në boshllokun (zbrastiren) torakale nëpërmjet prerjeve të vogla mesbrinjesor.

### **10.1. POZITA E TË SEMURIT**

Pozita e të semurit është në pozicion lateral. Ai qëndron në anën që nuk operohet. Nën kokë vendoset jastek i cili e pengon fleksionin lateral. Dora në të cilën i semuri është mbështetur është e shtrirë dhe e fiksuar në mbajtesin për dorë, nuk duhet të mbulohet. Nëpër vena të asaj dorë plasohen-mbrojteset për rrugën e venave.

Dora e ngritur është në pozite paralele me atë të ulurën dhe është e mbështetur në mbajtesen (mbështetsen) tjetër të dorës. Ajo nuk është e fiksuar si e poshtmjia (ulur) por lirisht bie në mbajtesen tjetër të dorës. Ajo nuk fiksohet si e poshtmjia por lirisht bie në mbajtesen tjetër të dorës dhe që vendoset ashtu që të jete në sipërfaqen e sipërme të koshit të kraharorit.

Tavolina e operacionit vendoset në lartësi të parapjesës lumbale. Me ndihmën e dy llafiguesve që vendosen në pjesën e sipërmë më sakrale prapa dhe pjesën infraumbikrale përpara i semuri stabilizohet në poziten laterale.

Pastaj bëhet fiksimi me rripin e gjërë duke e kaluar nga njera anë në tjetrën dhe duke e shtrënguar. Këmba në të cilën i semuri qëndron është e shtrire ose është e mbeledhur në gjunj, këmba tjetër në anën ku bëhet operimi, është e mbledhur nën kendin 90 shkalle. Midis këmbëve vihen dy jastëk kështu që këmbet janë të ndara ose midis tyre vihet mbështjellëse (në formë të germës „U,„) dhe e ç'veshur shpina e kraharorit. Nën gjunjët lidhen me fashë cirkulare elastike, me qëllim të mbrojtjes nga tromboza e venave. Mandej të dyja këmbet fiksohen me rryp.

Operuesi të torakotomija posterolaterale qëndron nga ana e shpinës së të sëmurit. Në anën e tij të majtë është asistenti tjetër (në torakotominë e djathtë) gjegjësisht në anën e djathtë (të torakotomija e majte), kurse në anën e kundërt, ndaj të sëmurit dhe operatorit është asistenti i parë.

Instrumentarja është pranë asistentit të parë, kurse pulti i instrumenteve është i vendosur mbi këmbën e të sëmurit. I sëmurit mbrohet me çarçaf, por lihet hapësirë për prerje. Në anën e shpinës çarçafi vendoset gjatë gjithë shtyllës kurizore, kurse përpara gjatë gjithë linjes mamilare. Hapësira (hapja) në mbulesë ndjek pozitën e brinjëve.

## **10.2. PRERJA NËPËRMJET MURIT TË KOSHIT TË KRAHARORIT**

Përgatitja e fushës operuese në lëkurë është standarde. Me skalplerin (thiken) bëhet prerja e lëkures deri të shtresa e muskulit, e pastaj mbrohet hapësira operuese gjatë buzës së prerjes. Prerja më tutje bëhet me thikë elektrike nën kauterizim minimal të muskulit, në gjithë gjeresinë e tyre, priten rrepte deri të brinjët dhe vetëm pastaj bëhet hemostaza. Disa nga kirurgët mendojnë se kjo mënyrë është më e mirë për hapjen e muskulit dhe mbështjellsit (fascisë) sepse indi më pak dëmtohet (nekroza) dhe është procesi më i mirë i shërimit të plagës.

Mungesa e kesaj mënyrë qëndron në humbjen më të madhe të gjakut, nga ajo kur prerja bëhet me ndihmën e termokanterit.

Heqja më e madhe e mushkërisë bëhet nëpërmjet hapësirës së V (pestë) brinjore. Prerja fillon përpara linjës së parë aksilare (ose deri të linja medioklavikulare) rreth 4-6 cm nën mamile të mëshkujt ose nën gjirin të femrat. Ndiqet proekcioni i brinjëve, kurse vija e prerjes drejtohet rreth

3-4 cm nën majen e shpatullës, e mandej në drejtimin lart, vetem disa centimetra, midis buzës mediale të shpatullës dhe shtyllës kurizore (procesus spinosus).

Linja e prerjës ka formë të germës „S„. Vazhdon prerja e m.laticus dorsi dhe fascia posterior deri në buzën (dkajin) m. serratus anterior. Pas asaj prerja drejtohet mbrapa dhe lart, deri në kufirin e poshtë të m.trapezius. Qasja nëpërmjet hapësirës ndërbrinjore IV ose V nënkupton prerje të m.trapezius dhe m. rhomboideus major në gjatësi 3-5 cm. Kur nisët qasja në hapësirën brinjërore VI dhe VII nuk është e nevojshme prerje m.trapezius. Prerja e mëtejshme drejtohet përpara kah m.serratus anterior, që pritet në gjëresi, i tërë ose pjesërisht (varet nga zgjedhja e kirurgut).

Bëhet ngritja e shpatullës, kurse nëpërmjet hapësirës subskapulare numërohen brinjët në drejtim nga lartë për poshtë. Me majet e gishterinjëve kalohet nëpër brinjë dhe në mënyre precize përcaktohet hapësira ndërbrinjore nëpërmjet të cilin qaset në hapësirën pleurale. Identifikimi i brinjëve fillon nga tegeli i brinjës së parë ose të dytë.

Për lobektominë e sipërmë ose resekcimin e segmentit të prerjës së epërm, zgjedhja mund të jetë në brinjën e V-të ose nëpërmjet hapësirës së VI-të ndërbrinjore, kurse kur planifikohet pneumonektomia të brinjët e VI ose hapësira e V-të midis brinjësor.

Lobektomia e poshtme dhe resekcioni i brinjës së mesme dhe segmenti të VI (segmenti i Nelonit) bëhet me qasjen nëpërmjet hapësirës ndërbrinjore V ose VI (për lobektominë e poshtme kur priten rritje të forta në drejtim të diafragmës dhe në sinusin kostofrenik të mbrapëm) Resekcioni i brinjës nuk duhet bërë, me përjashtim të rasteve të rralla . Në disa institucione resekcioni i brinjës aplikohet si qasje standarde.

Qasja (nisja) në hapësirën ndërbrinjore është e mundur në disa mënyra , kurse përvojat në këtë drejtim janë të ndryshme, postulati themelor i transekcionit në këtë hapësirë është që të ruhen inde të mjaftueshme të kësaj hapësire për mbylljen e torakotomisë dhe rekonstrukcionin.

Indi i hapësirës ndërbrinjore mbrohet maksimalisht dhe sa të jete e mundur me më pak traumatizim. Përvoja e jonë është që më së miri qasja në hapësirën ndërbrinjore është në buzën e epërme të brinjës së poshtme.

Gjatë kësaj, në thellësi deri te pleura parietale, bëhet prerja me termokauter. Veprimi është i mirë meqenëse me atë rast demtimi (prishja) është minimale , nuk këputet indi nëpërmjet brinjëve dhe maksimalisht kurset muskulatura ndërbrinjore. Nëpërmjet pleures parietale kirurgu shikon levizjen e mushkërisë.



Qasja në hapesirën pleurale është e sigurve por duhet kushtuar kujdes për praninë eventuale të ngjitjeve (athezioneve) midis mushkërisë dhe pleures parietale. Në pjesën e parme të prerjes, nën brinjë në gjatësi prej 2-3 cm , më gërshere pritët pleura parietale dhe në këtë mënyrë nis qasja në hapesirën pleurale. Mushkeria kolabon pas hapjes së hapesirës pleurale. Me kontrollimin e hapsirës me gishtërinjë, nëpër buzën e epërmë të brinjës në drejtim nga prapa, bëhet prerja e pjesës tjetër të pleurës parietale.

Nëse në linjen e prerjes egzistojnë ngjitje, ato ndahen me disekcion - më gisht, prerës të tupitur ose më gërshërë të mprehura. Është e nevojshme kujdesi që më këtë rast të mos dëmtohet (parenhimi i mushkërisë, gjegjësisht të mos kalohet nëpër pleuren viscerale. Çdo dëmtim i parenhimës është shkak i gjakderdhjes pas operacionit dhe që shkakton vështërsi plotsuese.

Gjatë hemostazës vendoset ekarter kënd drejt për zgjerimin e brinjëve. Procedura e hapjes së ekarterit është relativisht e ngadalshme gjatë hapjes së ekarterit duhet pasur kujdes që të mos ndodhë frakturë e brinjëve. Ngjitjet (athezionet) e mushkërisë ndahen më disekcion të tupitur më shpesh me tufer të fortë, me gërshërë nën hemostazë të kujdesshme.

### **10. 3. MBYLLJA E PRERJES DHE VENDOSJA E DRONAVE TORAKALE**

Egzistojnë shumë mënyra se si mbyllet koshi i kraharorit pas prerjes torakale. Regull themelor është qepja e murit të jetë e tërë dhe pa mungesë (humbje) të ajrit. Qepjet perikontale me penjë më nuk përdoren (nuk aplikohen) mëqenëse kontrollimi i infeksionit të mundshëm të plagës së operuar është i vështirë. Komplikimet janë të mundshme nëse peni këputet dhe atëherë është e nevojshme ndërhyrja (intervimi) kirurgjik.

Në rastet tona mbyllja bëhet me resorbiv mbyllja e pleurës më pas me mbyllje teke të muskulit intercostal me pas edhe me mbyllje me qepje të vazhdueshme të indit nënlëkuror, ndërsa lëkrën e mbyllëm me qepje intradermale apo epidermale. Drenat torakale vendosen para se të mbyllet kafazi i kraharorit. Detyra e drenëve është që ta largojnë përberjen pleurale (lengu ose ajer) dhe të mundesojnë zgjerimin e mushkërisë, gjegjësisht të arrihet obliteracioni i hapesirës pleurale. Pas pneumonektomisë vendoset një dren që lihet në drenazh pasive nën ujore.

Pas llojeve tjera të reseksionit në mushkëri vendosen një ose dy drenë. Ato lidhen në drenazhën e aspiracionit aktiv. Drenat vendosen nëpërmjet hapjes së veçantë që bëhet nën prerjen për torakotomi. Hapja në lekure është e një madhësie që nëpërmjet saj të mund të kalojë dreni me gjërësinë e tij. Nga ana e jashtme , në drejtim të shtresës së muskulit dhe pleurës parietale, kalon

me majen e peanës, rreptesisht mbi buzen e sipërme brinjore VII ose VIII-te. Nga hapësira pleurale me peanë kapet skaji i drenit. Dreni me tërheqjen e peanës nxirret jashtë nëpër koshit të kraharorit.

Kur vendosen 2 drena, atëhere njëri dren është në pjesën e prapme. Dreni i parë, i parë nga ana e jashtme rënditet në vijën e pare aksilare. Ai është në zgavrën e kraharorit në maje prej rreth 4-5 cm nga maja e kupolës së pleurës dhe nuk është i vendosur poshte nga mediastinumi në frontin e mushkërive. Kulmi i tij është në 2 cm nga kubi i pleurës, në nje drejtim te dhomës se tij së bashku me shtyllën kurrizore.

## **11 HEQJE STANDARTË TË SEGMENTËVE TË MUSHKËRIVE**

Me heqje segmentale ose segmentoktom nënkuptojme prerje të nje ose me shume segmentëve të lobeve të mushkërive. Behet në menyre të barabart dhe dispozicion segmentë e elementëve bronkovaskulare ( artëriet,venë dhe bronh) dhe e ndanë parenkimën prej segmentëve tjerë dhe behet bashk ndërsegmentimi në plan me të cilin behet eksponimi i përfunduar ndërsegmental. kjo prerje është tipike standarte ose klasike segmntoktomia dhe paraqet opëracionin e pare anatomik.

Kramer Glass 1932 të paret kanë vere tërmin e segmentit bronhopulmunar me studime të shumta të mushkërive. heqjen e segmentëve të para e kanë bere Churchil i Belsey 1932 dhe Kent i Balades 1942 kanë përdorur tëkniken e ligationit individual të segmentëve të strukturës mushkerore. me vonë Overholt dhe Langer kanë kryer sistematizimin e metodave opëratve si tek prerjet e të gjithë segmentëve bronhopulmunare.

Prerjet segmentale mund të kryhen në menyra të modifikuar sic janë prerjet ku largohen vetëm nje segment artërijal dhe bronk, nderkohë vena mbetet e paprekur. janë të mundëshme prerjet tek ata ndarje të segmentëve të parenkimës, ben seleksionim e fijeve ose pirq, linja e gjatë e ndarjes bën llogaritjen e niveleve segmentale. prerje të tilla kanë domethenie si segmentoktomijë jo karakteristike, në kuptim të gjërë, prerjet klinike mund të behet në prerje jo karakteristike, ku sipas shtrirjes dhe vendit ndodhen, përgjigjen për prerjen e mushkërive, kjo nuk mund të quhet segmentoktom i vertët nëse prerja e berë nuk bie në kontakt me segmentin e elementëve bronhovaskulare.

### **11.1. INDIKACIONET**

Idikacionët për prerjet segmentale paraqesin tuberkulozen e mushkërive, infeksione, tumore dhe metastaza të mëdhaja, tumore malinje ku i semuri është në funksion të caktuar të mushkërive ose faktor tjerë të rezikshem, tumore malinje të cilat aplikohen me opëracionë lehtësuese, sëmundjet të cilat paraqitën multisegmentale ose bilatreale, mushkëritë patologjike e komunikimit artërio-venozose që përseritet ku është e nëvojshme zbatimi i prerjes kostoefektive të tumoreve malinje të cilat pushtojnë pjesen shkurtër ngjitur (përvec loboktomy e duhura dhe segmentoktomi sepse nuk duhet të kryhet pnëumonëktomija).

## 11.2. Principet e prerjeve segmentale

Prerjet standartë të segmentëve në mendimet teknike u përgjigjet lobectomija sepse të gjithë elementet bronhovaskulare rrjedhin të veçuar por janë të ndrushme prej parenkimës të labaktomisë ndanë kufijt me të segmentëve të afërta duke përdorur planin ndërsegmental ku afrohen venat ndërsegmentale. Në lobectomija ndahen prej lobuset e afërta kryhet përgjat carjes ndërlobare. Segmentektomi ku behet në menyr tipike standartë, është teknikisht e rëndë nga lobektomija, për nxjerjen e segmentektomisë është e nevojshme njohja e anatomisë, mardheniet e ndërsjellta dhe anomali të mundëshme të segmentëve të bronheve dhe enëve të gjakut.

Nënkuptohet se është bere bronhoskopia e meparshme dhe është venë indikacion për prerje me vellim. orientimi me i sigurt me atë të identifikimit të segmentit ofrojnë segmente të bronheve sepse tek degët e tyre rrallë paraqiten anomali. Kur egziston anomali në ndertimin e segmentit bronhoid ku në mënyrë operative mund të zbulohet me bronhoskopin. Në mënyrë të mire tregohen elementet hiliare. Palpacioni mund lehtë të përcaktojë bronhin. Segmentet e bronhit të sipërm dhe të poshtëm në anë të djathtë dhe të majtë mund të indentifikohet pa ndarje paraprake të segmentëve të artëries, segmentet e bronhit të majtë të sipërm prerjet janë të fshehura pasi që janë të mbuluara me segmentë artëriale. Në pamje të ndarjes të elementëve hiliare prerja është, në fillim behet gati pastaj pritët segmenti artërial pastaj behet indentifikimi i segmentit të bronhit dhe mobilizimit të tij prej parenkimes mbuluese dhe enët limfatike. Në fund indentifikohet segmenti i venve ose vena. Në rast se vena nuk mund të përcaktoj sakt ligimin dhe prerjen lihet për në fund pasi para saj ndahet parenkima e segmentit me planin ndërsegmentale. Segmenti i bronheve duhet të pritët në distanca të mjaftueshme nga goja duke llogaritur qepjet e saja të mevonshme nuk rezikojnë lumenin e bronheve me segmentin ngjitur. Ndryshe bronhet me se shpeshti qepen manuele madje mund të përdore edhe seleksionuesh fijesh. Është e rëndësishme të mbajsh llogari që vena nuk dëmtohet para bërjes të operacionit. Disekcioni i ndërsegmentëve fillon me kapje dhe tërheqje distale, prerjet segmentale të bronheve me të cilen me mekanizma të mpreht, ndanë indin nder bronhet vazhdon nën segmentet pas venave ndërsegmentale të cilat lan shenja nëpër planin e ndërsegmentimit të vërtet. Ndarja e segmentëve në planin e ndërsegmentimit behet edhe në menyra tjera. Puna filon duke tërthqur lart bronhiolet terminale, ajo mbetet në pjesen distale të ndarjes të bronhes njëkohësisht me këtë manover, behet presioni i gishtërinjve të dorës tjetër nëpër sipërfaqet e mushkërive në pjesen e cila është e hequr. Shtypim gazat në pjesen e shtruar të mushkërive dhe pjese të veshur ndërsegmentale duke shtypur me gishtat e dorës tjetër, përkatësisht

përkrahjen e venave ndërsegmentale , segmentet janë plotësisht të ndara. Gjakëderdhja që shfaqet lehtë mund të ndalet dhe në këtë rast mund të përdoret termokauter. Shume gjakderdhje dhe humbja e frymemarjes në pjese të barabarta të saturames. Duhet venë kujdes në aerostazen e mire vaçanërisht në lendimet me të vogla , bronhet subsegmentale. Kirurget individual nuk bejn qepjen e skajeve të kundërta të mushkërive viscerales që të mbulohet pjesa ndërsegmentale sepse veprimi i tillë mund të jetë arsye për shtremberimin e segmentëve bronhiale. Kirurget tjere këtë veprim e bejnë duke u orientuar në boshtin e mbetur të segmentëve bronhiale ku realizohet kthimi anatomik i pjeses të mbetur të lobit të mushkërive. Ky veprim mund të ndodhë vetëm atëhere kur të vlersohet aeracija e mbetur e mushkërive, është normale vecanërisht lobet e mushkërive pas inflamacionit lirisht të bien.

### **11.3. Teknikat operative**

I semuri është në pozicion për thoractomy posterolaterale e cila behet mes hapsirës të 5 nderbrinjore. Duke përdorur tubë sipas Carlensu është e mundshme shembja në anën e operacionit, me të cilën lehtësohet veprimi kirurgjik.

### **11.4. Lobi i sipërm i djathtë**

Segmenti apikal. Shembujt e mushkërive, tërhiqet teposht ku hapet pleura mediastinale ku ndahet në polin e lart hiliar dhe zgjërohet deri në lobin e sipërm të bronheve, para, deri te venat pulmonare. Hapja mediastinale e mushkërive, paraqet peme e artërive pulmonare dhe segment apikal është dega e saj me e lartë. Nga e poshtme është segmenti antërior e cila kryqezohet me segmentin apikal venoz. Dega apikale e artërive pulmonare dhe venave lidhen dhe nderpritën. bronhet për segmentët apikale kalojnë prej pjeseve të sipërme të bronheve në lobet e sipërme. Tërheqja e segmentit dhe palpacioni i bronheve si dhe goditjet e bronheve dhe diferencat e inflamacionit ,verifikohet nëse është i indetifikuar segmenti apikal i bronheve.pas kontrollimit behet prerja dhe qepjae bronheve.ndarja e parenkimes të mushkërive është kryer përgjat planit ndërsegmental në menyre të cilën është e shpjeguar.

Segmenti postërior.segmenti i poshtëm i bronheve ndahet nga pjesa e mesme e bronheve për lobet e sipërme.në pjesen e prapme të kosa fisura e cila është e hapur ndodhet artëria për segmentët e pasem e cila ndahet nga ana e parme e pjeses ndërlobuese nga trungu pulmonar i artërive nëpër rruget e artërive deri tëk segmenti i Nëlsonit. nëse ndarja nuk është e kompletuar atëhere behet

clirimi i saj deri në artëriolat ndërlobare. derisa të vlersohet nëse egzistoon reziqe prej lendimeve të artëriëve gjatë liritimit të ndarjes atëhere segmenti artërial mund të tregohet pas ndarjes të bronheve për segmentin e pasem. Vena për segmentin e pasem me se miri identifikohet dhe ndahet pas autopsis retrograde të plotë ashtu që të shmangët lendimi i segmentit të degeve të venave tjera. Segmenti antërior. autopsija antëriore e segmentëve është teknika me rend e të gjithë segmentëve që hiqet. Pleura mediastinale hap pjesën përgjatë aspektit të mëparshëm të hilumit të lobit të sipërm të venave në nivelin e lobit të mesëm. pjesa e sipërme e artëris pulmonare tregohet a pjesa e deges së saj të poshtme është e kryqezuar me venën apikale ku në të vertët është antëriore. lobet e artëris pulmonare është në afërsi me venat dhe duhet të kemi kujdes që të mos vjen deri në lendimi e saj. pjesa e parme e segmentit të vena ndahet që të largohet lendimeve postëriore të segmentit të venave që qëndron me thellë saj. incizura horizontale lirohet duke përdorur stapler dhe ndërlobet e artëris pulmonare. Ndonjëhere gjenden dege të artëriëve aksesore për segmentin e përparëm të cilat duhet të jenë të ndara. Pjesa e parme e segmentit të bronhit e cila ndahet afër degeve të lobit të bronheve të cilat pastaj prehen dhe qepen. mbetën vetëm që të ndahet parenkima me planinë segmentit ndërsegmental.

### **11. 5. Lobi i djathtë i poshtëm**

Shkurtimeve të lobit të poshtëm. segmenti tregohet edhe si segment superior ose segment i nëlsonit ose segmenti i V dhe ndahet relativisht lehtë. në fillim hiqet ndërsegmenti i artëris pulmonare. artëria e lobit të mesëm ndahet nga pjesa antëromediale e përmes të artëris pulmonare derisa dega për segmentin e nëlsonit kalon nga postërolatërale dhe dicka me poshtë. Kohë pas kohe takohen 2 artëriet për segmentin e nëlsonit . Segmentët bazalë të artëriëve mund të kenë status të përbashkët nga e cila kalojnë 2 dege ose 4 dege bazalë të ndara distale nga ana e lobit të mesëm. Pas ndarjes të segmentit antërior identifikohet segmenti i venave të e cila është dega e venave të poshtme të mushkërive dhe ndodhet diku me poshtë dhe pas segmentit të bronhit. bronhi pritët dhe qepet duke llogaritur që të mos bëhet kompromisi i ventilimit të lobit të mesëm.

### **11. 6. Segmenti bazal.**

Anatomia e enëve artëriale është është e prshkruar . segmentët bazalë të bronheve ndjekin deget artëriale dhe janë të vendosura pas dhe mbrenda në artërie. 3 ose 4 segmentë të venave janë të futur në enën e poshtme pulmonare të vecuara ose nëpër 2 peme . pas ligacionit dhe ndarjes të

venave bazale bronhet bazale pritën dhe qepen distalisht nga bronhet e nëlsonit, me të cilen ndahet i tëri segment. në nivelin e segmentit bazal shpesh verehen reaksionë atipike të tumoreve periferike.

### **11. 7. Lobi i majt i sipërm.**

Në heqjen e segmentëve të lobit të sipërm bien zakonisht në prerjet e meprshme apikopostëroire e përbashketa, reaksion i segmentëve antëriograde dhe prerje longitudinale e segmentëve . Prerja mund të behet për deget karakteristike të bronheve të lobit të sipërm. Dega e poshtme e bronheve për lobin e sipërm ben bronhin për lingulat dhe ai nderkoh në pjesen e sipërme dhe të poshtme lomgitudinale të bronheve. Nëse behet analgjia e mushkërive të djatht prerja përputhet në lobin e lart. Prerjet principe janë të njejta si dhe prerja e segmentëve të lobit të sipërm të mushkërive të djatht. Kujdes të vecant i kushtohet mundesive të paraqitjes të varacionit anatomik vaskular e venave dhe artëriëve pulmonare. Artërija për segmentët postëriore ndahet në pjesen hyrese ndërlobare të artëriëve në degen e saj të sipërme. Segmentët e bronheve janë të fshehura në segmentët artëriale. Duhet bere llogaritja qe të mos ligiroje deget për segmentin apikopostërior deri sa nuk tregohen të gjith deget për lobin e sipërm. Pas ndarjes të artëtiëve tregohet segmenti i bronheve. Segmentët e venave ndahen pas disekcionit të segmentëve sepse ajo atëher tregohet me se miri.

### **11. 8. Lingula**

Hapet në fillim kosa fisura dhe tregohet artëria pulmonare ndërlobare. Nëse fisura nuk është e shprehur atëher ajo lirohet me disekcion të mpreht duke llogaritur qe artëria të mes lendohet. Tash me është përmendur qe artëria lingulare të degeve të pasme ndërlobare të artëria kalojn në buzën e sipërme të saj. Bronhi prehet dhe qepet pra vazhdon disekcioni retrgrad. venave lingulare është dega me e prekshme e venave të sipërme pulmonare dhe ajo pas indentifikimit pritët.

### **11.9. Lobi i majt i poshtëm**

Shkurtime e lobit të poshtëm.hapet në fillim pjesa e poshtme e pleures mediastinale mediale e n.vagus posht ligamentëve të mushkërive dhe në fund lirohet kosa fisura. Disekcioni pulmonar fillon nga hyrja e tyre në kosa fisura. Artëria kalon nga pjesa postërolatërale artëria ndërlobare,nder nivelin e ndarje të artëriëve të segmentit të lobit të poshtëm.. Mund të

takohen 2 artërie . Para lidhjes të tyre është e nevojshme indentifikimi i artërive lingulare dhe artërive për segmentin bazal. Vena me e madhe e lobit të poshtëm është vena që i përket këtij segmenti. Ajo qëndron pa e ditur ndër bronket dhe kryqezon 2 peme të përbashketa të bronheve për segmentët bazale dhe hyn në venën e poshtme pulmonare. Pas ndarjes vena aprivon në ndarjen e bronheve.

segmenti bazal,pas lirimit të artërive pulmonare ndërlobare dhe tregimi i artërive në lingulen e segmentit të nëlsonit,ben hyrje në deget e përbashketa të artërive për segmentë bazale. në pjesen e poshtme ben hyrje segmentët bazale të venave të cilet ndahen ,ben llogarin që të kujdeset vena për segmentin e nëlsonit. Pas ndarjes të venave behet ndarja e bronheve bazale si në anën e djathtë resekcionit bazal i segmentëve shume rrale tregohet.

### **11.10. Lobektomi standarde**

Lobektomi ,heqje e një lob-I te mushkërive ,është një operacion standard në heqje te tumorit te mushkërive.Lobektomi saj variacione pellgu me bronhoplastikom dhe angioplasty janë përshkruar tjetërkund.Shoh:Bronhoplasticno kirurgji heqje të kancerit të mushkërive.Lobektomi mund të bëhet me anë të qasjes nëpërmjet një thoracotomy mesatar,përvec për heqje te lob-it të ulët dhe i mëparshëm thoracotomy lateral.Video –asistuar thoracoscopic(VAC)Lobektomi është e mundur,por ende nuk i përcepton të gjithë mundësitë teknike për kryerjen e zbatimin e saj standard dhe të gjerë.Ajo është aplikuar kryesisht për tumoret periferike përmasa më të vogla dhe në rast të mungesave infiltruar nyjet limfatike mediastinale ose kur es intra operative tempore biopsy përcakton pushtimin e tyre minimale të tumorit.Qasje naj popularnjiji në torakot posterolateral.Procedurat themelore gjatë kryerjes Lobektomi janë:Mobilizimi i lob-it,autopsi pasmë e mushkërive,trajtimin e enëve të gjakut dhe lobarnog bronchial.

### **11. 11. Mobilizimi i prerjes pulmonare**

Procedura mobilizimi i prerjes pulmonare lidhet kryesisht me problemin e heqjes së mbështjelljes,ngjitje dhe infiltrimin e kancerit në pleurën parietale ose në paretin e gjoksit. Mbështjelljes i janë hequr nga autopsi hapur,dhe në qofte se në vaskularizim të mund të përdoren termokauter.Infiltrimi i kancerit vetëm në pleurë parietale mund të zgjidhen ndarjen ekstrapleuralnim por duhet ti kushtojë vëmendje për përhapjen e mundëshme të tumoreve ekstrapleuralnum.Rritje përbrenda tumoreve ne mur gjoks (qime)(barierat thyer pleurë



parietale) jep kirurg-u një zgjedhje në dy drejtime. Njëra është për të vendosur kanale infiltrimit dhe që menjëherë të bëjnë operim mur-it nga brinjët dhe tjetër është për të hapur planin përmes esktrapleuralno tumorit dhe për të mobilizuar shkurtime në mënyrë që të bëj operim nga brinjët apo mur-it. Metoda e parë është e justifikuar dhe është i njohur si heqje operacione në bllok dhe heqje bllokut. Një tjetër metodë lë mundësinë e shpërndarjes intraoperative tumorit, ajo është e shoqëruar shpesh nga gjakderdhjet dhe ekziston mundësia e embolit. Kirurgu nuk duhet të harojë se dhe heqja e bllokut nuk ka efekt pozitiv në kohën e mbijetesës.

#### Autopsi pulmonare e pasmë

Mungesa e pasmë e mushkërive mund të jenë të lindura apo ajo është për shkak të inflamacionit ose përhapur sëmundje të lobes pulmonare sepse ngjitur nuk tregojnë në mënyrë të qartë. Autopsia e pasmë është kryer në autopsi të kombinuar, të mprehtë dhe të topitur bashkë planin interlobarnog. Një procedurë e tillë zakonisht është e mjaftueshme për të bërë një autopsy dhe presje në feta të plotë të mobilizuar. Në disa raste kjo mund të jetë parenkyma pulmonare klemovati në të dy anët përgjat pasmë-s. Atëherë mushkëritë prerë në mes terminaleve dhe qepja është bërë në mënyrë individuale ose ligation. Egziston edhe mundësia e përdorimit mekanik, stapler (seleksionues fijesh). Në rast se ju nuk mund të përcaktoni planin interlobarni, qasje në të ashtu-quajtur reaksionar lobarnog tërheqja resected bronket. Pika e orientimit venat intersegmental. Enët e vogla të gjakut dhe bronke-t në rast dëmi duhet të lidhen apo stapler predispozohen. Kur autopsia pasmë është e nevojshme duhet kontroll të plotë interlobal degë e arteries pulmonare (sl.18:1-5).

### **11. 12. Metoda e bronkes dispozicioni lobar dhe enët e gjakut**

Kirurgu duhet të dijë anatominë topografike e pulmonare, arteriet dhe bronket, sistemet dhe variacionet në pasojat e tyre. Kjo është një parakusht i domosdoshëm për sukses dhe eta bëjnë të sigurtë Lobektomi-n. Dega segmentale e arterieve pulmonare janë të brishta, janë të vendosura në thellësi prapmë dhe në afërsi të bronket segmentale. Venat pulmonare janë mur elastic dhe janë lehtësisht të arritshme nga pjesa e përparme ose të pasme të hilum (sl.18:1-6). Rrallë ka një venë shtesë ekstraperikardijalna. Arteriet pulmonare autopsy segmental e hequr shtresa e tyre fijore është bërë gërshërë të mprehta. Qasja arteries me aksin e saj gjatësor. Procedurat pincë vaskulare janë pjesë e shtresës fibroze, kapi dhe e vuri poshtë një palë gërshërë për të prerë. Piskatoret janë beveled fibrozë mill tërhequr lart, një kënd të drejtë të theksoj nën shtresa. Autopsi më tej është e lehtë, sepse

instrumentit i rritet shtresa. Kur ispreparise arteriet mjaftueshme ,gjatësi,ajo vascular pincë hiqet,dhe nën ajo është e vendosur kënd të drejtë dhe të vënë një lak,dy proksimale dhe një skajor.Përpiquni të merrni një kënd të drejtë që kalon nën degët e arteries pulmonare pa heqjen paraprake të shtresës fibroze që mund të shkaktojnë ato lëndime dhe gjakderdhje. Lobar bronchus është asgjësuar në mënyrë të zakonshme.Vetëm teknika për qepje është e njëjtë për mbylljen e bronkes kryesore.Për qepje bronkiale është përdorur pe absorbilni 3-0(vicryl,PDS)dhe mund neabsorbilni(ticron).Përfshirja e murit bronchial përgjat vertikales është reth 3mm,në një ndarje të 2mm.Kur bronchus lobarnog duhet ti kushtojë vëmendje në seksionin e linjës që është e sheshtë dhe e mprehtë.Shpesh seksioni vjen permes dy unazave bronkiale sepse forma dhe marrëveshja e tyre nuk jane uniformë si në trake apo bronke kryesore.Qepur bronket në një shtresë të vetme.Kur ka një stapler mundësi (mekanikisht të gjithë).Stapler për bronket në disa raste nuk është e mundur për tu ngritur(bronchus shumë e shkurtër).Pra kirurgët në kraharor duhet të dinë teknikën e bronkes individuale për qepje.Lobar bronchus nuk është e nevojshme për të mbuluar idetë përreth,sepse ajo mbulon parenchymen përreth pulmonares.Qepja bronkiale është e nevojshme për të kontrolluar hetimin e ujit.

### **11. 13. Heqja e lobit të mesëm**

Lob-I mesëm rrallë është aplikuar në operacion për tumoret e mushkërive, Në të kaluarën një operacion i tillë zakonisht është aplikuar për shkak të të ashtuquajturit “sindromi lob i mesëm”.Pranitë e shumta të zgjeruar,shpesh calcified dhe përkrahës nyjesh limfatike përreth bronke,ndryshoi fijet dhe pasmë të paplota dhe marrëdhënie te ngushtë me një pjesë interlobarni e pemës së arteries pulmonare ,ata e bënë këtë veprim shumë delikat.Shpesh mundësia e heqjes varet mbi kontrollin total të pjesës proksimale e kryesore pemës arterie pulmonare.Qasja heqje e lobit të mesëm është ndër brinjëve V meparë hapësirë anësore ose thoracotomy posterolateral.Autopsi e enëve të gjakut fillon me autopsy të arterieve ose venat e degëve të mushkërive. Shih pozicion operativ, shtimin, str.X-XIII,sl.RSR:1-7.Degët vance janë të ndara nga venat e sipërme pulmonare,por variacionet e mundshme që kanë origjinën në venat më të ulët.Autopsi e venave është mënyra më e zakonshme.Formacionet janë proksimale dhe pe skajshme dhe pastaj transfiksaciona pe proksimal.Vena është prerë skajor të transfiksacione pe.Pasmë horizontale shpesh nuk theksohet në mënyrë të mjaftueshme ose të humbur.Qasja e pasmë është zhdrejt ne shumicën e rasteve të lira .Degët e arteries pulmonare në lob të mesëm është afruar në nivelin e

ndarjes së flokëve dhe të pasmë horizontale. Autopsi ishte e shurdhër me nivelin interlobarnog planit ndarja mbërthyer së bashku dhe pleurë thellë është bërë në përputhje me tabelë mbulon një pjesë interlobarni të arteries pulmonare. Identifikimi i degëve arteriale e lob-it të mesëm për shkak të ndryshimeve të mundëshme për bronken dhe nevojën për të pasur kontrollin e plotë të mardhënieve të enëve të gjakut dhe bronket, autopsy kërkon që arteriet interlobarni bëjnë gjith gjatësinë e saj dhe hapjen tabelë mbi të. Nyjet limfatike janë hequr nga pasmë pas autopsisë të mprehtë. Problemi mund të ndodh gjatë autopsisë të nyjeve limfatike në vendosura në këndin midis bronkes të mesme të lob dhe bronke për skajinmë të ulët të piramidës. Nyjet limfatike mund të dislokohen degë arteriale apo pjesërisht të mbuluara, dhe egziston mundësia që ai mbështjellës të përzieria fort me murin e arteries. Në raste të tilla kan treguar më parë një tërë arteriesh pemë interlobarni. Çdo përpjekje për të ndarë nyjet limfatike pa pasqyrë në pozitën e arterieve të degëve të piramidës, duke kërcenuar për dëmin në arterie. Pas deklaratës arteriet në qasjen e pasmë për identifikimin e një degë të lobit të mesëm. Në shumicën e pacientëve, ka dy degë, segmenti anësor dhe mesor, por është e mundur që ka tre degë, shumë rallë ka vetëm një arterie. Degët arteriale të skait të mesëm është e ndarë nga arteriet anësore ose të sipërme interlobarni mur, pak afër tek bronket. Kryesisht duke ndarë një degë pas degë etjera, por është e mundur që ata janë të lidhura ngushtë, të lokalizuara njëra posht tjetrës. Autopsia e tyre duhet të jetë e plotë në menyrë që të vënë re me saktësi nivelin e ndarjes nga pema kryesore arteriale. Ligation me dy proksimale dhe një për skajor, dhe prerja off mes proksimales ligatures skajor. Autopsi e bronkes një gisht apo hapur. Pas terminals vendosen bronchus uprer dhe sutures individuale decompression përfundojnë 2-0. Mekanike të gjithë nuk janë përgjithësisht të zbatueshme për shkak të bronkes të vogël në diameter. Me trajtimin e qasjes bronkjale, kur është e nevojshme, ndarja e lobit të mesëm e segmentit të mëparshëm të lobit të sipërme. procedura është bërë në planin venat intersegmental, si heqje e segmentit. Kullimi i kraharorit me dy kullon, të cilat janë vendosur në menyrë të zakonshme.

#### **11. 14. Lobektomija e djathtë e sipërme**

Anatomija e lobit të djathtë sipër është më i komplikuar se tek lobet e tjera pulmonale. Variacionet e degëzimeve të arterive pulmonale janë të shpeshta. Tek 80 % e të sëmurëve segmenti i përparëm është i ngjitur pjesërisht ose plotësisht me lobin e mesëm pulmonal e kjo kërkon të bëhet diseksion segmental të lobeve.

Pleura mediastinale në formë gjysëm rethi hapet reth hilusit. Operacioni fillon me ndarjen e pleurës para venës së sipërme pulmonale . Mandej pleura ndahet në drejtim të trungut kryesor të arterijes pulmonale jasht nga vena cava superior nën venën azygos kalon përmes bronhit kryesor në drejtim pas dhe fijeve të nervit vagus ( e lokalizuar subpleural ) që të duket bronhu intermedial. Vena azygos shtyhet me anë të tupferëve për përparim që të duket hapësira për të përparuar në kufirin e sipërm të bronhit kryesor të djathtë. Me disekcion (ndarje ) përmes tupferëve në drejtim posht dhe lart nga ana përparme dhe e pasme preparohet një pjesë e bronhut kryesor të djathtë dhe bronhut i cili degëzohet nga ai.

Nën lidhjen (derdhjen) e venës azygos në venën cava superior hasim në nyje limfatike e cila hiqet. Nën nyjen limfatike është e sipërfaqja e sipërme e trungut kryesor të arterijes pulmonale. Me reseksion vazhdohet në drejtim kah poshtë ku fillon të hiqet dega e parë e arterijes pulmonale ( truncus anterior superior).

Midis kësaj dege dhe trungut kryesor të arterijes pulmonale , në prerje të cilin ata e formojnë hasim një nyje limfatike që gjindet në murin e bronhut dhe përmes saj përhapet nga sipërfaqja e arterijes. Kjo nyje limfatike mund të vështirëson diseksionin (ndarjen ) e trungut ose degëzimeve të tij arterijale të sipërme dhe të përparme.

Nyja limfatike pjesërisht e ngren segmentin e përparëm të degës arteriale dhe kjo e huton ose e habit hirirgun. Nuk duhet haruar se nyja limfatike mund të jetë e kalcifikuar dhe në këto raste mund të ketë adezione (ngjitje) të forta në trungun kryesor arterial . Këto raste e komplikojnë diseksionin dhe vendosjen e ligaturave. Diseksioni e trungut të sipërm mund ta pengojë edhe dega e venës së sipërme segmentale e cila në disa raste kalon nga segmenti i arterjes së sipërme.

Kur bëhet Lobektomija e djathtë sipër është e domosdoshme që së pari të mbrohen degët e venës së sipërme pulmonale. Gjatë diseksionit të venës së sipërme pulmonale e rëndësishme është të identifikohen degëzimet venoze për lobin e mesëm dhe të shihet se a ka variacione në degëzim. Diseksioni i venës së sipërme bëhet lehtë me gisht. Pas ndarjes së ligamentit midis venës së sipërme dhe trunkut kryesor të arterijes , pulmonale kënd drejtë (right angle) , nyja e të cilit drejtohet hapësira ku ndahet dega për lobin e mesëm.

Në këtë mënyrë përfshihen të tri degët e venës së sipërme. Ki lloj intervenimi është i rezikshëm .

Gjatë aplikimit të right angle ka mundësi të dëmtohet vena e sipërme segmentale sepse ajo nuk duket prandaj duhet që ki intervenim të bëhet vetëm në raste kur vertetohet se segmenti i venës së sipërme pulmonal, nga e cila ndahen degëzimet për lobin e sipërm është më i gjatë se

zakonisht. Që të largohen kompikimet veç e veç me diseksion ndahen secila nga degët venoze segmentale.

Ata lidhen ne dy ligatura proksimale dhe nje ligaturë distale, e pastaj degët prehen. Në pjesën proksimale të venës së sipërme nga e cila formohen degët për lobin e sipërm vendoset edhe një ligaturë. Për lidhjen e venës përdoret pe jo absorbus. Pas ndarjes të fascies sipërfaqësore mbi arterije me right angle kalon nën trungun e përparm arterial dhe vendosen 2 ligatura proksimale , pastaj një nga një lidhen degët segmentale të trungut.

Vendoset një ligaturë (lidhje) proksimalisht dhe një ligaturë distalisht. Diseksioni i mjaftueshëm për të fituar gjatësi të enës së gjakut mund të zgjatet , nëse kjo është e nevojshme për parenhimin pulmonal.

Degët segmentale ndahen midis ligaturave . Pasi është mbrojtur dhe regulluar vena e sipërme pulmonale dhe trungu i përparëm arterial , mbetet të gjindet edhe një enë gjaku e ajo është arteria pulmonale segmentale ascendenta posterior. Ajo egziston te 90 % e të sëmurëve . Diseksioni i asaj arterie mund të jetë pjesa më e rëndë e operacionit. Hyrja deri te arteria ascendenta posterior mundësohet nga para përmes incizurës, ose nga pas retrograde.

Ajo ndahet nga pjesa e përparme e pjeses inter lobale të trungut kryesor mbi vendin e ndarjes të trungut të përparëm . Megjithatë nuk i dihet nëse ajo ndarje është më herët ose më vonë mbi trunkusin thellë në pjesën interlobale të arteries. Janë të pranishme edhe variacione në ndarjen e saj.Për kirurgun është e nevojshme që pas kujdesit dhe mbrojtjes së venës së sipërm, në drejtim të hapësirës interlobale. Nëse arteria ndahet menjëherë pas trungut të sipërm problemi i diseksionit dhe lidhjes së saj është i zgjidhur.

Mirëpo nëse arterija ndodhet në atë nivel dhe nëse egziston nyje limfatike e kalcifikuar ose e zmadhuar , është e këshillueshme që të pritet me këtë intervenim dhe të bëhet pasi të jetë regulluar ose intervenaur në bronhun lobal.

Atëher hyrja është retrograde , por kontrollimi i asaj arterie fragile është i plotë. Hyrja tek arteria segmentale posterior përmes incizurës nënkupton që së pari të bëhet riseksioni komplet i incizurës. Kjo është punë e komplikuar por ndonjëherë vetëm në atë mënyrë mund të afrohen arteries segmentale posterior. Hyrja retrograde është nga ana e pasme e hileusit. Lobi i sipërm ngritet lart me kapse ose pincet dhe tërhiqet në drejtim përpara , i afrohen murit membranoz të bronhit kryesor dhe intermedijal.

Preparatet muri i pasëm i bronhut të sipërm deri te niveli i ndarjes së bronhut segmental. Në kënd midis bronhut të sipërm lobar dhe intermedijal është gjithmonë prezent nyja limfatike e cila mund të jete problematika gjatë diseksionit. Kjo nyje limfatike mund të mbulojë ose të shtyjë arterien segmentale ascendens, prandaj është mirë që kjo nyje limfatike të hiqet pas një diseksionit të saktë. Nuk është udhëzuese që menjëhere me right angle -on të provohet ndërprerëjn i bronhut të sipërm lobar të pasohet në murin nga ana e këndit të bronhut intermedial ,sepse rugës për kah muri i përparëm i bronhut, mund të hasim në arterien ascendens posterior.

Mënyra më e mirë është të hiqet nyja limfatike nga hapësira e sipër përmendur , e pastaj me gisht nga ana e përparme të bëhet pjesërisht ose plotësisht një diseksion i lehtë të pjeses të trungut inter lobar të arteries pulmonale .

Me gishtin tregues kalohet bronhu lobar i sipërm , kurse arteria shtyhet nga incizura. Maja e gishtit tregues paraqitet me anën e pasme të bronhut. Nën kontrollimin e gishtit lirshëm aplikohet për bronhun. Bronhu pritë dhe qepet e pastaj bëhet diseksionini arteries pulmonare ascendente posterior. Praktikisht është krejt lobi pulmonar në arterien segmentale në pjesën e indit interlobar. Lobi pulmonal me kujdes tërhiqet lart, kurse arteria identifikohet dhe regullohet.

Faza e ardhshme e operacionit është e drejtuar në regullimin e incizurës nga lobi i mesëm. Kjo pjesë e intervenimit hirurgjikal mund të bëhet pa probl vetëm nëse para asaj saktë identifikohet degët segmentale arteriale për lobin e mesëm edhe kur definitivisht caktohet që nuk egzistojnë degë arteriale për segmentin e përparëm të lobit të sipërm.

Degëzimet segmentale ndahen nga pjesa interlobare e trungut të arteries pulmonale. Diseksioni i incizurës mund të bëhet preparim të lehtë të mprehtë ose përdoret stopler. Në disa raste është e nevojshme të bëhet ndarja në planin inter segmental , sipas tipit respiracioni i segmentit. Atëhere kirurgu pë planifikim të drejtë midis segmenteve orientohet nga venat intersegmentale.

Sipërfaqja inter segmentale midis segmentit të përparëm dhe lobit të mesëm duhet te bëhet sipas regullave të sipër përmendura. Pasi që incizura midis lobit të mesëm dhe të poshtëm është zakonisht e plotë lobi i mesëm , fiksohet për lobin e poshtëm përmes 2 qepjeve që të pengohet perdja e saj. Ndahet ligamenti pulmonar, kontrollohet sutura e bronhut.

Vjen në rend diseksioni dhe ekspiarcioni ( heqja , prerja) e nyjeve limfatike të hilusit , të pjesës subkorirale dhe mediastinumit. Hapësira Torakale shpërllahet dhe vendosen 2 vena para dhe pas sipas spjegimeve mëparshme për vendosejn e venave torakale pas lobektomisë.

## **11. 15. BILOBEKTOMIJA**

Bilobektomia është resëksion e cila përfshin resëksion të mesëm, prerje e resëksionit të sipërm dhe të poshtëm, prerje tërthore. Në terminologji përcaktohet si Bilobektomi e sipërme ëe mjedis dhe përmbi prerje të mesme, të sipërme dhe të poshtme.

### **11. 15. 1. BILOBEKTOMIA E SIPËRME**

Është indikuesë tek tumori e cila kapën sëgmëntin anterior të prerjes së sipërme, incizura horizontale dhe pjesa me prerjes të mësme ose e gjithë pjesa e nje sëgmenti e prerë në më. Dy prerjet e sëgmentit punojnë të ndara. Bronhu i prerjës së sipërme dhe bronhi i prerjes së mesme selektohen të ndara.

### **11. 15. 2. BILOBEKTOMIA E POSHTME**

Është e indikuar te tumorët bronhiale në pjesën e poshtme, bronh lobar i cili është afër ose në bronhun e hapur, për prerjen e mesme të tumorit distal i pjesës inter mediale ose kur tumori në prerjen e poshtme në shumë pjesë infiltron në fjetet e incizurës. Infiltrimi me metastas limfatike, puçra në bronh për prerjen e mësmë ose peribronhiatik dhe pjesën intermediale bronhiale për prerjen e poshtme mundet të bëhet indikative për interoperativ vendoset që të behet bilobektomi.

Reseksimi me dy prerje bëhet bashkë ashtu që reseksioni medial bronhial ndër ndarjen e bronhut për prerjen e sipërme. Para vendimit për bilobektomi kirurgu përcakton që të mbetet pjesa e sipërme ose e poshtme që të mbush plotësisht boshllëkun e toraksit.

Pjesmarja në bilobektomi të poshtme është postero lateral torakotomi ndërmjet brinjëve IV/V. Lirohet frymëmarja e ligamentëve dhe aty është vena e poshtme ajo që pastrohet në pjesën e gishtit tregues. Pastaj lirohet në plage me mëtodën e përshkruar.

Pastaj mer pjesë në planin e dytë ku regullon venen në prerjen e mesme.

Frymëmarja ngrihet me ndihmë të kapjes në prerjen e poshtme dhe hyn në pjesën e pasme të frymëmarjes.

Bronhi intermedial lirohet dhe pjesa shtërngohet dhe bronhu ndalet për prerjen e sipërme në shuplake, ndërmjet bronhit intermedian e të sipërmë gjindet gjëndra limfe.

Fijet lirohen ne pjesën e pasme të incizurës ndërmjet prerjes së sipërme dhe të pasme ne nivel të përmendur në puçren limfatike ku gjendet diseksioni në planin interlob. Diseksioni ne fillim është i shurdhër, pastaj diseksioni izolohet fort në puçren limfatike ku shkatërohet, pjesa incizure interlobare lirohet e gjithë gjatësia, arteria e plotë tregon ne nivel të ndarjes të plages ne pjesën e prerjes së mesme, ligatura vendoset për prerjen e mesme pastaj nje nga nje ndalon dhe lidhen për gjashtë sëgmente ne prerje të mesme.

#### **11. 16. LOBEKTOMIA E DJATHTË E POSHTME**

Ne ndarjen e ligamentëve të frymëmarjes përfshihet ne pjesën e poshtme të venes në të cilën gjindet pjesa interlobare.

Gjindet pjesa interlobare, arteria është prej pozicionit të diseksionit të arterieve nga pjesa e sipërme e venës dhe degët, segmentët e sipërm dhe e kunderta e veneve të poshtme bëhet gjithashtu diseksioni në qoshet e poshtme të venave të sipërmë dhe pjesë të degës për lingun. Gishti tregues ben diseksion në murin e venës së fundit ku ajo ndonjëhere nuk nevojitet, nvarësisht nga këndi i saj.



## **12. PRINCIPET THEMELORE TË DRENAZHËS TORAKALE POSTOPERATIVE**

Drenat torakale vendosen në menyren intraoperative porsa mbylljes të incizionit torakal. Qëllimi i drenazhës torakale është të arihet mbyllja i hapsirës pleurale.

Kjo arihet me funksionimin e drenëve të cilat mundesojnë evakuimin e ajrit dhe lëngut nga hapsira pleurale dhe ekspansion të plotë të hapsirës të mbetur pleurale me anën e operuar. Pas reseksionit pulmonal ose reseksionit të segmentit veihen dy drena ndërsa pas pneumonectomisë vehet vetëm një dren. (Pas reseksionit të segmentit VI, segmentit Nelson mund të veihen edhe tri drena, dy në menyren standarde dhe një dren me i ngushtë në vendim të incizurës të madhe). Tek reseksionët e vogla kafazi i krahërorit mund të drenohet vetëm me një dren. Tek reseksionët ku presin reekspansion të pjesës të mbetur të mushkërive, drenat torakale lidhen me sistemin aspirator aktiv ku vehet tensioni negativ i matur ose disa centimetra të shtyllës të ujit. Pas pneumonectomisë bëhet e ashtuquajtur drenazhë pasive nënujore. Drenazhës me dy drenë torakale mundësohet me njëri dren në anën e përparme (dreni i përparshëm) dhe dreni tjetër (dreni i pasëm) i drejtuar kah anët e pasme të hapsirës torakale. Drenët janë të dukshme për shkak të kontrolimit me të lehtë të karakteristikave të lëngut i cili evakuohet nga toraksi. E rëndësishme është të shifet formimi i kuagullimit të gjakut në rastet e gjakderdhjes të theksuar postoperative. Zakonisht drenët torakale janë të markuara në trakë radiosenzitive të zgjatur e cila është e dukshme me radiografi ose rengenskopi. Kjo është e rëndësishme që me çdo moment saktësisht të dime pozitën e tyre në kafazin e krahërorit.

Me drenin e përparës evakuohet ajri dmth lumeni i tij duhet të jetë me i ngushtë (f26 ose f28). Dreni i pasëm evakuon lëngjet (gjakun etj). për çka ai duhet të jetë më i gjërë (f30- f32).

### **12.1. SISTEMI PËR DRENAZH TORAKALE DHE KONTROLIMI I DRENAVE**

#### **12.1.1.SISTEMI I DRENAZHIT NËN UJORE- SISTEMI I NJE ENE**

Sistemi për drenazhë nënujore ndërtohen nga një ene qelqi e cila në gjysmë është e mbushur me ujë, mbyllësi i gomës për mbyllje hermatike të enes nëper\_ të cilën kalojmë vertikalisht dy gypa qelqore (e gjata dhe e shkurta) dhe zora për drenazhë, vazhdimi e gomës silikonik. Gypi i gjatë është me ene me anën e përshtër i futur në uje 2-3cm, ndërsa në anën e sipërme kalon nëper

kapokun e ggomës dhe lidhet për zores drenazhuese. Në zoren drenazhuese lidhet dreni torakal i cili është me hapsirë pleurale. Gypi i shkurtër me një rënë anë është në ene mbi nivelin e ujit, ndërsa në anën tjetër kalon nëpër mbyllsin e gomës dhe komunikon me hapsirën e jashtme. Uji në ene me të vertët është mekanizëm ventilues pasi mundeson që ajri dhe lëngu nga hapsira pleurale nëpërmjet drenit torakal, zorës për drenazhe dhe gypit qelqor, mbërin vetë në enën qelqore. Ajri nga gypi i shkurtër del në hapsirën e jashtme ndërsa lëngu ngel në ene gjegjesisht në uje. Sistemi pengon që ajri nga ambienti i jashtë të deperton në hapsirë pleurale. Praktikisht kjo nënkupton që hapsira pleurale nëpërmjet gypit të gjatë është i ndare nga ambienti i jashtëm (gypi i shkurtër) nëpërmjet të barierës ujore.

### **12.1.2.Mekanizmi i funksionit të sistemit për drenazhe nënujore:**

Qarkullimi i ajrit dhe lëngut është i mundur vetëm me një drejtim. Tensioni pleural pozitiv (në ekspirium) nëpërmjet sistemit përcjelllet në gypin qelqor të gjatë e cila është pak e futur në ujë dhe në të cilën poashtu ekziston tension pozitiv i shtylles së ujit. Kur tensioni pleural pozitiv, ajri dhe lëngu mundin tensionin e shtylles së ujit në gypin qelqor dhe kalojnë në uje. Lëngu pleural ruhet në uje, ndërsa ajri në formë të fluskave kalon në hapsirën e jashtme. Tensioni pleural negativ tërheq sasi të vogël të lëngut në gypin qelqor dhe mundeson kalimin e ajrit në sistemin të drenazhës. Kur gypi i gjatë gjindet mbi nivelin e ujit në ene ajri nga hapsira e jashtme lirisht kalon në hapsirë pleurale.

Kjo sjell deri të pnëumotoraksi, pasi sistemi nuk funksionon. Për të funksionuar sistemi i drenazhës nënujore është e nevojshme të plotsohet edhe kushti i veprimit të graviditetit të zores, gjegjesisht që ena drenazhuese të ndodhet mes të nivelit të kafazit të kraherorit, më mirë afër krqvetit të të sëmurit (me çka largohet veprimi të ligjit të enëve të ngjitura). Nëpërmjet enës drenazheve përcjelllet zora e përgjithshme e lëngut nga hapsira pleurale si dhe karakteristikat e saj. Humbja e ajrit vërehet nëpërmjet fluskave që kalojnë nëpër uje.

### **12.1.3.Funkcionët e kontrollit të kullimit nënujore**

Funksionimi i drenazhës kontrollohet nëpërmjet të levizjes dhe rjedhjes të lëngut pleural në gypin e qelqit dhe lajmerimin e fluskave në ene. Levizja e nivelit të ujit vjen si rezultat i presionit në hapsirën pleurale kurse lajmerimi i fluskave është shenjë e humbjes së ajrit prej hapsirës

pleurale. Gjat frymëmarrjes spontane në ispirium shtylles se lëngut ngrihet për shkak të ritjes të presionit pleural nëgativ kurse në ekspirium lëngu i shtylles ulet për shkak të presionit negativ. Situacioni është i kundert të semuret me ventilacioni mekanik. Dreni nuk funksionon kur niveli i ujit që tësohet gjat koltjes se sforcuar.

Shkaku për keto mund të jenë: Mbylja intralaminale e drenit me kuagulumit të gjakut dhe fibrinës. Dreni i lakuar ( me shpesh pozita e të semurit ose më shumë kur dreni është i vendosur mbrapa ose kualiteti i drenit është i dobet nuk ka fortësi të duhur). Dreni nuk është në hapsirën pleurale.

Nderprerja e papritur e ajrit në ene mund të jetë shenja e atelektozes, mushkeritë janë në kolapse. Lajmerimi i ajrit në sasi i cili nuk i pergjigjet operacionit mund të tregojë në gabim të sistemit të drenazhës. Kur dreni zihet me kuagulumin të gjakut ose fibrinoz duet të tentojmë në rekanalizimin e tij me pordorimin e aspiratorit, metodin e ashtuquajtur „humbja e drenit,„ose mehanik (kateteri i fshehur me ndihmen e shiringes zmadhohet vakumi dhe ingjajshem.

Në rastët të pasuksesit dreni që egziston ndrohet me dren të ri. Zbrasja e enes dhe e permbajtjes e saj bohet në at menyre që dreni në filim perthehet mandej nxiret mbylesi i gomës dhe lëngu derdhet. Mbushet me sasi të re të lëngut në ene ( uje i destiluar-500ml), kthehet mbulesa e gomës, ngjitet për gypin e drenit me drenin edhe atëhere vendoset dreni. Mungesa e sistemit është për atë që nivelin i lëngut (i cili evakuohet prej hapsires pleurale) në ene ndikon në gritje e presionit në gypin e qelqit. Presioni në një moment bëhet aq i lartë që nuk mundet të mbizotroje presioni pozitiv të hapsires pleurale.Në atë moment sistemi pushon të funksionoj. Kontrolli i nivelit të lëngut të evakuar është i domozdoshëm, jo vetëm për të studjuar karakteristikat të lëngut, por edhe për mbajtjen e funksionit normal të drenazhës.

## **12.2. Sistemi i drenazhës të shtylles nënujore-sistemi me dy ene**

Sistemi i drenazhës të ujit me dy enë është ma e mire sesa sistemi i nje ene, veçenarisht kur prej hapsires pleurale evakuohet sasi e madhe e lëngut.

## **12.3. PRINCIPET THEMELORE TË DRENAZHËS TORAKALE POSTOPERATIVE**

Nje ene është në lidhje në hapsirën pleurale (nëpërmjet zores të drenit dhe drenit torakal) dhe ajo ka funksion si kolektor për lëngun pleural. Ena tjetër është identike në sistemin me nje

ene dhe ka fonkcion vetm per evakuimin e ajrit dhe mirembajtja të sistemit në mehanizam ventilus. Keto enë jan të lithura me zore gume e cilla i lidhen dy gypa prej xhami. Zore punë e lidhën zoren prej xhami e cila është në ujë (enë e pare) me gypin prej xhamin e cila është mbi nivelin e lëngut (enë e dytë). Prej enës së dytë në gypin e shkurtë prej xhami e cila është mbi nivelin e lëngut është e lidhur me sistemin të drenit torakal tek pacienti. Sistemi me dy enë është ma i mire prej sistemin me një enë dhe nuk egziston mundësi që presioni në systemin të bije nën nivelin që duhet – enë e pare e miremban vetëm presionin e enes tjetër është vetëm kolektor i lëngut.

#### **12. 4. SISTEMI I SUKSIONIT AKTIV- SISTEM ME TRE OSE DY ENË**

Tek të gjitha resekcionet të mushkerive, është presioni prej ma pak se -20cm dhe jo më tëper prej -30cm. Ai presion është i mjaftueshëm që pjesa tjetër e mushkërive të zgjërohet në tëresi. Në qoftë se presioni i ajrit ritet mbi nivelin e duhur athëre ka mundësi të ndodhin shumë komplikime. Ritja e presionit negative në pleurë mundesohet në aparat per aspirim aktiv i cili lidhet në enen per drenazhe. Kur kemi nëvoje të dy enët mundet të lidhen në aparatin per aspirim (thithje).

Sot janë në perdorim shumë sisteme komerciale për drenazhë të cilat janë system klasik me tre enë. Sistemi ka edhe tre shpraztura. Me tubë uji prej nje shprazture, ndiqet evakuimin i ajrit dhe behen aerostaze. Ajo ene është identike me enen për drenazhë. Shpraztura tjetër është kolektor dhe në atë mbelidhet lëngu i drenuar. Shpraztura e tretë është per sukcion dhe ka aftësi per vetë regullim të shtypjes të ajrit nëgative. Dreni torakal është i lidhur vetëm me nje sistem në të cilën janë të tre shpraztirat.

#### **12. 5. Terminet per ta hequr drenin torakal pas resekcionin e mushkerive**

. Tërheqja e drenit torakal pas lobektomisë, segmentektomisë ose resekcionet më të vogla, varet prej aerostazes, homostazës, pasqyres klinike dhe rengenit dhe loji të lëngut në pergjetsi i cili evakuoet.

Dreni tërhiqët kur:

-Kemi ajrostaze

-kemi reekspanzion të mushkerive

-kemi stabilitet respirator dhe stabilitet klinik i sëmurit është komunikativ dhe spontanisht mer frymë.

-Dhe dreni evakulon lëngje per 24ore jo ma pak se 50 ose 100ml. Lëngu është seroze dhe i pastër.

-Në praktikë tërheqja e drenit pas reseksionit të operimit suksesive. Drenët asnjher nuk hiqet në të njejtën kohe.Në rastët që nuk ka komplikimi pas operacionit, dreni i pare hiqet prej 3-5 ditë ndërsa dreni i dytë prej 5-7ditë.

-Kur drenat operativ nuk funksionojn ato tërhiqen dhe vendosen të ri. Dreni i ri plasohet në pike ma të lartë në lidhje me kolapsi e mushkerive, shkon në drejtimin e nervit të toraksit. Dreni i ri i cili vendoset është me i shkurtër sesa dreni operativ (f16-f18). Në qoftë se vendoset dren ma i gjere athere zgjerimi i mushkerive është e pamundur. Nuk preferohet plasimi të me tëper drenave të ri postoperative sepse ka mundësi për shumë komplikime

### **Dreni pas operacionit mbahet ma gjatë kur:**

-Egziston humbje të ajrit,a mushkeritë me opsion zgjerohen. -Evakuimi i lëngut pleurale është prej 50deri në 100ml 24 ore. -Dhe pacienti është në ventilim mehanik.

### **12 6. HERMETIZIMI I HAPSIRËS-**

Të drenit operativ mundet të bohet shkak të cilat pregaditën kur vendoset dhe fiksohet dreni në lekure ose në pordorim të leukoplastit. Dreni hiqet në ekspirium maksimale a para inspirimit të mëparshëm ekspirium maksimal. i sëmurit e mban frymen në ekspirium dhe dreni tërhiqet me aspirim aktiv. Kur e shohim drenin më e lartë në lekure tërhiqet dhe qëpet me penë në hapsirën torakostome dhe hapsira mbylet. Mënyra e dytë është që në hapsirën vendoset gaze vazelini e cila mbështetet në gaze të thatë,a pastaj të dy gazat kapen në leokoplast të gjere.

Pas pneumonektomise në moment kur mbylet incizioni pasohet vetëm nje dren.Dreni nuk mund të jeët i gjëre (f20-f22) dhe duhet të shkon në drejtim të sinuseve. Ata lidhen vetëm me drenazhe në nje enë, pacienti është në pozitë laterale në tavolinë kirurgjikale. Funkzioni i saj është:

-Evakuimi i ajrit dhe stabilizim të pozicionit të dijafragmes dhe organët të medijastinumit.

-Evakuim të lëngut pleural.

Dreni mundëson dekompresion me evakuimin të teprices të ajrit prej toraksi. Organet të medijastinumit dhe dijafragma marin pozitën e cila nuk i pengon funksionit kardio-respirator. Pas

operacionit dreni edhe është aktiv me drenazhe, që ta evakuon lëngun dhe të jetë pozita stabile dijafragmes dhe mediastinimit. Dreni hiqet pas pulmonektomise pas:

- Kur lëngu pleural është me pak se 300ml në 24 ore(zakonisht është 24-28 ore pas operacionit).
- Status kardiorespirator stabil, pacienti është komunikativ dhe mer frymë spontanisht.
- Hapsira pleurale pas pneumonektomisë pa shenjat për shkak të ngushtimit zhvendosjes mediastinumi në anën operative.

Pacientët të cilët pas operacionit janë në ventilin mekanik, duhet që gjithmonë të kenë qëndrim postoperative, pa dalim sa është lëngu në pleure. Hemoragjia postoperative mundet të kontrollohet në sasi e evakuimit të gjakut.

Komplikimi në funksionimin të drenit torakal pas pneumonektomise mund të jenë:

- Ngushtim të hapsires pleurale kur zhvendoset mediastinumi në kohën e operacionit dhe ngritja e dijafragmes, kur kemi ritje të ajrit negative dhe presion i cili është i shkaktuar me evakuimin e ajrit kur është i pershpejtuar. Manifestimet klinike janë prezenca të komplikimeve respiratore dhe cirkulatore, aritmi, dhimbje në boshtin kurizor dhe sheqetsimin e pacientit.

-Kur formohet kuagulim tek dreni prej hemoragjisë.

-Prezenca e dislokimit të drenit e cila mbështetet tek mediastinumi dhe komplikimi prej asaj.

Gjendja e zmadhimit të ajrit tek interapleura rregullohet me dekonëktim të drenit. Me drenin mundesohet që ajri të hyn prej jashtë në plure. Me nderhyrje të ajrit bëhet dekompression e cila në mekanizem është identike me pneumotoraksin e hapr.

Kur pacienti stabilizohet dreni përsëri vendoset në dren (ndër uje) a para asaj bëhet kontrol të funksionit të gjithë sistemit.

Kuagulimet prej drenit patjetër duhet të hiqen që të mundesohet kontrola e hemostazes. Kur paraqiten kuagulimet të drenit është e duhur të bëhet radiografi që mos bëhet fjale që të ketë kuagulim në plure.

Dislokim të drenit zhgjidhet me tërheqjen ose heqjen komplet të drenit. Komplikimi është i ralle dhe janë të gabimeve teknike të drenit pas pneumonektomisë. Disa kirurg nuk e drenojnë toraksin pas pneumonektomisë por intraoperativ plasohet dren me lumen më të vogël, i cili vendoset tek drenazha ndër uje. Kur i sëmuri vendoset në pozicion horizontale dhe kur vertetohemi se nuk ka pengesa kardio-respiratore dhe kur kemi stabilitet të dijafragmës dhe mediastinimit dreni hiqet.

II TEKNIKAT TORAKOKIRURGJIKE në hapsirën e mbetur , kryesisht kur ekziston gjakderdhje me e madhe. Mundësisht dhe komplikime të tjera, si emfizemi nder lekure gjatë shtërngimeve ose kollitjes, zhvillimeve të gjendjeve gjatë zmadhimit të grumbullimit të ajrit gjat shtypjes në hapsirën post pneumatike, gjatë hyrjes se ajrit nga jasht nëper sutura incizije etj.

### **13. KOMPLIKACIONËT DRENZHËS TORAKALE POSTOPERATIVE DHE KUJDESI**

Komplikacionët të drenazhës torakale pas reseksionit të mushkenive janë si rezultat të gabimeve teknike të kirurgut gjatë operacionit ose gjatë veprimit joadekvat gjatë sistemit të drenimit". Komplikimet si pasojë e gabimeve teknike të kirurgut gjatë operimit mund të paraqiten për shkak të :

- Llojit , madhësisë dhe numrit të drenëve
- Vendit të incizionit për drenim me linjat topografike të koshit të krahanorit ose raportit të hapsires nderbrinjore
- Drejtimit të gabuar të drenit në hapsirën pleurale
- Fiksimit të gabuar të drenit në kafazin e krahanorit dhe në lëkurë
- Gabimit të pozitës të majave të drenit në raport me kupolën e pleurës dhe diafragmës
- Vendosjes të drenit të fundit me hapjen në murin e krahanorit , sipërfaqësisht në hapsirën pleurale ose jashtë hapsirës pleurale mbi nivelin të lëkurës
- Vendosjes majes të drenit të lirshëm në nivel të anastomozes së bronhut ose enës së gjakut ose në nivel të sutures.

Incidenca e komplikimeve teknike të drenazhës torakale gjatë vendosjes së drenit në hapsirën pleurale është 1-2%. Komplikimet më të shpeshta janë si rezultat të dëmtimeve direkte të gërshetimeve neurovaskulare interkostale , diafragmës ose strukturës subdiafragmele. Gjakëderdhja interkostale largohet nëse dreni vendoset mbi vijën e sipërme të brinjës.

#### **Problemet gjatë operacionit gjatë sistemit të kontrollit për drenim:**

- Mund të paraqiten këta probleme: -Sistemi nuk funksionon për shkak të gabimeve në sistem
- Gabimeve të lidhjes të drenit torakal me sistemin për drenim, nën ujë ose aspirimit aktiv.
  - Ndërprerje të sistemit për shkak të largimit të drenit torakal, për shkak se hyrja e drenit mbi nivelin e lekures ose dekoneksioni gjatë levizjes të semurit ose ekziston gabim në koneksion dhe sistemi nuk është i mbyllur plotësisht. Humbje e madhe e ajrit dhe zvoglim të evakuimit të ajrit jep dyshim në ndërprerje të sistemit.
  - Rotullimit të sistemit të drenimit dhe zënja e tyre kur pacienti është shtrirë mbi to (dren) Problemi ekziston me ndalimin të lëngut pleural dhe ajrit.



-Zënje të drenit ose sistemit të drenimit me permbajtje pleurale, më shpesh me kuagulum të gjakut.

-Kolapsit të drenëve torakal dhe zeëja e tyre, për shkak të shtypjes me të madhe aspiruse, ose si pasoje e gabimit të diametrit të drenit dhe kualitetit .

-Problemit për shkak të pozitës intratorakale e cila ndikon në funksionim të keq të drenëve (dreni në incizure pas reseksionit të prerjes së mesme ose pas reseksionit segmentale, pozicioni i drenit gjat mediastinumit kur ai është i mbyllur për shkak që e mbështjell mushkeria për rreth , pozicioni i majës së drenit mbi dijafragmën në sinusin e parëm kostofrenik

-Mbi mbushje të kolektorit me permbajtje pleurale.

Gabimet në sistemin lehtë largohen vetëm se duhet kujdes

Problemi më i madh i zënjes së drenëve , okluzioni i tyre me kuagulum të gjakut ose fibrin.

Kalushmëria e drenit të pjesa ekstrapleurale kontrohet lehtë, por problem është pjesa e drenit e cila është në koshin e krahnorit. Në kontrolën rutinë të kontrolit të kalushmërisë të drenëve torakal është kontrolimi që quhet " mjeljes të drenëve". Mënyra bëhet me dy duar. Me dorën e majtë në mes gishtit të madhe dhe gishtit tregues ndalohe krejtësisht kalushmëria e drenit në daljen nga kafazi i krahnorit (dreni shtypet në mes dy gështave). Pastaj nga niveli ku dreni është i shtypur me dorën e majtë, me ndihmën e gishtit të madh dhe gishtit tregues të dorës së djathtë (i njëjti veprim si me dorën e majtë) me shtypje të forcuar, gishtat tërhiqen një 10-15 cm nga ana distale e drenit. Në distancën e madhe bëhet shtypje e drenit me dorën e djathtë, si me mënyrën e dorës majtë dhe lëshohet shtypja me dorën e majtë. Kjo mënyrë përsëritet disa here dhe pastaj sistemi lëshohet të funksionojë pa shtypje. Me atë mënyrë ka me pak levizshmëri të kuagullimeve dhe rregullohet levizshmëria normale e drenëve. Kur me këtë metodë nuk arrijmë efektin e dëshiruar, zbatohet metoda tjetër (aspirimi zmadhohet, në drenin bëhet tërheqje deri hetim për të tërheqje të kuagulumit, aspirator shtëse është bërë përmes një shiringes të madhe, apo me aspirator qendror ase ngjajshëm.

Me rastin e lëshimit të drenit ose të nxerjes së tij mundet të ketë hapsirë të ajrit te vendi anësor në zgavrën pleurale dhe vazhdimi parcial ose pneumotoraksi i përgjithshëm. Vazhdimi pneumotoraksit mundet të jetë shkaktar vetëm të gabimeve teknike, mirë po ajo mund të paraqitet si shkaktar i mbylljes jo të përgjithshme të torakotomisë. Mbyllja jo e përgjithshme e torakotomisë mundet të shkaktohet prej turgor muskulatures dhe lëkurës, formimi i kanalit fibroz tek mbajtja e gjatë e drenave operativ.Në vend torakotomisë mundë të zhvillohet infeksion në murin e gjoksit.

## 14. QËLLIMI I PUNIMIT

**Qëllimi i këtij disertacioni është:**

- **të egzaminojmë tek pacientët me karcinoma të mushkërive, përparsitë e terapisë neoadjuvante apo induktive, para intervenimit kirurgjikal kundrejt pacientëve që nuk u trajtuan fillimisht me terapi induktive.**

Në vështrimin e bërë në përzgjedhjen e kësaj problematike, u udhëhoqa nga vlersimi, se një grupë e madhe e pacientëve, tek të cilët bëhet diagnostifikim i karcinomës së mushkërive.

Për shkak të diseminimit të sëmundjes, në stadet IIIa dhe IIIb shpallehin pacientë inoperabil dhe trajtoheshin vetëm me terapi, paliative, radioterapi.

## 15. MATERIALI DHE METODIKA

Afatit kohor kur u analizuan të sëmurët e të dy grupeve (me terapi induktive dhe pa terapi induktive) shtrihet nga viti 2007 deri në vitin 2012.

Pacientët u përzgjedhën fillimisht në Klinikën Universitare të Kirurgjisë Torakale dhe në Klinikën Universitare të Onkologjisë dhe Radioterapisë. Gjithësesi studimi ka qenë i lidhur me Klinikën e Anesteziologjisë, Reanimacionit dhe Kurimit intensiv, me Klinikën e Pneumologjisë si dhe me Institutin për terapi fizikale.

Grupi i parë i pacientëve që nuk u trajtuan fillimisht me terapi induktive përbëhet nga 355 të sëmurë, prej të cilëve 276 ishin meshkuj dhe 79 femra. Grupi tjetër përbehej nga 361 të sëmurë nga të cilët 287 ishin meshkuj dhe 74 femra u trajtuan fillimisht me terapi induktive e më pas u bë trajtim kirurgjikal.

Mosha e të sëmurëve ishte nga 31 ( më i riu) deri më 75 vjeç (më i moshuari), kurse mosha mesatare ka qenë 57.03 vjet.

Kemi qenë rigoroz që për të gjithë pacientët (qoftë ato të grupit të parë, qoftë të grupit të dytë) trajtimi mjekësor (nga fillimi deri në përfundim e tij), të ishte me protokoll të njejtë. i njejtë rigorozitet është respektuar edhe për diagnostifikimin, për trajtimin pasoperator, për trajtimin onkologjik, për periudhën e rehabilitimit dhe për risocializimin e pacientëve.

Në të sëmurët me trajtim kirurgjikal është bërë lobektomi ose bilobektomi. Në një grup është bërë torakotomi eksplorative. Në fakt vlerësimi adekuat i gjendjes të të sëmurëve u bë në momentin e intervenimit kirurgjikal dhe këta raste u shpallën inoperabil dhe vazhduan me trajtim të mëtejshëm onkologjik.

Terapia induktive është aplikuar me qëllim që të arihen: reduktimi i masës tumorale, zvoglimi i masës dhe numrit të metastazave lokale apo ato të diseminuara si dhe, zvoglimimin e mundësisë së diseminimit të karcinomës pulmonare.

Në mjekësinë bashkëkohore, diskutimet shkencore dhe ato profesionale vazhdimisht bëhen në drejtim të përcaktimit të shkaqeve dhe gjendjeve të shpeshta, që favorizojnë dhe shkaktojnë karcinomën e mushkërive. Në studimet e bëra dhe të referuara në qarqet profesionale-shkencore,

janë definuar grupe të përbashkëta të gjendjeve favorizuese apo të shkaqeve, që janë të njëjta në shumicën e publikimeve apo studimeve të kryera dhe ato grupohen në disa të tilla.

Gjatë dhenjes të terapisë inductive qëllimi i aplikimit të saj është që të arihen disa qëllime që si zakonisht i vëndosim si qëllim për t'u aritur siç janë.

- ▶ Reduktim i masës tumorozë - me qëllim që pasi të zvoglohet masa e tumorit që intervenimi kirurgjik të jëtë më pak radikal.
- ▶ Zvoglimi i masës dhe numrit të metastazave lokale apo ato të diseminuara - me qëllim të zvoglimin të numrit të metastazave si në masë ashtu edhe në numër që gjatë intervenimit kirurgjik masa e intervenimit kirurgjik të zvoglohet dhe të jëtë sa më pak mutilant për pacientin.
- ▶ Zvoglimimin e mundësisë së diseminimit të karcinomit - në ç'rast zvoglohet në masë të madhe apo evitohet mundësia e avansimit të sëmundjes në stadi më të avasura të diseminimit të karcinomit.

Gjithë këta veprime që ekipi mjekësor i ndërmer janë me qëllim që duke u aplikuar një terapi e mirëfilltë inductive që jep një hap përpara në aplikim të protokolve bashkëkohore të trajtimit të karcinomit të mushkërive është që ne me veprimet dhe aktivitetet tona të mundësojmë që pacientit t'i mundësohet.

- ❖ Mundësi për jëtëgjatësi më të madhe
- ❖ Zvoglimimin e stadi të sëmundjes
- ❖ Mundësia e operacionit sa më pak invaziv që do të ushtrohet ndaj të sëmurit
- ❖ Kualitet sa më të mirë jetese të pacientit postoperative
- ❖ rehabilitim më i shpejtë i pacientit

Në aplikimin e terapisë inductive në grupin tonë të pacientëve është aplikuar terapi inductive vetëm me barrëra hemoterapik me protokole onkologjike nq afat prej tre cikleve nga një muaj me pauza nga 3 javë ndërmjet cikleve.

<b>Protokoli i parë apo PE protokoli:</b>		
Ciplatin Etopozid	100 mg/m <sup>2</sup> 100mg/m <sup>2</sup>	1 ditë 1, 2, 3, ditë
<b>Protokoli i dytë apo protokol në bazë të Vinorelbinit</b>		
Ciplatin Vinorelbin apo në kombinim me Ifosfamid	75-100 mg/m <sup>2</sup> 25 mg/m <sup>2</sup>  3mg/m <sup>2</sup>	1 ditë 1 dhe 8 ditë  1 ditë
<b>Protokoli i tretë apo protokol në bazë të Gemcitabinës</b>		
Gemcitabin Ciplatin	1mg/ m <sup>2</sup> 100 mg/ m <sup>2</sup>	1,8,15 ditë

**Perpunimi statistikor:**

Eshte perdorur testi Fisher ekzakt,per variablet e vazhdueshme, ku jane krahasuar mesataret dhe deviacioni standard midis grupeve.

Testi i x eshte perdorur per variablet jo te vazhduara ku jane krahasuar rastet ne perqindje te tyre. Ndryshimi eshte quajtur domethenes per rastet me  $p < 0.05$ .

Ne rastet e mbijeteses 5-vjecare eshte perdorur grafiku i Kaplan-Mayerit per te vleresuar ndryshimet midis grupeve ne studim.

## 16. REZULTATET

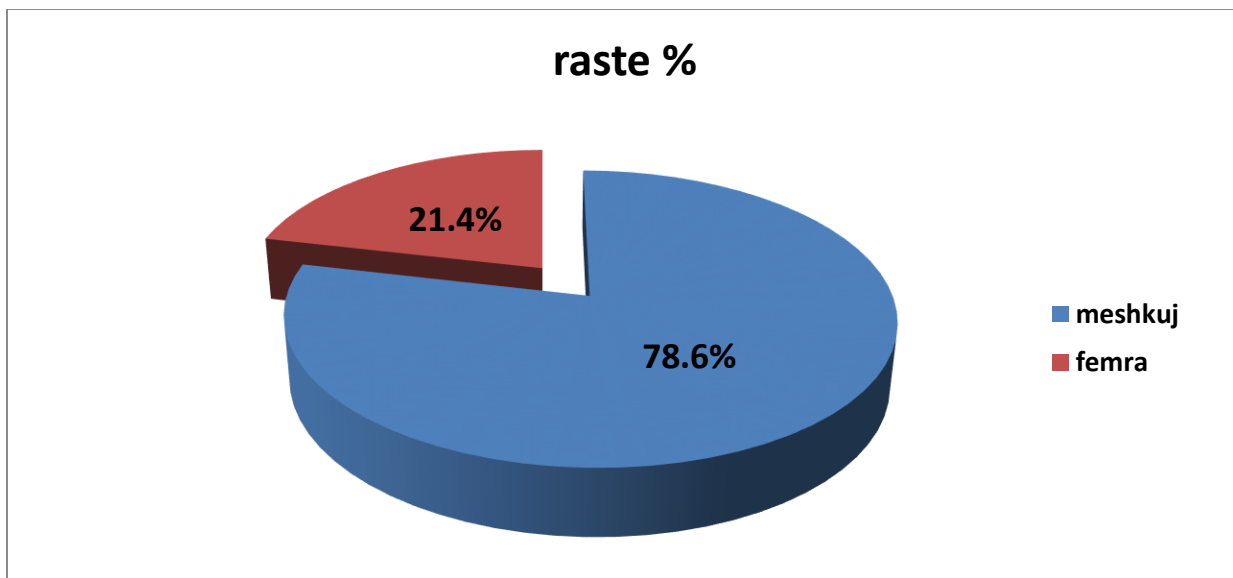
Ne këtë disertacion janë marrë në studim gjithsej 716 paciente (meshkuj 566 (79%) dhe femra 453 (21%). Moshë mesatare e pacientëve ishte  $57.03 \pm 18$  vjeç; moshë më e re 31 vjeç dhe moshë më e madhe 75 vjeç.

Grupi I i pacientëve që nuk u trajtuan fillimisht me terapi inductive (neoadjuvante) përbëhet nga 355 paciente, nga të cilët 276 (77.7%) meshkuj dhe 79 (22.3%) femra, ndërsa Grupi II që fillimisht u trajtuan me terapi inductive e më pas u bë trajtim kirurgjikal përbëhet nga 361 pacient, nga të cilët 287 (79.5%) meshkuj dhe 74 (10.5%) femra.

**Tabela 1:** Volumi i pacientëve të ndarë në vite dhe grupe

	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Gjithsejt	
Grupi	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Raste (nr)	67	66	53	58	56	55	57	58	65	61	57	63	355	361
Gjithsejt (nr)	133		111		111		115		126		120		716	

Karcinomi i mushkërive më së shpeshti i kaplon meshkuj për dallim nga femrat që janë më pak të rezikuara nga kjo sëmundje malinje. Figura më poshtë i paraqet në grafikun ndarjen sipas gjinisë në total të të gjitha pacientëve të shpërfshirë në këtë studim.



**Grafiku 1:** Shpërndarja e pacientëve sipas gjinise për të gjithë pacientët e marrë në studim, në përqindje.

**Tabela 2:** Përqindja e përgjithshme gjinore e grupeve të studjuar.

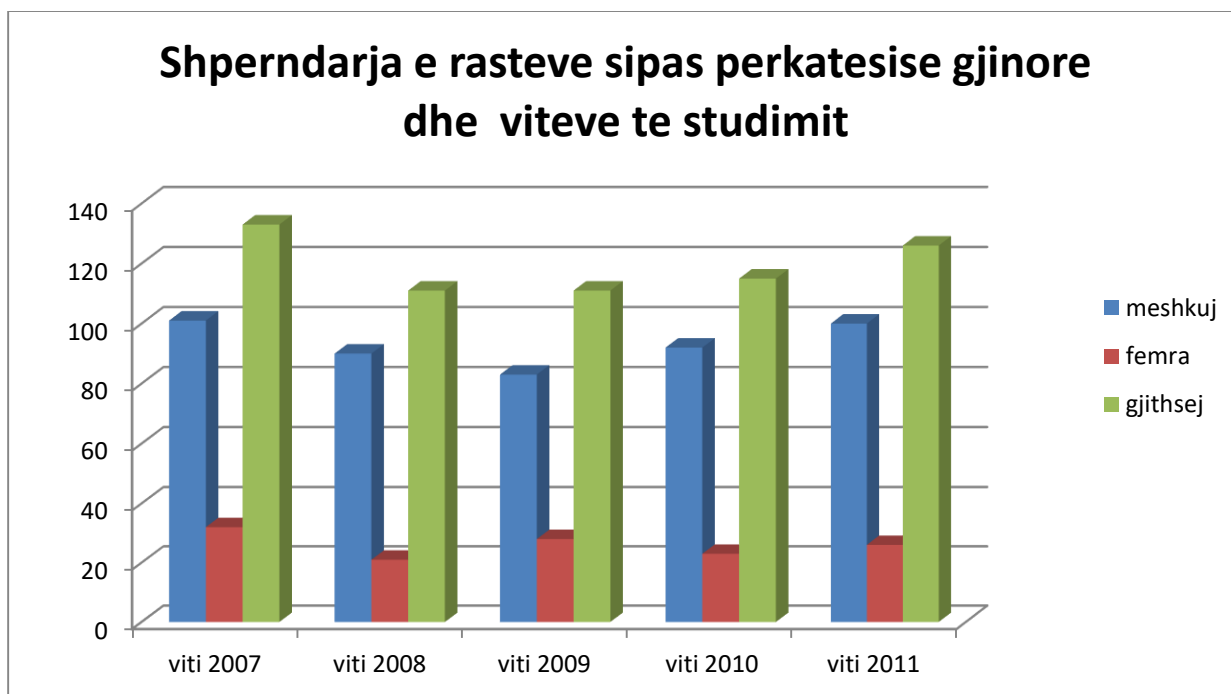
%	Grupi I-re, raste %	Grupi II-te, raste %	P - value
Meshkuj	77.75	79.50	0.728
Femra	22.25	20.50	0.716
Gjithsejt	100.00	100.00	

Në tabelën më poshtë do të paraqiten ndarja sipas viteve të studimit të gjinive dhe grupeve të studimit.

**Tabela 3:** Përkatësia gjinore e grupeve të pacientëve sipas viteve të studimit.

	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Gjithsej	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Meshkuj	51	50	42	48	42	41	46	46	51	49	44	53	276	287
Femra	16	16	11	10	14	14	11	12	14	12	13	10	79	74
Gjithsejt	67	66	53	58	56	55	57	58	65	61	57	63	355	361



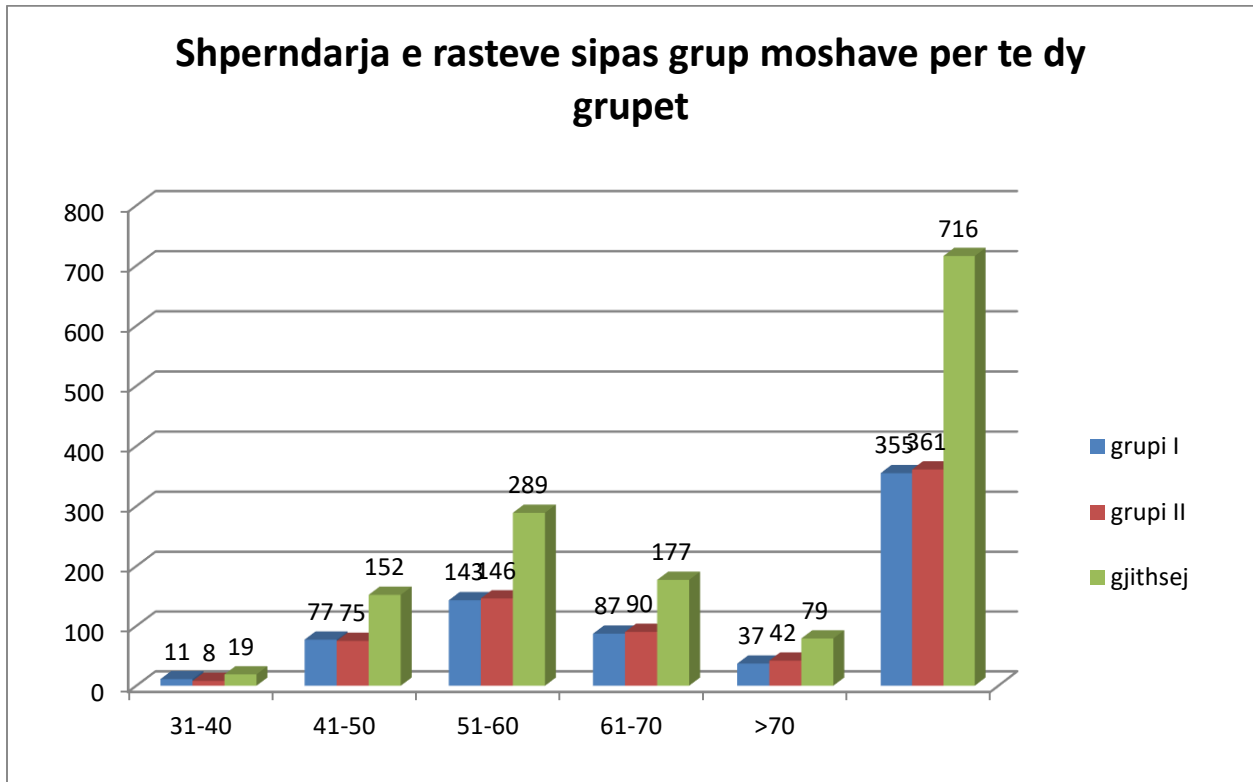


**Grafiku 2:** Shperngarja e pacienteve sipas gjinise dhe dhe viteve ne studim.

Në këtë studim grupmoshat që u ndanë gjatë analizës u bënë në periudhë prej 10 vjet nga 31 vjeç deri ne periudhën prej mbi 71 vjet. Shperndarja e pacientëve sipas grupmoshave do të paraqiten në tabelën më poshtë:

**Tabela 4:** Shperndarja e pacienteve sipas grupmoshave.

31-40		41-50		51-60		61-70		>71		Gjithsejt	
I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
11	8	77	75	143	146	87	90	37	42	355	361



**Grafiku 3:** Pacientet sipas grup moshave per te dy grupet dhe ne total.

Vihet re se ka nje ritje te pacienteve deri ne grupmoshen 51-60 vjec, e cila eshte dhe grupmosha me e shpeshte. Pas kesaj grupmoshe ka renie te rasteve te studiuara, pavaresisht se kanceri eshte semunje e moshes se trete. Kjo shpjegohet me faktin se moshat mbi 70 vjec paraqesin semundje shoqeruese te shpeshta dhe me shume kunderindikacione per iontervente kirurgjikale.

Persa i per ket moshes mesatare ajo eshte e perafert per te dy drupet ne studim, pa ndryshim statistikisht domethenes ( $p > 0.05$ ). Vlerat e moshes mesatare dhe krahasimi i tyre jane paraqitur ne tabelen e meposhtme.

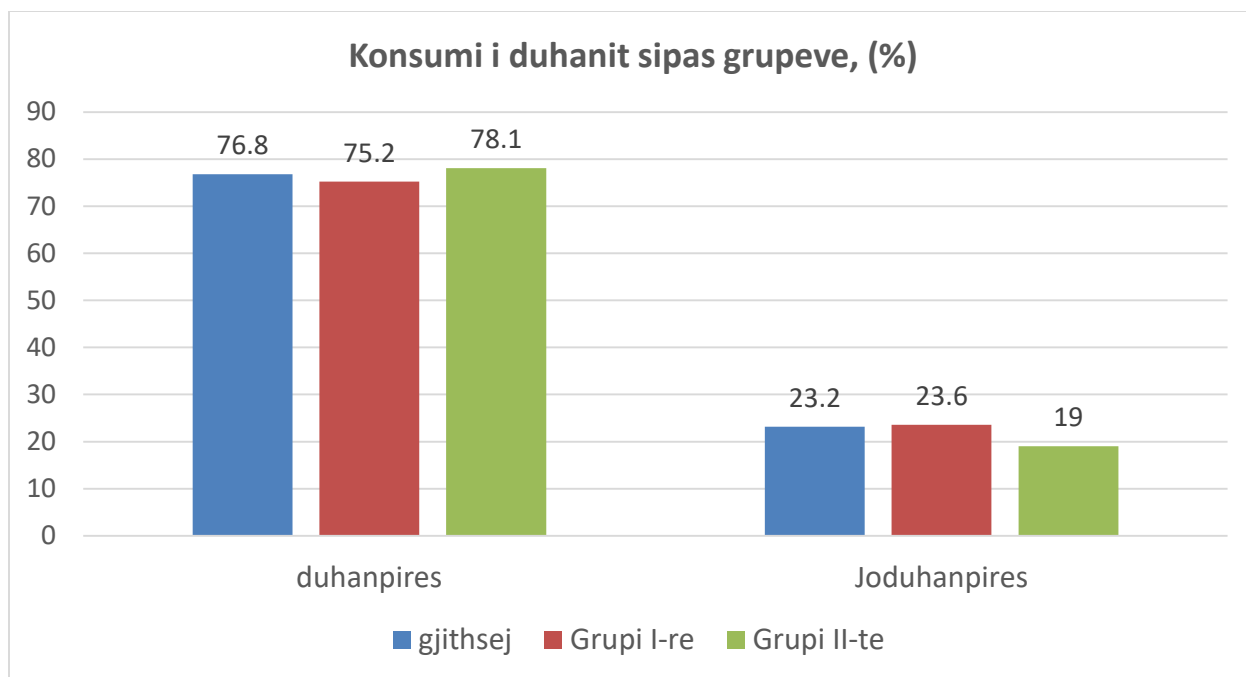
**Tabela 5:** Mosha mesatare sipas Grupeve I dhe II dhe per rastet gjithsej

	mosha mesatare $\pm$ DS	P - value
Grupi I-re	57.03 $\pm$ 18	0.853
Grupi II-te	57.3 $\pm$ 21	
Ghithsejt	57.6 $\pm$ 14	

DS: deviacioni standard

**Tabela 6:** Konsumi i duhanit sipas grupeve ne studim

	Gjithsej nr. %		Grupi I-re; nr. %		Grupi II-te. nr.%		p-value
	Duhanpires	549	76.8	267	75.2	282	
Jo duhanpires	167	23.2	88	24.8	79	19.9	0.752
Gjithsej	716	100	355	100	361	100	



**Grafiku 4:** Shperndarja e pacienteve sipas konsumit te duhanit.

Tek meshkujt kanceri epidermoid vazhdon te jete histiotipi me i shpeshte i karcinomes pulmonare, i ndjekur nga Adenokarcinoma dhe histiotipet e tjera, megjithate sot ka nje ritje te ndjeshme edhe tek femrat per shkak te konsumit te larte te duhanit si faktor madhor risku.

Ne tabelen e meposhtme jane paraqitur rastet e intervenuara sipas histiotipeve per te dy grupet (I dhe II) ne studim, si dhe per rastet ne total (tabela 7)

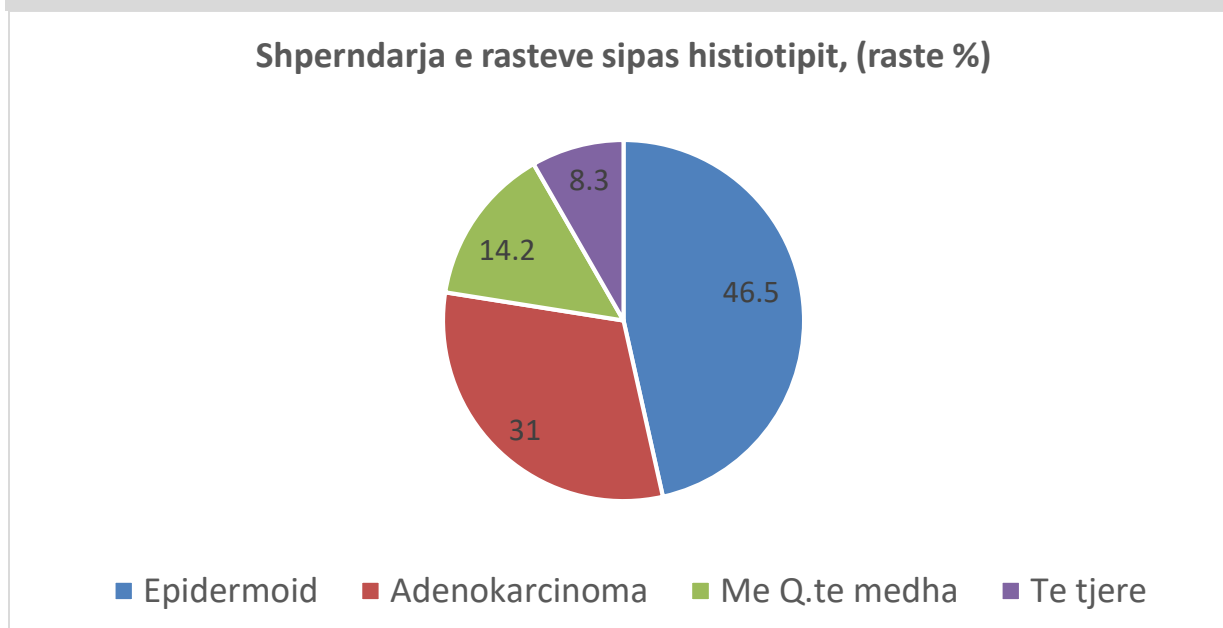
**Tabela 7:** Shperndarja e rasteve sipas histiotipeve

	Gjithsej nr.%		Grupi I-re, nr. %		Grupi II-te, nr.%		p-value
	nr.	%	nr.	%	nr.	%	
Epidermoid	328	46.5	148	41.7	180	51.2	0.1069
Adenokarcinoma	222	31	128	36	94	26	0.1614
Me Q. te medha	102	14.2	43	12.0	59	16.3	0.1338
Te tjera	64	8.3	36	10.3	28	7.7	0.2824
Gjithsej	716	100	355	100	361	100	

Perpunimi statistikor:

Results						
	epidermoid	adeno	q. te medha	tjera	p-value	Row Totals
Grupi 1	148 (162.63) [1.32]	128 (110.07) [2.92]	43 (50.57) [1.13]	36 (31.73) [0.57]	0.00814	355
Grupi 2	180 (165.37) [1.29]	94 (111.93) [2.87]	59 (51.43) [1.12]	28 (32.27) [0.56]		361
p-value	0.1069	0.1614	0.1338	0.2824		
<b>Column Totals</b>	328	222	102	64		<b>716 (Grand Total)</b>

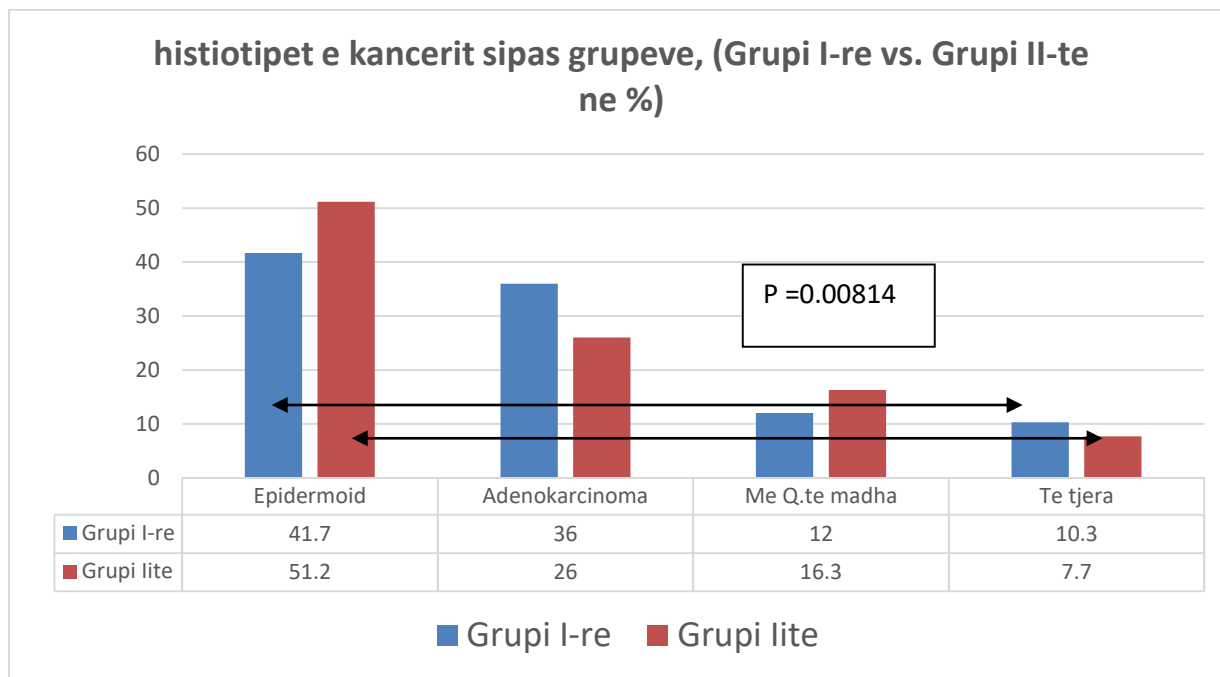
Vlera e  $\chi^2$  rezulton te jete 16.4637, ndersa vlera e  $p$  eshte .000814. Rezultati flet per ndryshim domethenes midis histotipeve ne studim.



**Grafiku 5:** Perqindja e pacienteve sips rezultatit histopatologjik ne total.

Ne grafikun e meposhtem ku behet krahasimi i histitipeve per te dy grupet e mare ne studim vihjet re se per Grupin e I-re ka nje mbizoterim te kancerit epidermoid kundrejt Grupit te II-te (51.2% dhe 41.7% respektivisht) , por ky nuk eshte ndryshim statistikisht domethenes ( $p > 0.05$ ). Gjithashtu veme re se perkundrazi, Adenokarcinoma, ka nje perqindje me te larte rastesh ne Grupin e II-te kundrejt Grupit te I-re (36% dhe 26% respektivisht), por edhe ky ndryshim eshte statistikisht jo domethenes ( $p > 0.05$ ). Sa i perket rasteve te tjera ato jane ne nje perqindje mjaft te ulet per te

dy grupet ne studim, pa ndonje dallim te dukshem statistikor (kanceri me Q. te medha 12% ne G I, kundrejt 16.3% ne G II dhe format e tjera 10.3% ne G I kundrejt 7.7 % ne G II).



**Grafiku 6:** Histiotipet e kancerit pulmonar sipas grupeve ne studim

Vihet re ndryshim mjaft domethenes midis histotipeve te epidermoidit dhe adenokarcinomes kundrejt q.te medhe dhe te karcinomave te tjera (p=0.00814)

Funksioni respirator eshte nje ekzaminim mjaft i rendesishem preoperator ne rastet e karcinomes pulmonare. Ne rastet ne studim vlerat e FEV1 kane qene me te larta se 50% te teorikut dhe mbi 1.5L ne vlera absolute.

Nga studimi rezulton se 59% e rasteve ne total kane nje FEV1 50-70% te teorikut dhe 41% e rasteve kane FEV1 mbi 70%, ndersa FEV1 mesatar rezulton 68.4± 17%. Te ndare midis grupeve FEV1 mesatar ne G I eshte 66.8 ± 14%. Kundrejt 71.3 ± 21% ne G II (p=0.0464)

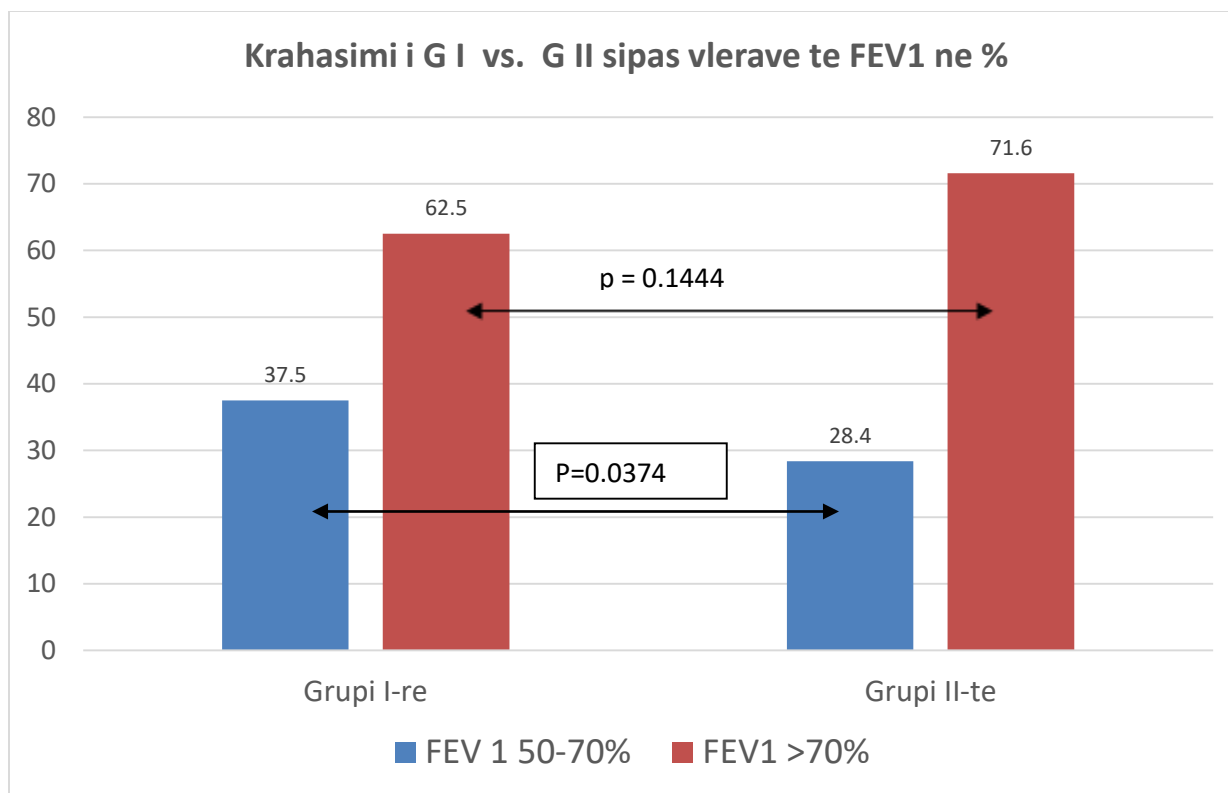
**Tabela 8:** Shperndarja e rasteve sipas funksionit respirator

	Gjithsej, nr.%		Grupi I-re, nr. %		Grupi II-te, nr. %	
	FEV1 > 70%	423	59	222	62.5	258
FEV1 50 - 70%	293	41	133	37.5	103	28.4
Gjithsej	716	100	355	100	361	100

Perpunimi statistikor:

Results				
	FEV1 >70%	FEV1 50-70%	p-value	Row Totals
Grupi 1	222 (237.99) [1.07]	133 (117.01) [2.18]	0.01101	355
Grupi 2	258 (242.01) [1.06]	103 (118.99) [2.15]		361
p- value	0.1444	0,0374		
<b>Column Totals</b>	480	236		<b>716 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  rezulton te jete 6.4637, ndersa vlera e  $p$  eshte .01101 qe flet per ndryshim domethenes persa i perket vlerave te FEV1 50-70%, ne favor te GI-re.



**Grafiku 7:** Shperndarja e paciente sipas funksionit respirator neper grupe.

**Tabela 9:** Stadifikimi TNM i kancerit pulmonar sipas grupeve, para terapise neoadjuvante te Grupit te II-te

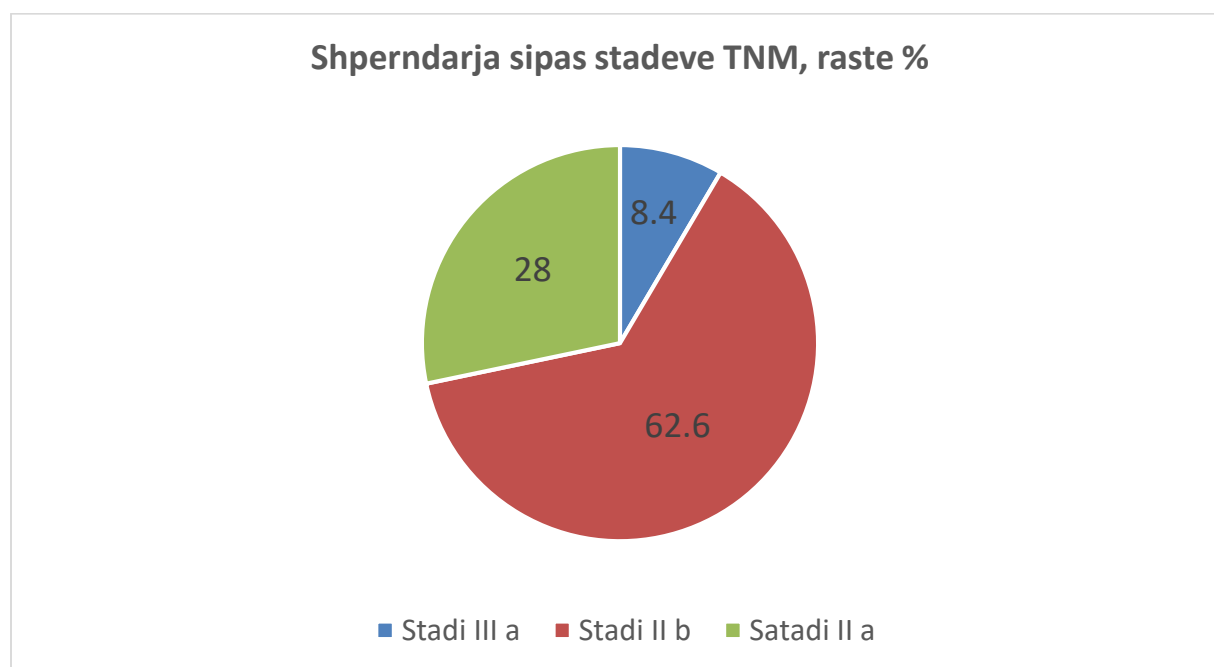
	Raste gjithsej	Grupi I-re, nr. %	Grupi II-te, nr. %	p-value
<b>Stad IIIa</b>	60 (8.4)	[30]22 (6.2)	[30]38 (10.5)	0.0678
<b>Stad IIb</b>	451(62.6)	[224]237 (66.7)	[227]214 (59.10)	0.0813
<b>Stad IIa</b>	201 (28)	[100]86 (24.1)	[101]115 (31.8)	0.1079
<b>Gjithsej</b>	716 (100%)	355 (100%)	361(100%)	



Perpunimi statistikor:

Results					
	stad III a	Stadi II b	stadi II a	P=	Row Totals
Grupi 1	22 (29.07) [1.72]	237 (218.53) [1.56]	86 (97.39) [1.33]	0.011376	345
Grupi 2	38 (30.93) [1.62]	214 (232.47) [1.47]	115 (103.61) [1.25]		367
p-value	0.0678	0.0813	0.1079		
<b>Column Totals</b>	60	451	201		<b>712 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  është 8.9525, ndersa vlera e  $p$  është .011376. Rezultati flet per ndryshim jodomethenes persa i perket stadeve TNM midis grupeve GI vs,GII.

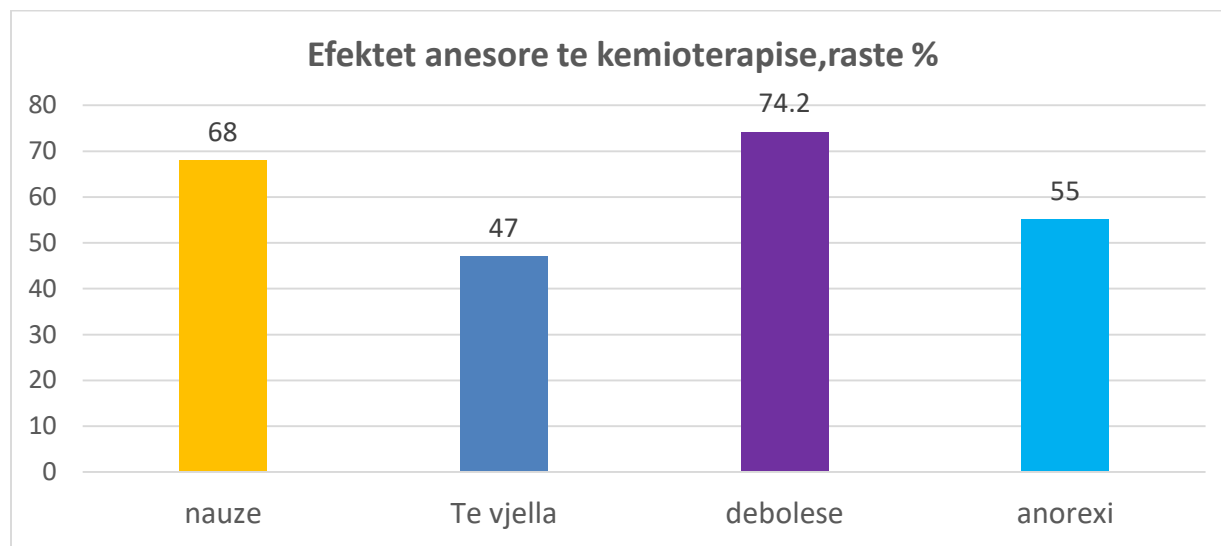


**Grafiku 10:** Perqindja e te semureve ne total sipas stadifikimit TNM te kancerit pulmonar.

**Tabela 10:** Protokollet e trajtimit neoadjuvant te Grupit te II-te para interventit.

	Raste nr. %	p-value
<b>Protokolli i I-re (cisplatine + etopozid)</b>	38 (10.5)	<b>&lt; 0.0001</b>
<b>Protokolli i II-te (cisplatine + vinorelbine)</b>	214 (59.10)	
<b>Protokolli i IT-te (Gemcitabine +cisplatine)</b>	115 (31.8)	
<b>Gjithsej, nr. %</b>	361(100%)	

Vlera e  $\chi^2$  eshte 10.674, ndersa vlera e  $p$  eshte <.0001, pra ndryshimi eshte domethenes persa i perket protokolleve te trajtimit neoadjuvant ne favor te protokollit te dyte.



**Grafiku 11:** Efektet anesore te kemoterapise

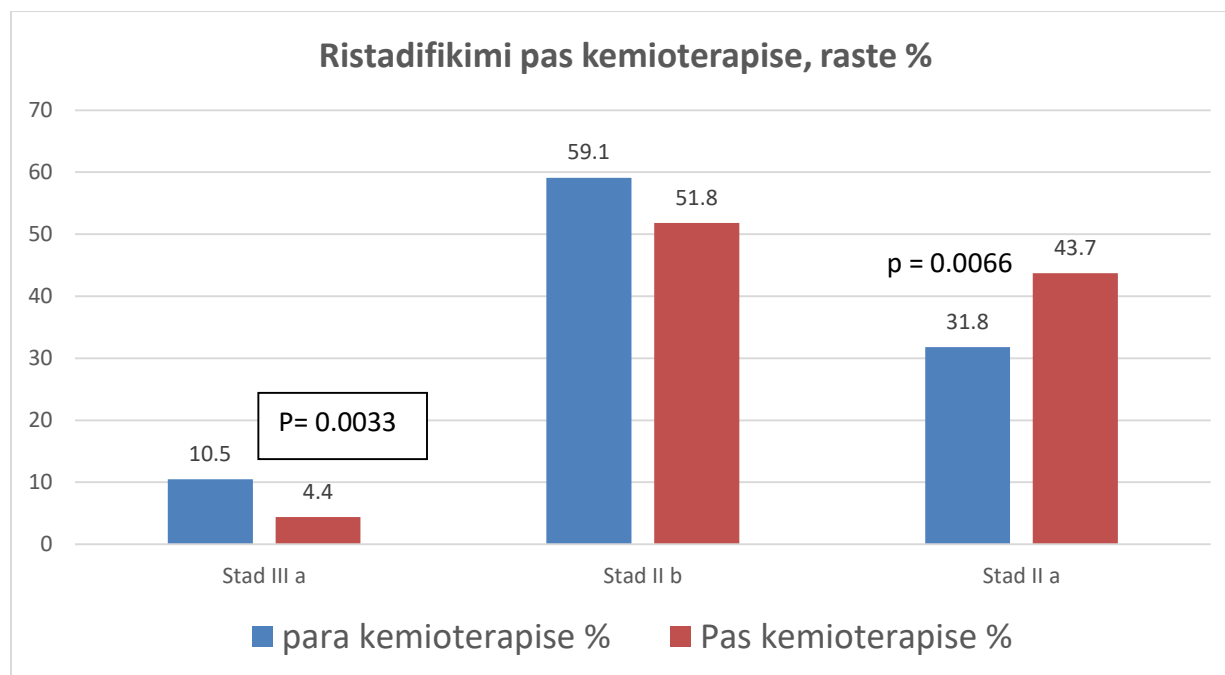
**Tabela 11:** Ristadifikimi i tumorit pas kemioterapise te Grupit te II-te

	Para kemiterapise, nr. %	Pas kemioterapise, nr. %	p-value
<b>Stad IIIa</b>	38 (10.5)	16 (4.4)	0.0033
<b>Stad IIb</b>	214 (59.10)	187 (51.8)	0.2366
<b>Stad IIa</b>	115 (31.8)	158 (43.7)	0.0062
<b>Gjithsej</b>	361(100%)	361 (100)	

Perpunimi statistikor:

Results					
	stadi III a	Stadi II b	stadi II a	p-value	Row Totals
para KT	38 (27.22) [4.27]	214 (202.15) [0.69]	115 (137.62) [3.72]	0.000158	367
pas KT	16 (26.78) [4.34]	187 (198.85) [0.71]	158 (135.38) [3.78]		361
p-value	0.0033	0.2366	0.0062		
<b>Column Totals</b>	54	401	273		<b>728 (Grand Total)</b>

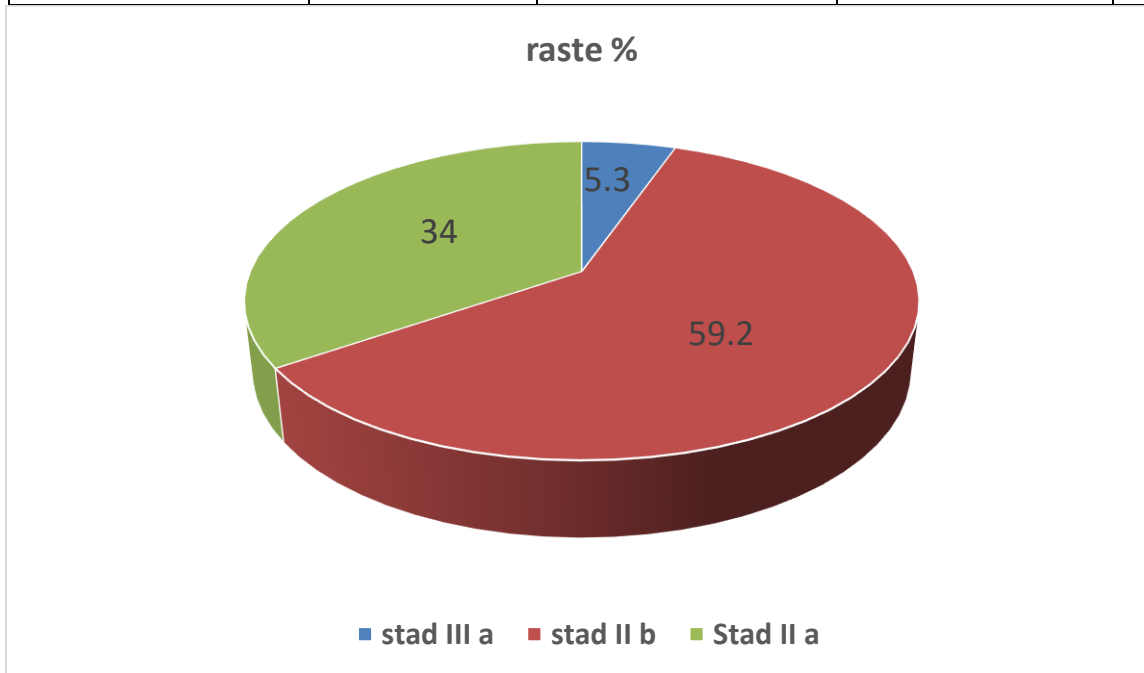
Vlera e  $\chi^2$  eshte 17.8056, ndersa vlera e  $p$  eshte .000158. Rezultati flet per ndryshim domethenes persa i perket stadeve TNM te GII-te, pas trajtimimit neoadjuvant..



**Grafiku 12:** Ristadifikimi TNM i kancerit te pacienteve te grupit te II-te pas kemioterapise.

**Tabela 12:** Stadifikimi TNM perfundimtar i kancerit pulmonar sipas grupeve, pas terapise neoadjuvante te Grupit te II-te

	Raste gjithsej	Grupi I-re, nr. %	Grupi II-te, nr. %	p-value
<b>Stad IIIa</b>	38 (5.3)	22 (6.2)	16 (4.4)	0.2098
<b>Stad IIb</b>	424(59.2)	237 (66.7)	187 (51.8)	0.0038
<b>Stad IIa</b>	254 (35.5)	96 (27.1)	158 (43.8)	< 0.0001
<b>Gjithsej</b>	716 (100%)	355 (100%)	361(100%)	

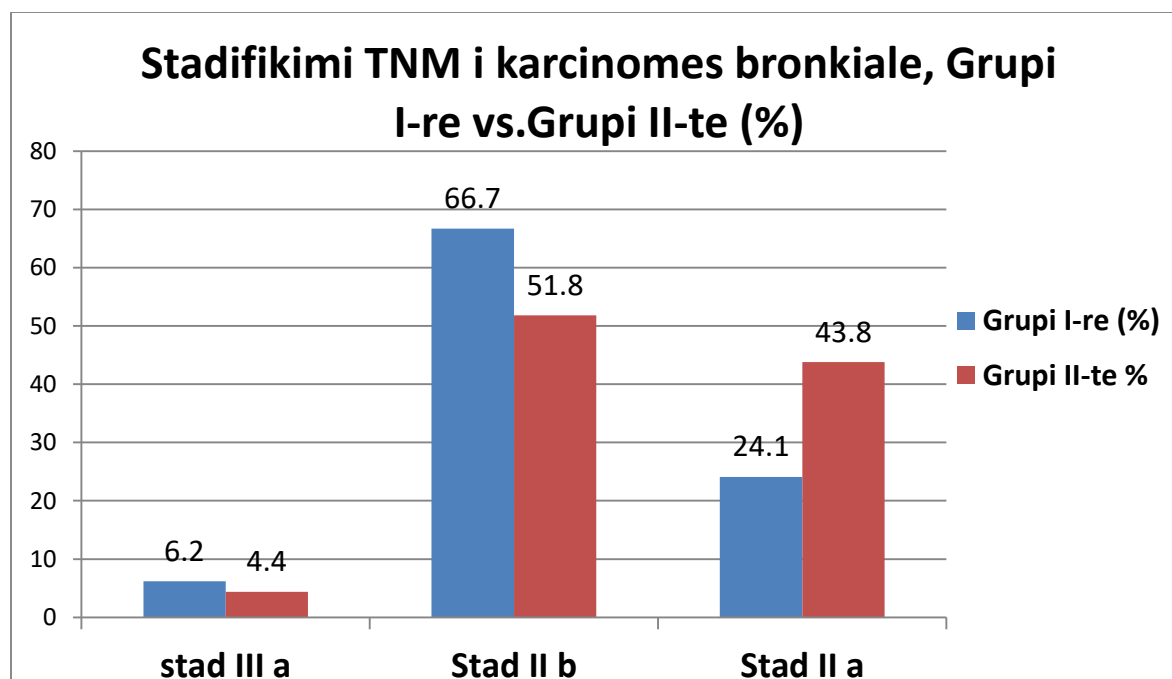


**Grafikui 13:** Stadifikimi TNM perfundimtar i kancerit pulmonar sipas grupeve, pas terapise neoadjuvante te Grupit te II-te

Perpunimi statistikor:

Results					
	stad III a	Stadi II b	stadi II a		Row Totals
Grupi 1	22 (18.57) [0.63]	237 (207.20) [4.29]	96 (119.24) [9.26]	< 0.00001	345
Grupi 2	16 (19.43) [0.61]	187 (216.80) [4.10]	158 (124.76) [8.85]		361
P value	0.2698	0.0038	< 0.0001		
<b>Column Totals</b>	38	424	254		<b>706 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  është 27.7411, ndersa vlera  $p$  është <0.00001, rezultat qe flet per ndryshim domethenes pers ai perket stadeve TNM midis grupeve GI vs,GII, pas risdadifikimit te Grupit te II-te.



**Grafiku 14:** Stadifikimi I karcinomes bronkiale , Grupi G I vs. GII

Në trajtimin kirurgjikal te të dy grupeve të përfshira në këtë studim u udhëhoqa nga parimet themelore të vlersimit kirurgjikal të rezikut dhe indikacionit për trajtim kirurgjikal, aksesit i vlersimit dhe vendosjes së indikacionit dhe mënyrës së trajtimit kirurgjikal u bë në mënyrë konziliare e multidisiplinore duke u përfshi në konsultimet e vendosjes për mënyrën e trajtimit Kirurgu si udhëheqës ekipi, anesteziologu reanimatologu, pulmologu, Onkologu-patologu, kardiologu, specialisti i mjeksisë fizikale dhe gjithësi në pajtueshmëri me protokolet bashkohore të dhena nga asociacioni i kirurgve torakal te Europës.

Në grupet tona të analizuar në trajtim kirurgjikal u bë lobektomi dhe bilobektomi dhe një grup që u bë torakotomi eksplorative në fakt rastet që në evaluimin e bërë nuk u bë vlersimi adekuat dhe këto raste në momentin e intervenimit kirurgjikal in vivo u bë vlersimi adekuat i rasteve dhe të njejtit u shpallën raste inoperabil dhe vazhduan me trajtim të mëtutjeshëm onkologjik.

Vendimi i trajtimit të këtyre pacienteve me lobektomi apo bilobektomi u bë në pajtim me rekomandimin e asociacionit European të kirurgëve torakal që pas trajtimit me terapi joadjuvante në fakt pas terapisë induktive tek pacientët mos të bëhet pulmektomi, që grupet që u analizuan të jenë sa më shumë të sinkronizuara dhe homogjene edhe te grupi i paraë u vlersuan pacientët që u bë lobektomi apo bilobektomi dhe të njejtit u ndane sipas viteve të analizës si vijon në tabelën më poshtë.

**Tabela 13:** Lloji i operimeve sipas viteve dhe grupeve të studjuar

	2007		2008		2009		2010		2011		2012		Gjithsejt	
	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Lobectomy	48	50	42	45	42	43	47	45	51	50	50	53	280	286
Bilobectomy	10	9	7	8	9	8	7	10	11	9	5	6	49	50
Toracotomy - biopsia	9	7	4	5	5	4	3	3	3	2	2	4	26	25
Gjithsejt	67	66	53	58	56	55	57	58	65	61	57	63	355	361
	133		111		111		115		126		120		716	

Perpunimi statistikor:

Results					
	stad III a	Stadi II b	stadi II a		Row Totals
lobektomia	2 (5.64) [2.35]	81 (79.71) [0.02]	74 (71.66) [0.08]	0.001894	157
bilobektomia	5 (1.36) [9.69]	18 (19.29) [0.09]	15 (17.34) [0.32]		38
p-value	0,0005	0.7434	0.5312		
<b>Column Totals</b>	7	99	89		<b>195 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  është 12.5377, ndersa vlera e  $p$  është .001854, që flet për ndryshim domethenes për sa i përket tipit të interventit midis stadeve TNM në përgjithësi, si dhe brenda stadi IIIa ( $p=0.0005$ ).

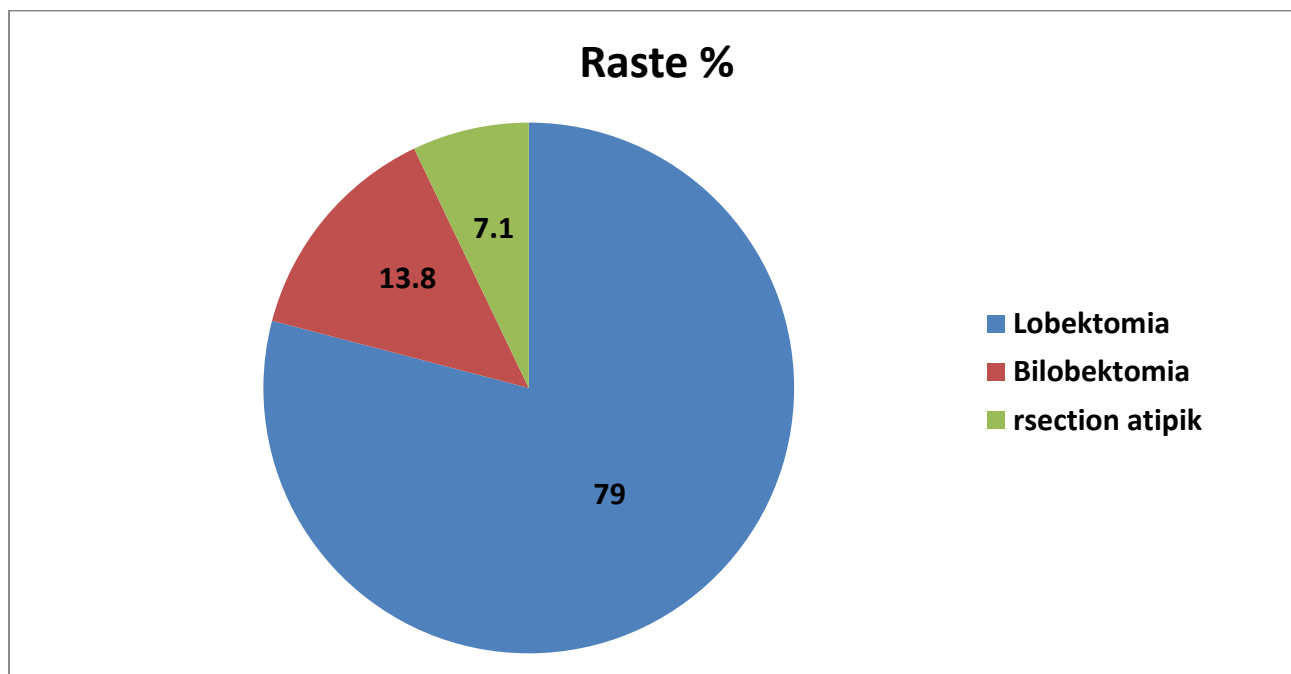
**Tabela 14:** Lloji i operimeve sipas viteve dhe grupeve të studjuar

interventet kirurgjikale	Gjithsej	Grupi I-re	Grupi II-te	p-val;ue
lobektomia	566 (79.0)	280 (78.8)	286 (79.2)	0.9578
bilobektomia	99 (13.8)	49 (13.5)	50 (13.8)	0.9872
Toracotomia (biopsi e masas)	51 (7.10)	26 (7.3)	25 (6.9)	0.9841
Gjithsej	716 (100)	355 (100)	361 (100)	

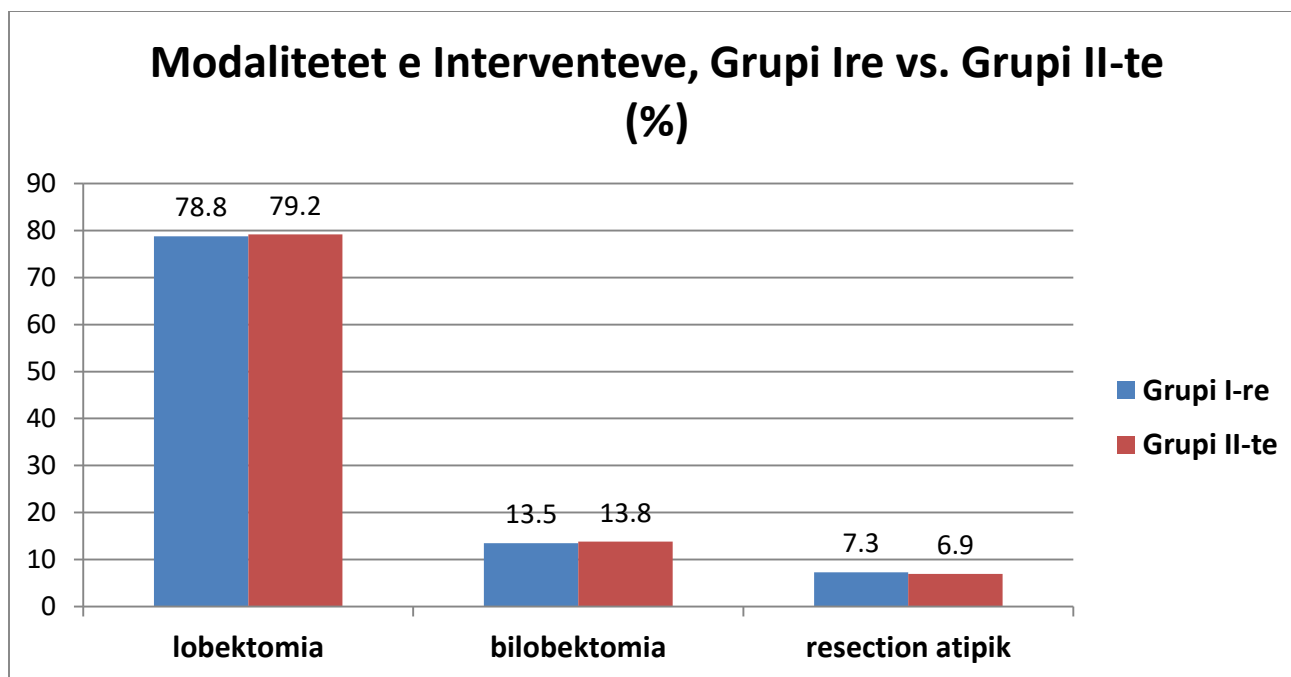
Perpunimi statistikor:

Results					
	lobektomia	bilobektomia	torakotomia		Row Totals
Grupi 1	280 (280.63) [0.00]	49 (49.09) [0.00]	26 (25.29) [0.02]	0.978711	355
Grupi 2	286 (285.37) [0.00]	50 (49.91) [0.00]	25 (25.71) [0.02]		361
p-value	0.9578	0.9872	0.9841		
<b>Column Totals</b>	566	99	51		<b>716 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  është 0.043, ndersa vlera e  $p$  është .978711, rezultat qe flet per ndryshim jodomethenes persa i perket tipit te interventive midis grupeve GI vs,GII.



Grafiku 15: Tipi i interventive ne total, raste %.



**Grafiku: 16:** Modalitetet e interventeve , Grupi G I vs. G II

**Tabela 15:** Lloji i interventeve sipas stadeve TNM

	Stad III a	Stad II b	Satad II a	p-val;ue
lobektomia	8 (21)*	312 (73.5)	196 (81.2)	<0.0001
bilobektomia	21 (54.8)	83 (19.5)	41 (16.8)*	<0.0001
Toracotomia (biopsi e masas)	9 (24.2)	25 (6.0)	5 (2.0)*	<0.0001
Gjithsej	38 (100)	424 (100)	254 (100)	

Perpunimi statistikor:

Results					
	stad III a	Stadi II b	stadi II a	p-value	Row Totals
lobektomia	8 (28.01) [14.30]	312 (309.60) [0.02]	196 (178.39) [1.74]	<0.00001	516
bilobektomia	21 (7.87) [21.90]	83 (87.00) [0.18]	41 (50.13) [1.66]		145
biopsi	9 (2.12) [22.38]	25 (23.40) [0.11]	5 (13.48) [5.34]		39
p-value	<0.0001	0.8556	0.0127		
<b>Column Totals</b>	38	420	242		<b>700 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  eshte 67.6193, ndersa vlera e  $p$  eshte <.00001, qe flet per ndryshim domethenes persa i perket tipit te interventive sipas stadeve TNM ne pergjithes, i dhe brenda stadeve IIIa dhe IIa [ $p < 0.0001$  dhe  $p = 0.0127$  respektivisht].



**Tabela 16:** Komplikacionet postoperative (minore dhe madhore) sipas grupeve GI vs.GII

	Grupi I-re, nr.%		Grupi II te, nr. %		P-value
<b>Komplikacione minore</b>					
Atelektaza pulmonare	55	15.4	67	18.7	> 0.05
Rrjedhje ajri nga drenat	47	13.3	52	14.3	
Ngjirje zeri	41	11.6	36	10.1	
Relaxio te hemidiafragmes	33	9.4	22	6.3	
Shenja te obstrukcionit bronkial	23	6.5	17	4.6	
Total					
<b>Komplikacione madhore</b>					
Fistula bronko-pleurale	16	4.5	18	5.0	>0.05
Insuficienca kardio-respiratore	12	3.4	9	2.5	
Edema pulmonare	9	2.5	7	2.0	
Tromboembolia pulmonare	6	1.7	4	1.1	
Infarkt Miokardi postoperator	5	1.4	3	0.8	
Total	48	13.5	41	11.3	

Perpunimi statistikor (komplikacione minore):

Results						
	atelektaza	rrjedhje ajri	ngjirje zeri	relaxio diafragmes	obstrukcion bronkial	Row Totals
Grupi 1	55 (61.78) [0.74]	47 (50.13) [0.20]	41 (38.99) [0.10]	33 (27.85) [0.95]	23 (20.25) [0.37]	199
Grupi 2	67 (60.22) [0.76]	52 (48.87) [0.20]	36 (38.01) [0.11]	22 (27.15) [0.98]	17 (19.75) [0.38]	194
p-value	0.2195	0.5292	0.6488	0.1618	0.3845	
<b>Column Totals</b>	122	99	77	55	40	<b>393 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  eshte 4.7947, ndersa vlera e  $p$  eshte .309019, qe flet per ndryshim jodomethenes persa i perket komplikacioneve minore postoperative midis grupeve GI vs,GII.

Perpunimi statistikor (komplikacione madhore):

Results						
	fistula bronko-pleurale	insuficienca k/respiratore	edema pulmonare	TEP	Infarkt Myokardi	Row Totals
Grupi 1	16 (18.34) [0.30]	12 (11.33) [0.04]	9 (8.63) [0.02]	6 (5.39) [0.07]	5 (4.31) [0.11]	48
Grupi 2	18 (15.66) [0.35]	9 (9.67) [0.05]	7 (7.37) [0.02]	4 (4.61) [0.08]	3 (3.69) [0.13]	41
p-value	0.4206	0.7593	0.8527	0.6998	0.6246	
<b>Column Totals</b>	34	21	16	10	8	<b>89 (Grand Total)</b>

Vlera e  $\chi^2$  eshte 1.1528, ndersa vlera e  $p$  eshte .885809, qe flet per ndryshim jodomethenes persa i perket komplikacioneve madhore postoperative, midis grupeve GI vs,GII.

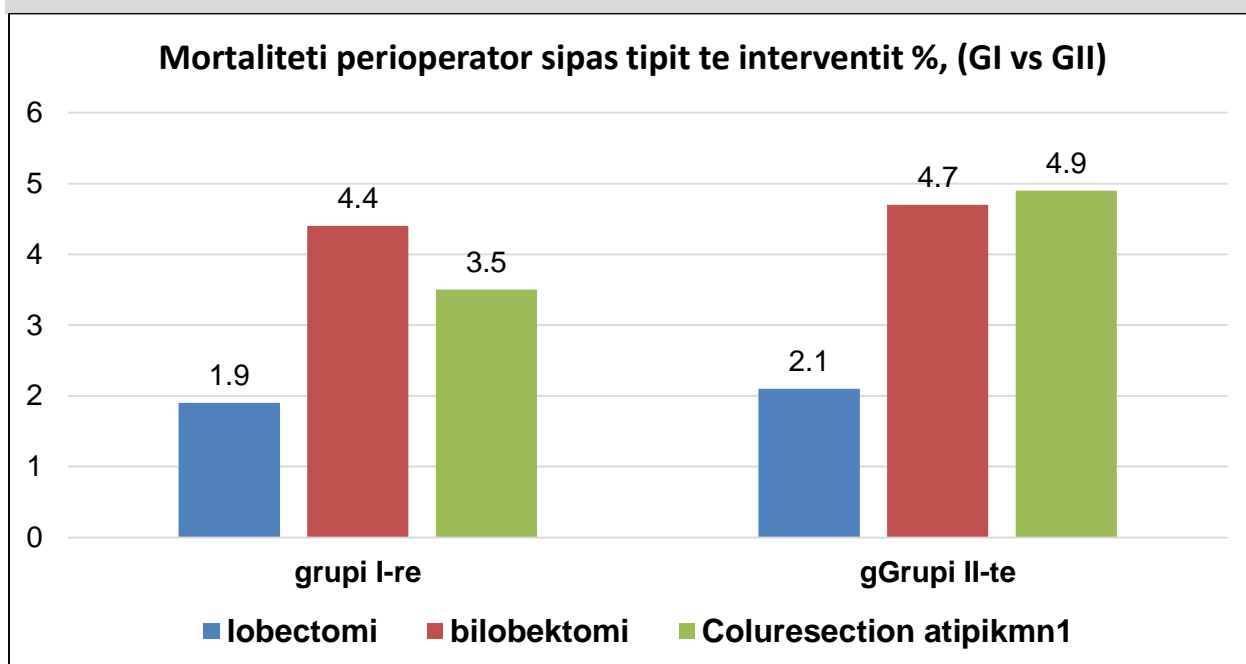
**Tabela 17:** Mortaliteti perioperator (brenda 30 diteve) midis grupeve, sipas tipeve te interventit

	Grupi I-re (nr, %)		Grupi II-te (nr, %)		Gjithsej nr. %	P value
Lobektomy	7	1.9	7	2.1	14 (1.05)	>0.05
Bilobektomy	12	3.4	16	4.7	28 (4.05)	>0.05
Resection atipik	18	5.2	17	4.9	35 (5.05)	> 0.05
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>10.4</b>	<b>40</b>	<b>11.0</b>	<b>77 (10.7%)</b>	<b>&gt;0.05</b>

Perpunimi statistikor:

Results					
	lobektomia	bilobektomia	torakotomia	p-value	Row Totals
gr 1	7 (6.73) [0.01]	12 (13.45) [0.16]	18 (16.82) [0.08]	0.785115	37
gr 2	7 (7.27) [0.01]	16 (14.55) [0.15]	17 (18.18) [0.08]		40
p-value	0.977	0.981	0.948		
<b>Column Totals</b>	14	28	35		<b>77 (Grand Total)</b>

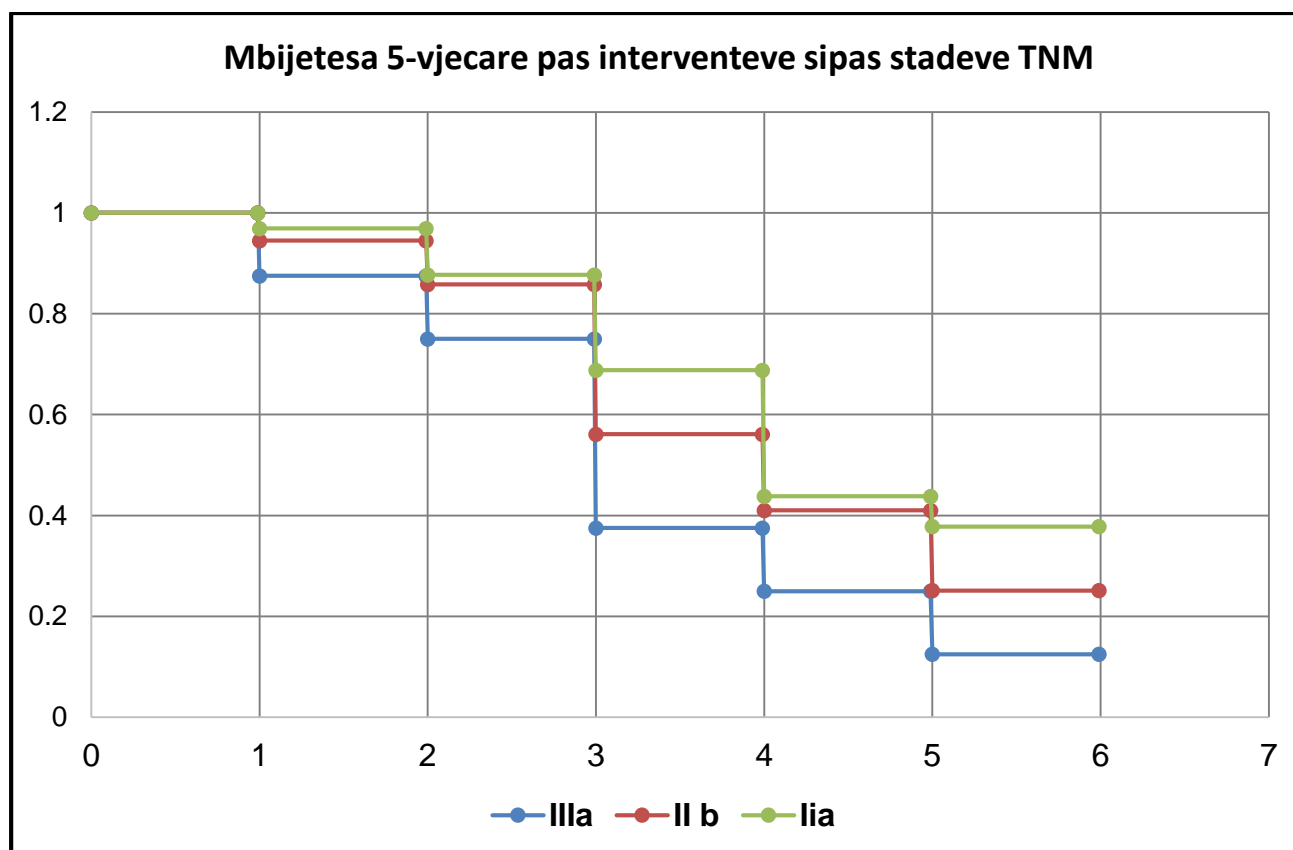
Vlera e  $\chi^2$  eshte 0.4839, ndersa vlera e  $p$  .785115, qe flet per ndryshim jodomethenes te mortalitetit perioperator (brenda 30 diteve), midis grupeve (Ci vs,GII), [ersa i perket stadifikimit TNM te semundjes.



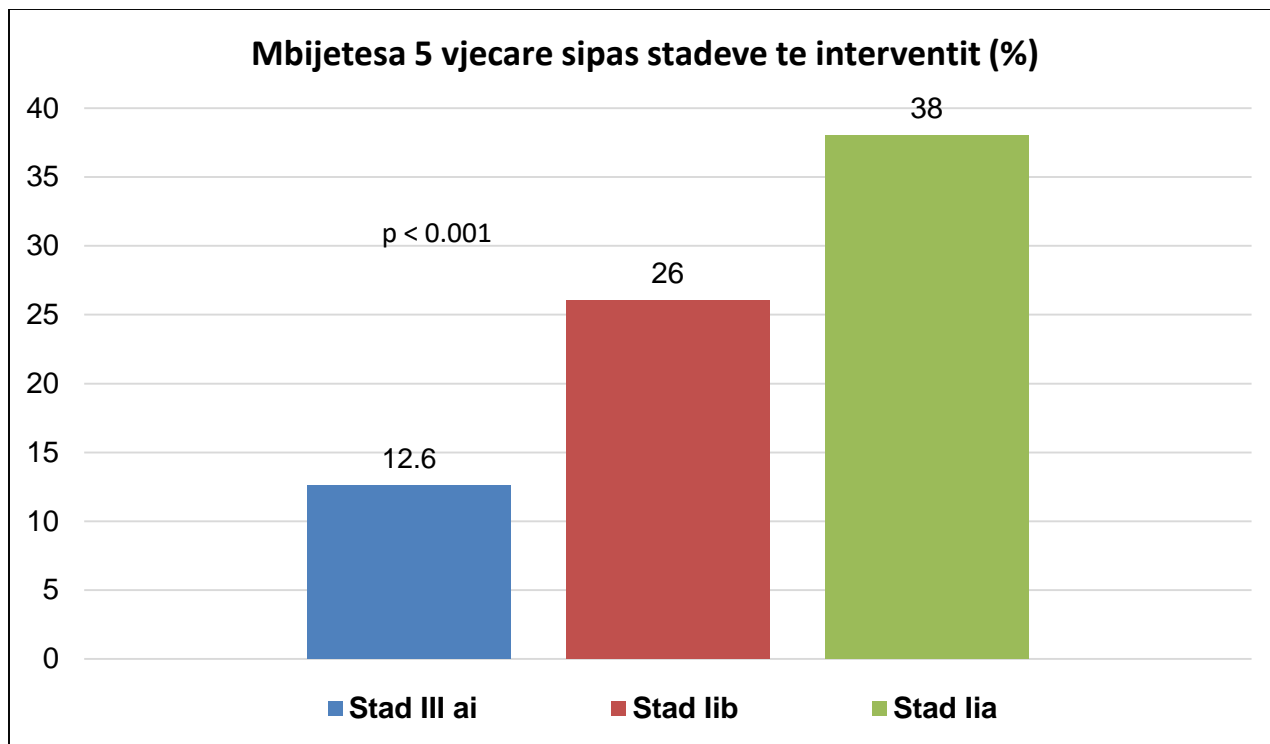
**Grafiku 17:** Mortaliteti perioperator sipas tipit te interventit

**Tabela 18:** Mbijetese 5 vjecare pas lobektomise, sipas stadeve TNM.

	Stadi IIIa, nr. %		Stad IIb, nr. %		Stad IIa, nr. %		P value
<b>Total</b>	<b>8</b>	100	<b>312</b>	100	<b>196</b>	100	
Deri ne 1 vit	7	91	295	94.6	190	96.8	> 0.05
1-3 vjet	6	80	268	86	172	88	> 0.05
3 – 5 vjet	4	50	128	41	86	44	= 0.6869
Mbi 5 vjet	1	12.6	81	26	74	38	= 0.0132



**Grafiku 18:** Kurba Kaplan - Mayer e mbijeteses 5-vjecare, sipas stadeve TNM te karcinomes.

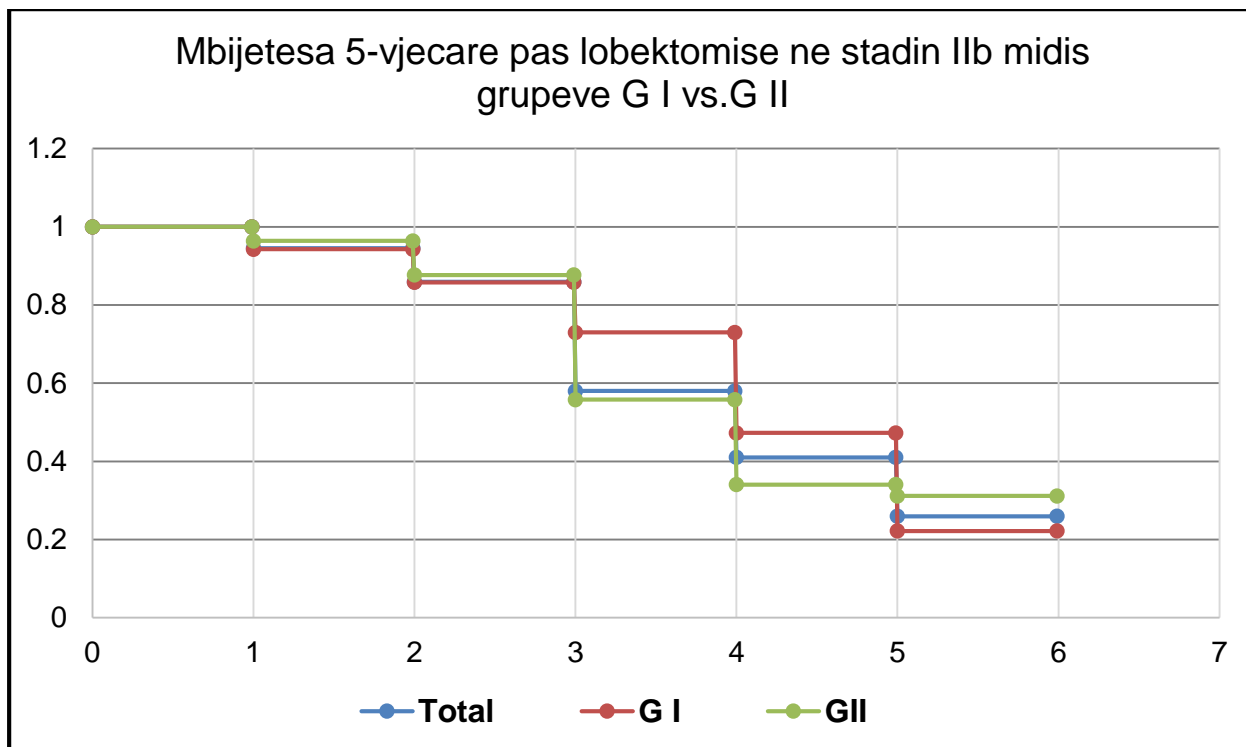


**Grafiku 19:** Perqindja e te mbijetuerve mbi 5 vjet pas lobektomise sipas stadeve TNM.

Mbijetesa e pacienteve ne stadin e IIIa (12.6%) eshte mjaft e ulet krahsuar me ata ne stadin e II b (26%), dhe sidomos ature te stadit te Iia (38%)

**Tabela 19 (2):** Mbijetese 5 vjecare pas lobektomise, sipas stadit **II b** (TNM) dhe grupeve GI vs.GII.

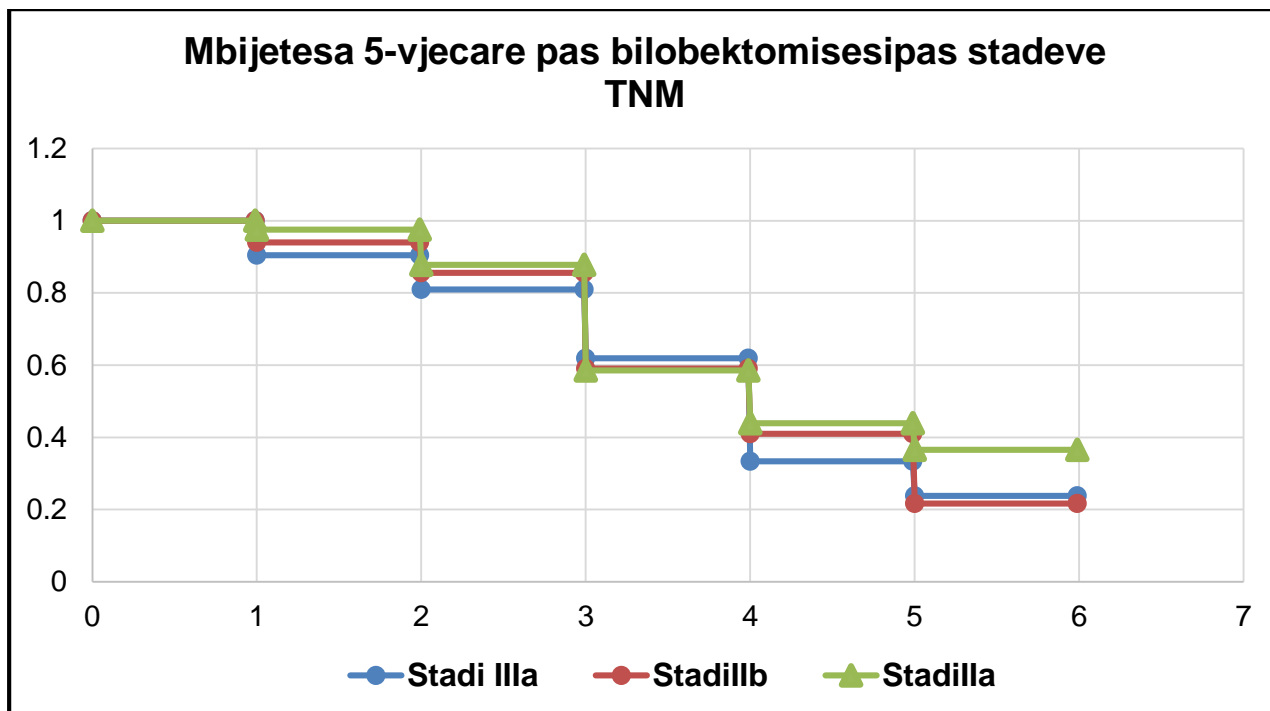
	gjithsej nr. %		Grupi G I, nr.%		Grupi G II, nr.%		P value
	nr.	%	nr.	%	nr.	%	
<b>Total</b>	<b>312</b>	100	<b>174</b>		<b>138</b>		
Deri ne 1 vit	295	94.6	164		133		> 0.05
1-3 vjet	268	86	147		121		> 0.05
3 – 5 vjet	128	41	81		47		= 0.0832
Mbi 5 vjet	81	26	38		43		= 0.1123



**Grafiku 20:** Kurba Kaplan-Mayer e mbijeteses 5-vjecare te rasteve ne stadin IIb, pas lobektomise.

**Tabela 20:** Mbijetesa 5 vjecare pas bilobektomiset, sipas stadeve TNM.

	Stadi IIIa, nr. %		Stad IIb, nr. %		Stad IIa, nr. %		P value
<b>Total</b>	<b>21</b>	100	<b>83</b>	100	<b>41</b>	100	
Deri ne 1 vit	19	91	78	94.6	40	96.8	> 0.05
1-3 vjet	17	80	71	86	36	88	> 0.05
3 – 5 vjet	7	34	34	41	18	44	= 0.533
Mbi 5 vjet	5	23	18	22	15	38	= 0.132

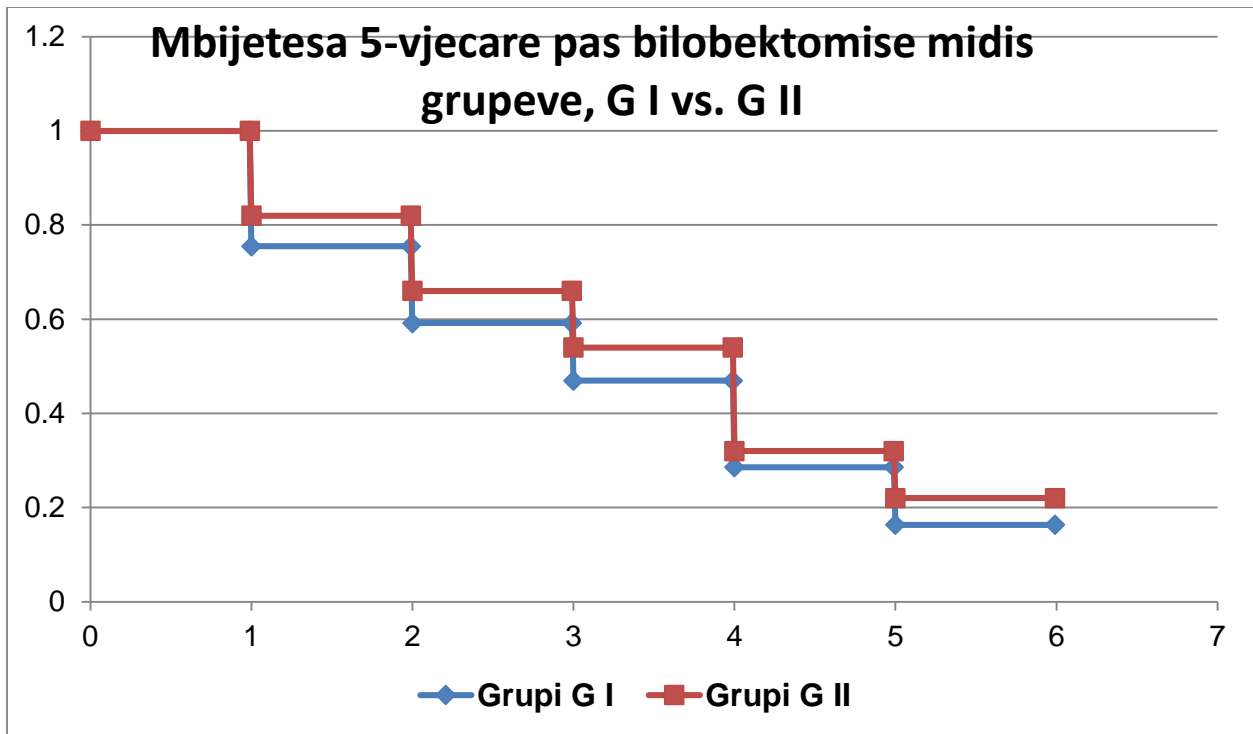


**Garafiku 21:** Kurba Kaplan-Mayer e mbijetese 5-vjecare te rasteve te studiuara, pas lobektomise, sipas stadeve TNM.

Vihet re nje mbijetese me e larte te pasienteve te stadin II a ne menyre domethenese kundrejt atyre te stadeve Iib dhe IIIa. (p 0.00215).

**Tabela 21:** Mbijetese 5 vjecare midis grupeve, pas bilobektomise

	Grupi I-re (nr, %)		Grupi II0te (nr, %)		P value
	nr	%	nr	%	
<b>gjithsej</b>	<b>49</b>	<b>400</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	
< 1 vit	37	75.5	41	82	>0.05
1-3 Vjet	23	52.4	27	54.0	
Mbi 5 vjet	8	16.3	11	22.2	



**Grafiku 22:** Kurba Kaplan-Mayer e mbijeteses 5-vjecare pas bilobektomise midis grupeve ne studim (GI dhe GII).

17. FOTOGRAFI

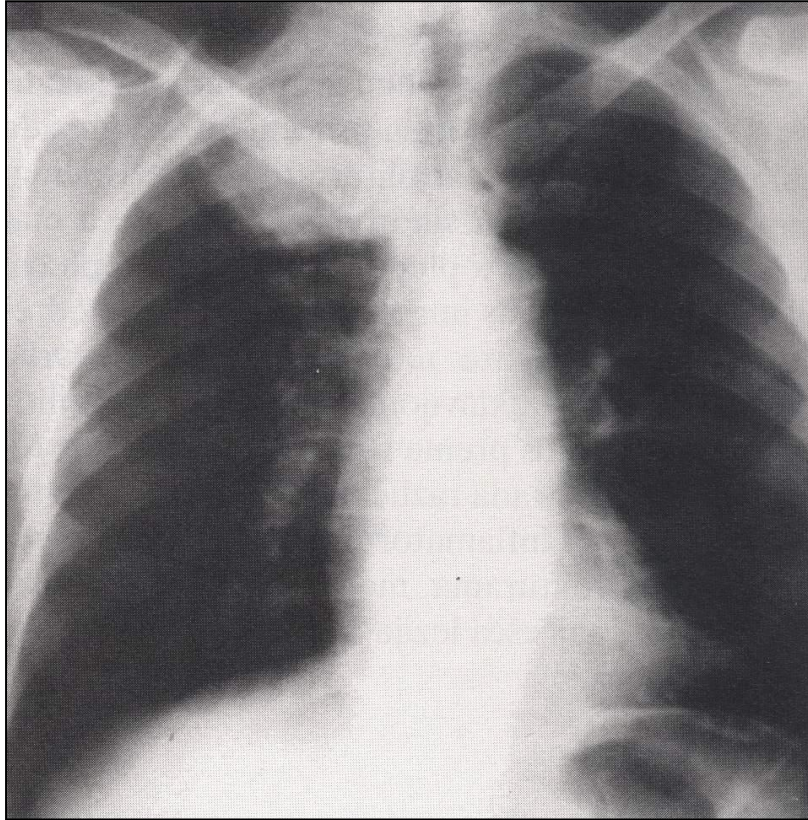


Foto 1: RTG grafi native e mushkërive



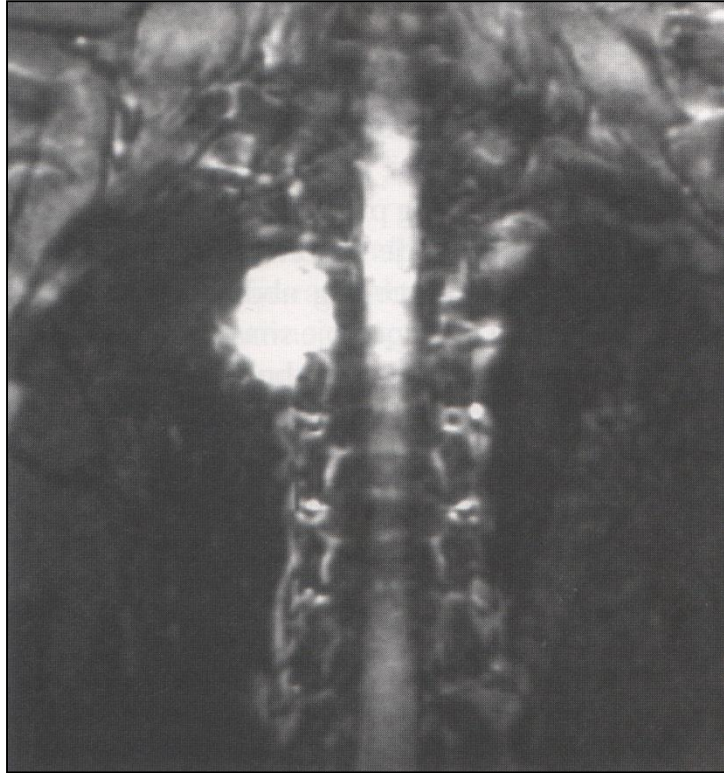


Foto 2: CT me koptraste gjoksit

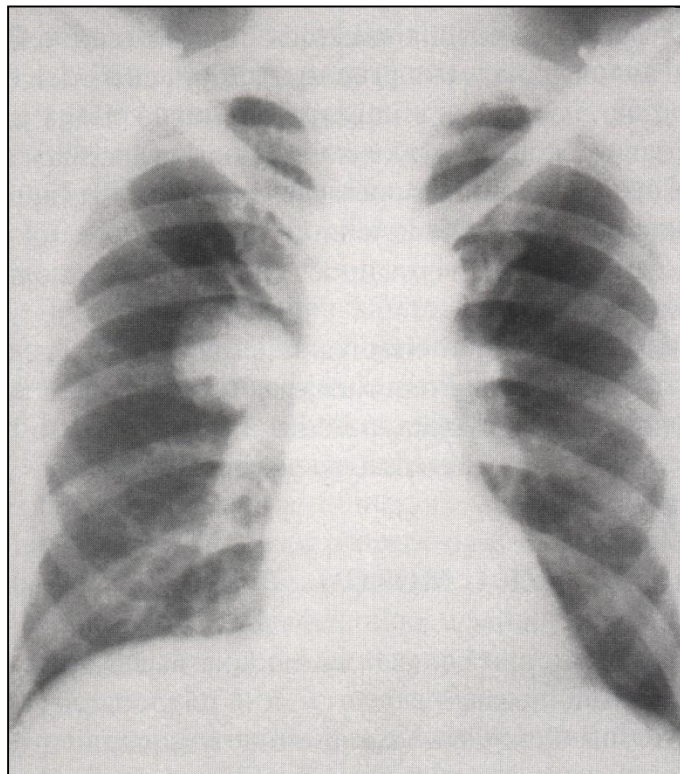


Foto 3 : RTG native e Thoraxit

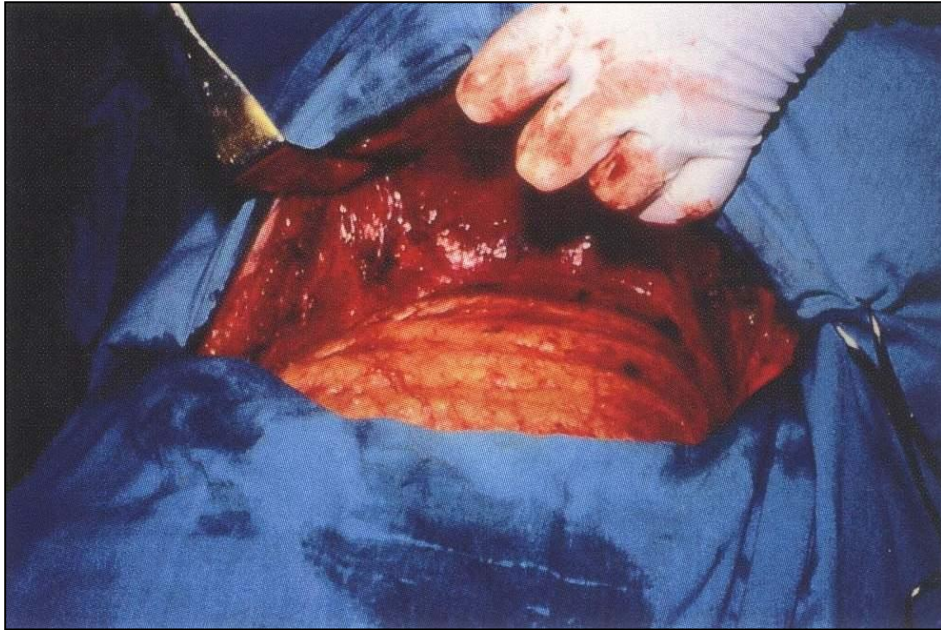


Foto 4: Prerje standarde operative

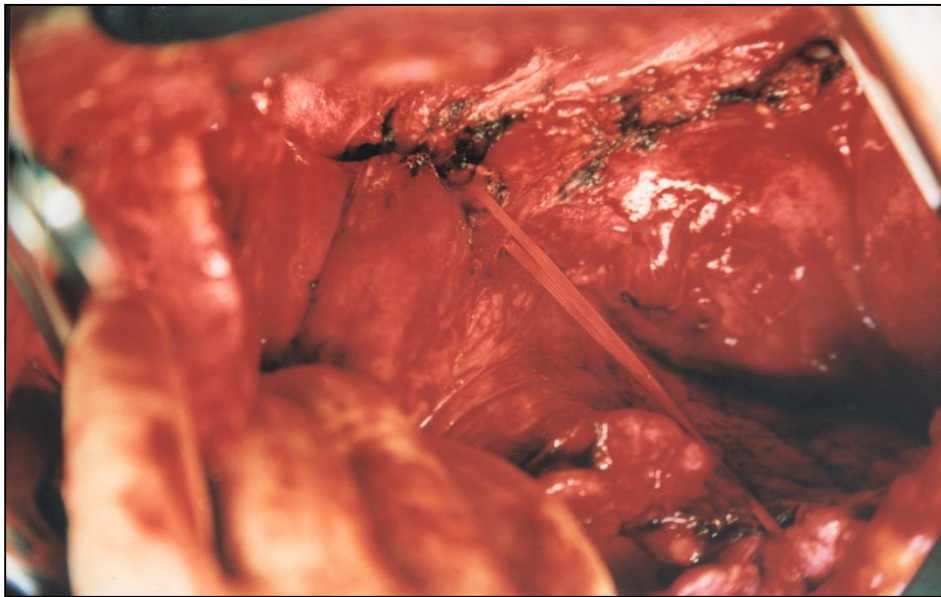


Foto 5: Pamje intraoperative





Foto 6: Pamje intraoperative

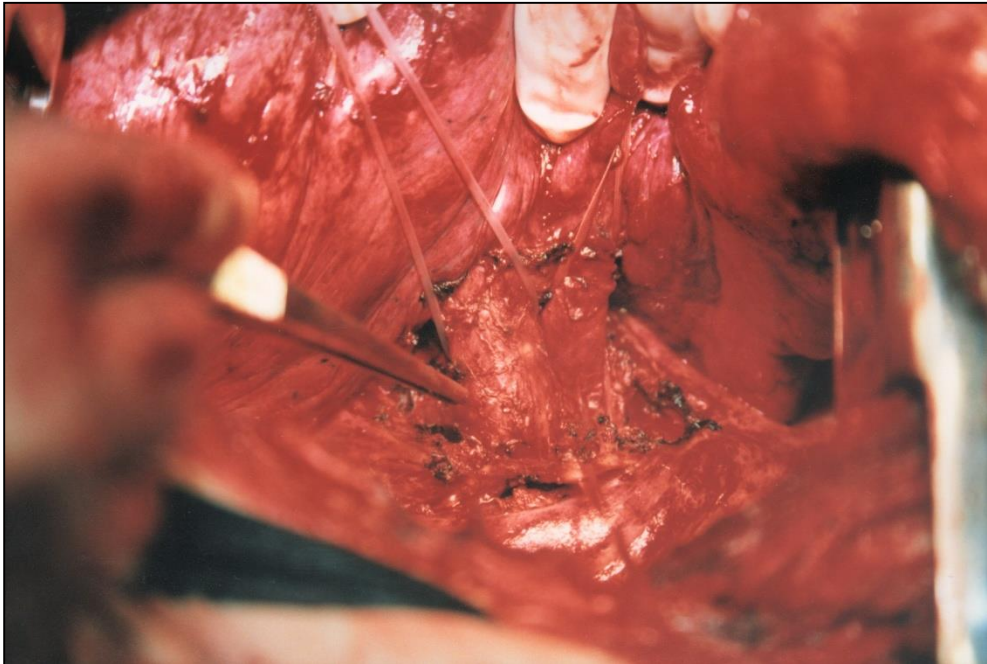


Foto 7: Pamje intraoperative

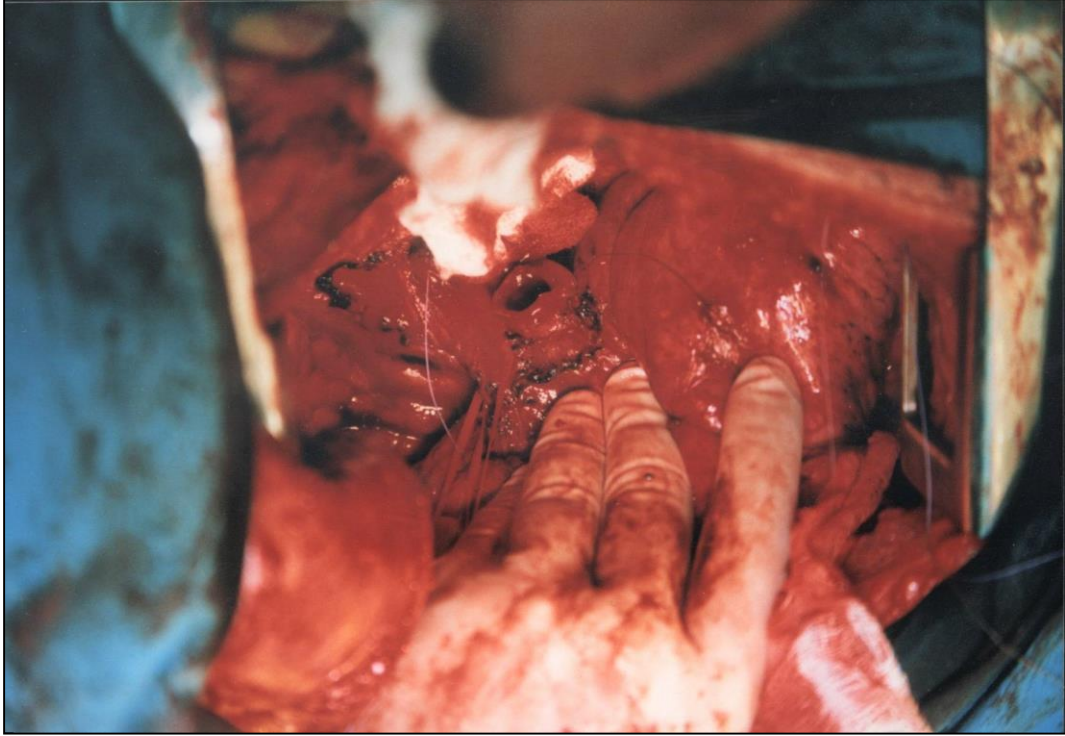


Foto 8: Pamje intraoperative

## 18. DISKUTIMI

Karcinomi i mushkërive si sëmundje që dita ditës është duke rritur incidencën e vet na shqetson gjithve si punëtor shëndetsor por më së shumti na shqetson fakti i zbulimit të vonshëm të sëmundjes, kur progredimi i karcinom të mushkërive është i madh dhe gjendja inoperabile është dita ditës më e madhe, edhe pse mbijetesa pesëvjeçare i pacientëve të operuar është i vogël, intervenimi kirurgjik ngel e vetmja rugëdalje për trajtimin e këtyre të sëmurëve. Hemoterapia induktive ne trajtimin bashkohor te karcinom të mushkërive është standart i ri i protokoleve bashkëkohore nddërsa tipi i intervenimit që më së shpeshti tentohet të arrihet të bëhet është lobectomi apo eventualisht bilobectomi me qëllim të zvoglimit të radikalitetit dhe të invaliditetit të pacientit.

Shkaqet kryesore etiologjike që definoohen më së shpeshti si situata kryesore dhe fajtorë më të shpeshtë për paraqitjen e karcinomit të mushkërive në asociacionet që përpunojnë problematikën e kësaj natyre prezentohen së pari: pirja e duhanit me rritje të rizikut deri më 20 herë, ngarkesa profesionale, ndotja e ambientit dhe heriditeti.

Në momentin e diagnostifikimit të sëmundjes ai ka disa karakteristika themelore të karcinomit të mushkërive janë: diagnostifikim i vonshëm, shkallë e lartë e inoperabilitetit, vdekshmëria e lartë dhe shkallë e vogël e mbijetesës pesëvjeçare.

Zhvillimi industrial, urbanizimi i vrullshëm që rrezullton me ndotje të ambientit jetësor e veçanarisht të ajrit, mënyra e jetesës bashkëkohore me levizjet demografike që e përqëndrojnë popullatën në jetë ne vendet urbane nga ato rurale, përdorimi i makinave personale zhvillimi rapid i komunikacionit urban dhe ndërurban, si dhe rritja e numrit të personave që pinë duhan, është signjifikante edhe rritja e numrit të të sëmurëve nga sëmurjet e mushkërive e veçanarisht të karcinomit të mushkërive, veçanërisht me zhvillimet industriale gjate fundit të shekullit XX të vendeve të zhvilluara si dhe të vendeve në zhvillim, nosrespektimi i regullave per prevenim të ndojtes së ambientit në veçanti të ajrit nxitën rritjen e dukshme të sëmundjeve pulmonale e sidomos të karcinomit të mushkërive.

Simptomatologjia e përgjithshme që i ngjanë edhe një ftohje të thjeshtë të rradhës u tërheq vëmendjen dhe nuk i drejton mjekët amë në opinjon se bëhet fjalë për një sëmundje të rrëndë, rrëndësia e dijagnostifikimit në kohë e karcinomit të mushkërive paraqet një imperativ i jashtëzakonshëm në trajtimin e mëtutjeshëm.

Trajtimi kirurgjik i karcinomit të mushkërive në kohë bashkohore është evidente që përfshin punë ekipore si një zinxhir i mirëfillt që çdo njëri ndërlidhet në punën e tjetrit.

Periudha kohore që u përmbledh ishte nga viti 2007 deri në vitin 2012 volumi i pacientëve që ishin pjesë e këtij studimi është gjithsejt 716 në numër, të ndarë në dy grupe.

Grupi i parë i pacientëve që nuk u trajtuan fillimisht me terapi inductive numri i të cilëve ishte 355 nga të cilët 276 ishin meshkuj dhe 79 femra, ndërsa grupin tjetër që përbehej nga 361 pacient nga të cilët 287 ishin meshkuj ndërsa 74 femra u trajtuan fillimisht me terapi inductive e më pas u bë trajtim kirurgjik. Moshë mesatare e pacientëve ishte 57,03.

Në grupet tona të analizuar në trajtim kirurgjikal u bë lobektomi dhe bilobektomi dhe një grup që u bë torakotomi eksplorative në fakt rastet që në evaluimin e bërë nuk u bë vlersimi adekuat dhe këto raste në momentin e intervenimit kirurgjikal in vivo u bë vlersimi adekuat i rasteve dhe të njejtit u shpallën raste inoperabil dhe vazhduan me trajtim të mëtutjeshëm onkologjik.

Dhenja e terapisë inductive u bë që të arrihen disa qëllime siç janë.

- Reduktim i masës tumorozë.
- Zvoglimi i masës dhe numrit të metastazave lokale apo ato të diseminuara
- Zvoglimimin e mundësisë së diseminimit të karcinomit.

Duke u aplikuar një terapi e mirëfilltë inductive që aktivitetet tona të mundësojmë që pacientit t'i mundësohet.

- Mundësi për jëtëgjatësi më të madhe
- Zvoglimimin e stadi të sëmundjes
- Mundësia e operacionit sa më pak invaziv që do të ushtrohet ndaj të sëmurit
- Kualitet sa më të mirë jetese të pacientit postoperative
- rehabilitim më i shpejtë i pacientit

Me zhvillimin e vazhdueshëm e shkencave mjeksore e gjithësi edhe të teknologjive të ndryshme mjeksore e shoqërore, vazhdimisht puna kërkimore dhe shkencore në gjitha lëmitë mjeksore rezulton me njohuri të reja dhe pasqyrim të drjtimeve të reja në zhvillimin e metodave

dhe teknikave kurative të problemeve të ndryshme mjekore dhe kuptohet edhe të problemit të karcinomit të mushkërive.

Me avansimet e barërave immunosupresiv tash më në botë dita ditës veprohet më shumë e më shumë në drejtim të transpalntimit të mushkërive apo në en block cor et pulmo, gjë që jep nje shpresë tek kjo gripe e të sëmurëve, duke parë në ditët e sotme dhe zhvillimine inzhinjeringut të mirë mjeksor bashkë me atë të qelizave ëmë, mundësia e trajtimit shumë të avansuar të këtyre pacientëve në të ardhmen e shpejtë ndoshta do të krijoje kushte shumë të mira për trajtim të tyre.

Gjithsesi kohëve të fundit në qarqët e mjeksisë së avansuar flitet edhe për krijim të një vaksine kundër karcinomit të mushkërive tashmë që është në fazë paraklinike të hulumtimit, që në mundësi të aplikimit klinik të saj do të japë nje nxitje extreme në mënyrën e trajtimit dhe të mundësive terapeutike por ne veçanti të lëmisë që është shumë më e mirë si për pacientët ahtu edhe për profesionistët mjeksor Previncinon, d.m.th. prevenimin e paraqitjes së karcinomit të mushkërive që drejtpërsaëdrejti do të zgjedh një problem tejet mase të madh të shëndetësisë dhe shoqërisë bashkëkohore.

Deri sa gjithë këta tendenca nuk futen ne protokolete trajtimit mjeksor ajo që na ngel është që të aplikojmë terapi induktive dhe të dijagnostifikojmë në kohë karcinomin e mushkërive me qëllim të trajtimit sa më të mirë dhe cilësor të këtij problemi mjeksor të madh e në të njejtën kohë edhe shoqëror.

Ndërsa nga ana tjetër te evitojme shkaqet që ndikojnë në paraqitjen apo risin incidencën e kësaj sëmundje, të zvoglojmë ndotjen e ambijentin, të ndalojmë pirjen e duhanit, të zvoglohet emitimi i gazrave kancerogjene si nga jetesa urbane ashtu edhe nga prodhimet industriale, prevenimi i radiacionit etj.

Si perfundim Problemi i karcinomit të mushkërive gjithsesi kërkon kyçjen e shumë faktorëve, lëmive shoqërore e të ekipit shumë të gjërë mjeksor në trajtimin e tëtij problemi jo të vogël së pari shëndetësor e më pas edhe shoqëror.

## 19. PËRFUNDIME

Pacientët me karcinom të mushkërive paraqesin një grup pacientësh që në trajtimin e të cileve aksesit duhet të jetë multidisiplinar dhe e sinkronizuar mirë me qëllim të determinimit të mënyrës më të mirë të trajtimit të pacientit. Trajtimi kirurgjik është mënyrë më e sigurt nëse ka mundësi të aprovet në trajtim të këtyre të sëmurëve.

Por pjesmarja e shumë profileve në vendosjen dhe determinimin e trajtimit adekuat i pacientëve me karcinom të mushkërive paraqet imperativ i kohës për ekipim dhe akses multidisiplinar në trajtim bashkohor të sëmundjeve.

Në studimin tim u përfshi periudha kohore nga viti 2007 deri në vitin 2012 volumi i pacientëve që ishin pjesë e këtij studimi është gjithsejt 716 në numër, të ndarë në dy grupe.

Grupi i parë i pacientëve që nuk u trajtuan fillimisht me terapi induktive numri i të cilëve ishte 355, ndërsa grupin tjetër që përbehej nga 361 pacient u trajtuan fillimisht me terapi induktive e më pas u bë trajtim kirurgjik.

Kjo ishte edhe motivi i marrjes së shqyrtimit të problemit të trajtimit të karcinomit të mushkërive me terapi induktive apo joadjuvante paraoperative me qëllim që të mundësohet një trajtim më i sigurt i të sëmurëve.

Kuptohet se qëllimi që u vendos për aritjen e qëllimeve të të sëmurëve gjatë dhenjes të terapisë induktive siç janë: reduktim i masës tumorozë, zvoglimi i masës dhe numrit të metastazave lokale apo ato të diseminuara, zvoglimin e mundësisë së diseminimit të karcinomit. mundet të vërtetojmë se ata u aritën dhe u realizuan me sukses nga rezultatet se pacientët e grupit të dytë që u trajtuan nga stadi IIIb u arit që të vinë në një stad operabil me se shumti në stadin IIb dhe IIa një grup shumë më i vogël.

Nga me lartë e thena mundet të përfundojmë se në bazë të studimeve të përgjithshme që kryhen në këtë lëmi, dhe plotësisht në pajtueshmëri me protokolet botërorë të "evidence base medicine" vërtetohet se aplikimi i terapisë joadjuvante në trajtimin bashkëkohor të karcinomit të mushkërive paraqet një mundësi të mirë të përzgjedhjes së mundshme që kirurgut i është në dispozicion para trajtimit të tij përfundimtar kirurgjikal në kurimin e karcinomit të mushkërive, jep një mundësi shumë të mirë të ritjes së numrit të rasteve operabile të pacientëve me karcinom të mushkërive.



Gjatë ritjes së numrit në të njejtën kohë gjate këti studimi që vërtetua edhe të ngjashim të këti lloji u aritë edhe zvoglimi i radikalitetit të intervenimit kirurgjik, gjë që nga ana tjetër e riti në masë të madhe nivelin e kualitetit të dhënjes së mbrojtjes shëndetësore dh indekseve shëndetsorë siç janë, qëndrim më i shkurtër në spital, mobilitet më i mirë i pacientëve, kosto më e ulët e qëndrimit spitalor, rehabilitim më i mirë dhe më i shpejtë i pacien tëve, riintegrim më i shpejtë shoqëror.

Trajtimi kirurgjikal duke ndjekur protokolet evropjane evitoi ne total pulmektominë si mundësi trajtimi kirurgjikal. Gjë që në shumë raste zvoglon mundësinë e kompliklimeve postoperative në kuptim të mosvlersimit eventual të mirë të rezervave respiratore.

Vështërsitë që u hasën në intervenimin kirurgjik të këtyrë pacientëve ishte athesionet me te medhaja dhe më të shpeshta për dallim nga grupi i parë, gjithsesi u has edhe nje vulneralitet më i shprehur i indeve gjatë intrvenimit gjë që në një masë më të vogël riti gjakosjen nga indet në intevenimin kirurgjikal por jo në masë që rezikoi jetën apo mirëvajtjen e operacionit.

Në ndjekjen e protokoleve induktive gjithsesi u udhëhoqëm nga të tillët që janë të akceptuar nga institutet përkatëse por pacientët që u nënshtruan kësaj terapie kishin edhe vështërsitë e tyre që u përmblodhën në: humbje oreksi, nauzea, vjellje, si komplikim më i shpeshtë tek 2 pacientë u paraqit komplikim ne protokolun e dytë me efekt nefrotoksik ndësa tek 3 pacientë u paraqit leukopeni e lehtë

Në grupet tona të analizuara në trajtim kirurgjikal u bë lobektomi dhe bilobektomi dhe një grup që u bë torakotomi eksplorative në fakt rastet që në evaluimin e bërë nuk u bë vlersimi adekuat dhe këto raste në momentin e intervenimit kirurgjikal in vivo u bë vlersimi adekuat i rasteve dhe të njejtit u shpallën raste inoperabil dhe vazhduan me trajtim të mëtutjeshëm onkologjik.

Pasi që problemi i karcinomit të mushkërive në suaza botërore paraqet nje nga shkaqet me të shpeshta të vdekshmërisë dhe gjithsesi e mban vendin e lartë në paraqitjen e rasteve të reja të karcinomit të mushkërive, kërkoh për kujdesje të veçantë dhe përkushtim të jashtëzakonshëm i ekipit mjeksor, trajtim multidisiplinor dhe ndekje të protokleve bashkëkohore për trajtim.

## 20. LITERATURA:

1. Nakamura H, Kaëasaki N, Taguchi M, et al. Role of preoperative chemotherapy for non-small-cell lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer* 2006; 54:325-9.
2. Martins RG, Dienstmann R, de Biasi P, et al. Phase II trial of neoadjuvant chemotherapy using alternative doublets in non-small-cell lung cancer. *Clin Lung Cancer* 2007; 8:257-63.
3. Takeda S, Maeda J, Okada T, et al. Results of pulmonary resection following neoadjuvant therapy for locally advanced (stage IIIA-III B) lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 30:184-9.
4. Siegenthaler MP, Pisters KM, Merriman KË, et al. Preoperative chemotherapy for lung cancer does not increase surgical morbidity. *Ann Thorac Surgery* 2001; 71:1105-12.
5. Fujita S, Katakami N, Takahashi Y, et al. Postoperative complications after induction chemoradiotherapy in patients ëith non-small-cell lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006; 29:896-901.
6. Fischer SA, Soberman M, Randolph P, et al. Phase II trial of concurrent paclitaxel, carboplatin and external-beam radiation folloëd by surgical resection in locally advanced non-small-cell lung cancer, protocol 99-444. *Clin Lung Cancer* 2006; 8:56-61.
7. Park BB, Park JO, Kim H, et al. Is trimodality approach better than bimodality in stage IIIA, N2 positive non-small cell lung cancer? *Lung Cancer* 2006; 53:323-30.
8. Trodella L, Granone P, Valente S, et al. Neoadjuvant concurrent radiochemotherapy in locally advanced (IIIA-III B) non-small-cell lung cancer: long-term results according to doënstaging. *Ann Oncol* 2004; 15:389-98.
9. Granetzny A, Striehn E, Bosse U, et al. A phase II single institution study of neoadjuvant stage IIIA/B chemotherapy and radiochemotherapy in non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2003; 75:1107-12.
10. Sonett JR, Suntharalingam M, Edelman MJ, et al. Pulmonary resection after curative intent radiotherapy (> 59 Gy) and concurrent chemotherapy in non-small-cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2004; 78:1200-6.

11. Albain KS, Rusch VĚ, Croġley J, et al. Concurrent cisplatin/etoposide plus chest radiotherapy folloġed by surgery for stages IIIA (N2) and IIIB non-small-cell lung cancer: mature results of Southġest Oncology Group Phase II study 8805. *J Clin Oncol* 1995; 13:1880-92.
12. Zandġijk NV, Smit EF, Kramer GĚ, et al. Gemcitabine and cisplatin as induction regimen for patients ġith biopsy-proven stage IIIA N2 non small cell lung cancer: A phase II study of the European Organization for Research and Treatment of Lung Cancer Cooperative Group (EORTC 08955) *J Clin Oncol* 2000; 18:2658-64.
13. O'Brien ME, Splinter T, Smith ER, et al. Carboplatin and paclitaxel as an induction regimen for patients ġith biopsy-proven stage IIIA N2 non-small cell lung cancer: an EORTC phase II study (EORTC 08958). *Eur J Cancer* 2003; 39:1416-22.
14. Van Schil P, Van Meerbeeck J, Kramer G, et al. Morbidity and mortality in the surgery arm of EORTC 08941 trial. *Eur Respir J* 2005; 26:192-7.
15. Mattson KV, Abratt RP, ten Velde G, et al. Docetaxel as neoadjuvant therapy for radically treatable stage III non-small-cell lung cancer: a multinational randomized phase III study. *Ann Oncol* 2003; 14:116-22.
16. Betticher DC, Schmitz SF, Totsch M, et al. Mediastinal lymph node clearance after docetaxel-cisplatin neoadjuvant chemotherapy is prognostic of survival in patients ġith stage IIIA pN2 non small cell lung cancer: a multi-center phase II trial. *J Clin Oncol* 2003; 21:1752-9.
17. Ramnath N, Sommers E, Robinson L. Phase II study of neoadjuvant chemotherapy ġith gemcitabine and vinorelbine in respectable non-small cell lung cancer. *Chest* 2005; 128:3467-74.
18. Pisters KM, Ginsberg RJ, Giroux DJ, et al. Induction chemotherapy before surgery for early-stage lung cancer: A novel approach. Bimodality Lung Oncology Team. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 119:429-39.
19. Jaklitsch MT, Herndon JE, Decamp MM Jr, et al. Nodal doġnstaging predicts survival folloġing induction chemotherapy for stage IIIA (N2) non-small cell lung cancer in CALGB protocol 8935. *J Surg Oncol* 2006; 94:599-606.
20. Nagai K, Tsuchiya R, Mori T, et al. A randomized trial comparing induction chemotherapy folloġed by surgery ġith surgery alone for patients ġith stage IIIA N2 non-small cell lung cancer (JCOG 9209). *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003; 125:254-60.
21. Esteban E, de Sande JL, Villanueva N, et al. Cisplatin plus gemcitabine ġith or ġithout vinorelbine as induction chemotherapy prior to radical locoregional treatment for patients ġith

*stage III non-small-cell lung cancer (NSCLC): results of a prospective randomized study. Lung Cancer 2007; 55:173-80.*

22. Sugarbaker DJ, Herndon J, Kohman LJ, et al. Results of Cancer and Leukemia Group B protocol 8935. A multiinstitutional phase II trimodality trial for stage IIIA (N2) non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109:473-85.

23. Rosell R, Gómez-Codina J, Camps C, et al. A randomized trial comparing pre operative chemotherapy plus surgery with surgery alone in patients with non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 1994; 330:153-8.

24. Rusch V, Giroux DJ, Kraut MJ, et al. Induction chemoradiation and surgical resection for superior sulcus non-small-cell lung carcinomas: long-term results of Southwest Oncology Group Trial 9416 (Intergroup Trial 0160). *J Clin Oncol* 2007; 25:313-8.

25. Van Kooten M, Rosenberg M, Orlando M, et al. Neoadjuvant chemotherapy with gemcitabine and cisplatin in stage IIIA/B non-small cell lung cancer. *Invest New Drugs* 2002; 20:439-46.

26. Pohl G, Krajnik G, Malayeri R, et al. Induction chemotherapy with the TIP regimen (paclitaxel/ifosfamide/cisplatin) in stage III non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2006; 54:63-7.

27. Eirith LJ, Lucca J, Ostler P, et al. Induction docetaxel and carboplatin followed by weekly docetaxel and carboplatin with concurrent radiotherapy, then surgery, in stage III non-small cell lung cancer: a phase I study. *Clin Cancer Res* 2003; 9:1698-704.

28. Brunelli A, Xiume F, Al Refai M, et al. Gemcitabine-cisplatin chemotherapy before lung resection: a case-matched analysis of early outcome. *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1963-8.

29. Bueno R, Richards EG, Söanson S, et al. Nodal stage after induction therapy for stage IIIA lung cancer determines patient survival. *Ann Thorac Surg* 2000; 70:1826-31.

30. Lorent N, De Leyn P, Lievens Y, et al. Long-term survival of surgically stage IIIA N2 non-small-cell lung cancer treated with surgical combined modality approach: analysis of a 7-year prospective experience. *Ann Oncol* 2004; 15:1645-53.

31. Rosell R, Gómez-Codina J, Camps C, et al. Randomized trial comparing preoperative chemotherapy plus surgery with surgery alone in patients with non-small cell lung cancer. *N Engl J Med* 1994; 330:153-8.

32. Sugarbaker DJ, Herndon J, Kohman LJ, Krasna MJ, Green MR, and the Cancer and Leukemia Group B Thoracic Surgery Group. Results of cancer and leukemia group B protocol

8935. A multiinstitutional phase II trial for stage IIIA (N2) non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;109:473–85.

33. Rusch VĚ, Albain KS, Croëley JJ, et al. Surgical resection of stage IIIA and stage IIIB non-small cell lung cancer after concurrent induction chemotherapy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993;105:97–106.