

TË DHËNA MBI TUMORET TESTIKULARE MALINJE (Disa aspekte të trajtimit kirurgjikal të tyre)

— AGIM KARAJ —

(Instituti Onkologjik)

Tumoret testikulare janë të rralla dhe përbëjnë 1-2% të tumoreve malinje tek mashkulli dhe 3-10% të tumoreve të aparatit urogjenital mashkullor (3,8). Incidenca dhe denduria relative ndryshojnë nga njëri vend në tjetrin.

Në qoftë se këta tumore zbulohen në stade të hershme dhe mjekohen në mënyrë korrekte, sigurohen rezultate shumë të mira, cildo qoftë tipi histologjik i tyre. Kohët e fundit ky evoluim është arritur nga përcaktimi i metodave të klasifikimit dhe zbulimi i markuesve biologjikë tumoralë, të cilat janë proteina specifike të prodhuara nga tumoret testikulare dhe metastazat e tyre (7). Këto kanë rëndësi për diagnozën, klasifikimin dhe ndjekjen e të sëmurëve, sepse ekzistenca e tyre edhe pas arkiektomisë, parakupton ekzistencën e një vatre metastatike ganglionare apo viscerale (6,7).

Kohët e fundit, përdorimi i kimipreparateve të efektshme ka sjellë, për tumoret joseminomatorë, rezultate të krahasueshme me ato që ka sjellë radioterapia në trajtimin e seminomave (7).

Ky punim ka qëllim të tregojë llojet e tumoreve testikularë malinje të trajtuara në Institutin Onkologjik, moshat që preken më tepër, si edhe të trajtojë disa aspekte të mjekimit kirurgjikal të tyre.

Materiali dhe metoda

Janë marrë në studim raste të trajtuara në Institutin Onkologjik nga janari i vitit 1978 deri në dhjetor 1982. Gjithsej janë paraqitur 65 raste. Në materialin tonë, tumoret testikulare më të shpeshta janë si më poshtë:

Llojet e tumoreve testikulare malinje

Nr.	Lloji i tumorit	Raste
1.	Seminoma	34
2.	karcinoma embrionale	17
3.	Seminoma me zona të karcinomës embrionale	3
4.	Teratokarcinoma	6
5.	Androblastoma	2
6.	Limfoma malinje	1
7.	Rabdomiosarkoma embrionale testis	1

Rezultatet

Nga materiali ynë, del se seminoma prek më shpesh moshat 30-39 vjeç, ndërsa karcinoma embrionale moshat 20-29 vjeç. Në 45 nga 65 raste është bërë orkiektomi me rrugë parainguinale, ndërsa në 20 raste është bërë oriektomia me rrugë transkrotale në spitale të tjera; në repartin e kirurgjisë të Institutit Onkologjik janë rioperuar 10 raste që janë dyshuar për rishfaqje lokale. Të sëmurët e operuar janë ndjekur 1 vit pas operimit dhe në 45 raste ku është përdorur teknika e oriektomisë me rrugë parainguinale nuk kemi pasur asnjë rishfaqje lokale. Në 20 rastet e operuara me rrugë transkrotale, në 7 raste, d.m.th. 35%, janë vërejtur rishfaqje lokale.

Diskutim

Ndër tumoret testikulare malinje, seminoma dhe karcinoma embrionale përbëjnë rastet më të shumta. Seminoma prek moshat 4-5 vjet më të vjetra se ato të karcinomës embrionale. këto të dhëna përkohë edhe me ato të autorëve të tjerë (6).

Në orkiektomitë për tumore malinje testikulare rruga transkrotale është teknikë e gabuar, sepse tumori traumatizohet më shumë dhe në një përqindje të mirë bën të mundur rishfaqjen lokale (2,5,6). Me anë të teknikës transkrotale është e pamundur të heqim funikulin spermatic deri në rrëzë të anulusit të brendshëm të kanalit inguinal. Heqja e funikutit spermatic, i cili në mjaft raste është i infiltruar nga tumori testikular, shmang rishfaqjen lokale dhe ekzaminimi histologjik i tij ka rëndësi të madhe për stadifikimin dhe prognozën (1,6).

Orkiektomia me rrugë parainguinale është teknika më e mirë që shmang në maksimum rishfaqjen lokale, sepse traumatizimi i tumorit është shumë më i pakët (1,2,4,6,7). Në institutin tonë është përdorur prej vitesh teknika e oriektomisë me rrugë parainguinale.

Në fillim bëhet prerja parainguinale 7-10 cm e gjatë dhe hapet kanali inguinal (3). Preparohet funikuli spermatic dhe nxirret ai mbi plagë. Kur diagnoza është e sigurtë, lidhen dhe priten elementët e funikutit në rrëzë të anulusit të brendshëm të kanalit inguinal. Kështu, ne kemi prerë rrugët limfatike dhe hematogjene të përhapjes së tumorit. Pasi kemi bërë këtë, bëjmë orkiektominë, duke e nxjerrë testin në monoblok së bashku me funikulin spermatic nëpërmjet prerjes inguinale. Bëjmë hemostazë të kujdesshme dhe plaga mbyllet sipas shtresave. Skrotumi fiksohet lart në regjionin femoral me një apo dy qepje sete. Në rastet tona, ky manovrim ka shmangur hematomen skrotale, që është me pasoja për të sëmurin. Këto qepje ne i kemi hequr ditën e dytë ose të tretë pas operimit. Nuk kemi përdorur drejta në zgavrën skrotale, sepse kemi mendimin që shkaktojnë infeksion.

Në rastet kur diagnoza e tumorit testikular nuk është e sigurtë, ndërhyjmë përsëri me rrugë parainguinale dhe, pasi ngremë funikulin mbi plagë, e kapim atë me klem të gomuar dhe pastaj bëjmë manipulimin me testin, këqyerjen e tij dhe, në se është e nevojshme, biopsi

ekstempore, e cila ndihmon shumë për diagnozën (1,6). Në se diagnoza tumor testikular kalohet në orkiektominë duke lidhur dhe prerë në fillim elementet e funikutit spermatic në rrëzë të anulusit të brendshëm të kanalit inguinal prapa klemës të gomuar. Kështu, ne kemi shmangur përhapjen e tumorit. Në këtë mënyrë u veprua në një nga rastet tona. Në 20 raste të operuara me rrugë transkrotale në spitale të tjera, është filluar së pari me mobilizimin e testit, këqyerjen e tij dhe pastaj është lidhur dhe prerë funikuli spermatic, gjë që nuk është e këshillueshme (1,6).

Si konkluzion, mund të themi se teknika e orkiektomisë me rrugë inguinale në rastin e tumoreve testikulare malinje është më e mira dhe shmang rishfaqjen lokale (1,2,6). Në 45 rastet tona të operuara me këtë rrugë s'kemi asnjë rishfaqje lokale.

Në rastet kur s'jemi të sigurtë për diagnozën, në fillim gjithmonë duhet të klampojmë me klem të gomuar funikulin në rrëzë të anulusit të brendshëm të kanalit inguinal dhe pastaj mund të manipulojmë me tumorin. Ky manovrim shmang përhapjen e tij (1,6). Fiksimi i skrotumit në regjiofemoralis shmang zgavrën skrotale dhe pengon formimin e hematomes. Kjo gjë na duket me avantazhe më të mëdha sesa vënia e drenave në skrotum, të cilët mund të bëhen edhe shkak për infeksion. Kur për arsye të ndryshme operojmë me rrugë transkrotale dhe gjendemi para një tumorit testikular, duhet të lidhim dhe presim së pari elementet e funikutit spermatic, për të parandaluar përhapjen e tij, dhe pastaj të fillojmë mobilizimin e testit, i cili duhet të jetë sa më pak traumatik, në mënyrë që të shmanget rishfaqja lokale (1,6,7,8). Në 9 rastet e operuara me këtë rrugë në spitalin ushtarak dhe klinikën e urologjisë të Spitalit nr. 2 nuk kemi pasur rishfaqje lokale.

Dorëzuar në redaksi më 5.8.1987

BIBLIOGRAFIA

- 1) Brinet I.M. et coll.: Conduite pratique devant une suspicion du tumeur du testicule, 1975, 7, 489.
- 2) Haskell C.M.: Testiculat carcinoma, «Cancer Treatment», London, 1980, 406.
- 3) Lawrence H., Einborn and coll.: Surgery in cancer of the testes. In: «Cancer principles of oncology». New York, 1985, 985.
- 4) Marion G.: Technique chirurgicale. Paris, 1924, 791.
- 5) Manual of clinical oncology. U.I.C.C., 1982, 3, 227.
- 6) Pugh R.C.B.: The management of patients with tumors of the testis. In: «Pathology of the testes», London, 1976, 409.
- 7) Tostain I. et coll.: Evaluation anatomo-clinique et traitement des tumeurs malignes germinales du testicule. Lyon. médicale, 1981, 67, 321.
- 8) Zanon F. et coll.: Diagnosi clinica dei tumori germinali del testicolo. In: «I tumori urologici». Roma, 1982, 345.

Summary

DATA ON MALIGNANT TESTICULAR TUMOURS

The paper discusses the malignant testicular tumours observed between 1978 and 1982 at the Oncologic Institute, describing the most frequent types of these tumours and their age distribution. Seminoma affects the ages 4-5 years older than those affected by embryonic carcinoma.

With regard to their surgical treatment, the paper describes in detail the technique of orchiectomy by the parainguinal route as the best technique which avoids local recurrence and the general spread of the tumour.

The technique of orchiectomy by the transscrotal route is not recommended, since it gives a high proportion of local relapses. Of the 20 patients operated by that technique, 7 (35%) had local relapses.

Résumé

ETUDE SUR LES TUMEURS TESTICULAIRES MALIGNES PENDANT LES ANNEES

Dans cet article il est décrit tumeurs testiculaires plus souvent rencontrées ainsi que l'âge plus fréquemment atteint par ces tumeurs. La séminome est trouvée plus fréquemment chez des malades plus âgés que la carcinome embryonnaire (différence de 4-5 ans). Il est décrit, en outre, en détail la technique de l'orchectomie par voie parainguinale qui, d'après l'auteur, évite la récurrence locale et la propagation de la tumeur.

L'orchectomie par voie transscrotale n'est pas recommandée à cause des récurrences locales. Dès 20 malades opérés 7 (35%) ont présenté une récurrence locale.

DIAGNOZA RADIOLOGJIKE E HIPERTENSIONIT MUSHKËRIOR NË SËMUNDJET REUMATIZMALE TË ZEMRËS

— MAKSIM ÇELA — ARTAN GODA — ADNAN KASTRATI —
doc. ANESTI KONDILI — doc. SALI BERISHA —

(Klinika e kardiologjisë, Spitali Klinik nr. 1 — Tiranë)

Hipertensioni mushkërior është një gjendje ku presioni në shtratin vazal mushkërior i kalon 20 mm Hg (presion mesatar), ose kur presioni në atriumin e majtë kalon shifrat 6-10 mm Hg (1,4). Është provuar që, pavarësisht nga shkaku etiologjik ai jep ndryshime të rëndësishme në shtratin vaskular, të cilat kapen mirë në radiografinë e drejtpërdrejtë (2,8). Për hipertensionin janë përgjegjës shumë faktorë etiologjikë, si p.sh. defektet septale, valvulopatitë reumatizmale dhe ndryshime të vetë vazave mushkëriore. Kurse nga pikëpamja fizpatologjike dy janë mekanizmat që japin këtë gjendje:

a) çrregullimet e fluksit të gjakut në mushkëri dhe b) rritja e rezistencës në qarkullimin mushkërior (7,8). Ka një bashkëmarrëdhënie të ngushtë ndërmjet pamjes radiologjike dhe ndryshimeve hemodinamike (1,8). Këto ndryshime hemodinamike ndahen në tri grupe kryesore: 1) sëmundje që japin rritje të fluksit mushkërior; 2) sëmundje që japin rritje të rezistencës së kalimit të gjakut në vazat mushkëriore dhe 3) sëmundje që japin ulje të fluksit të gjakut në mushkëri.

Ne do të studiojmë të sëmurët që kanë rritje të rezistencës në qarkullimin mushkërior, të cilët, sipas vendit ku rritet rezistenca (arterie, vena, kapilarë), ndahet në disa nëngrupe me karakteristika të veçanta radiologjike. Me radiografi mushkëriore jo vetëm që përcaktohet shkalla e hipertensionit mushkërior, por merret edhe një informacion i mirë për shkakun etiologjik të procesit (1, 9).

Nga autorë të ndryshëm janë bërë studime, duke krahasuar formën dhe madhësinë e segmentit të arteries mushkëriore me presionin sistolik mushkërior (7). Ne morrëm në studim një grup të sëmurësh me vese reumatizmale, duke përdorur një numër kriteresh radiologjike (rreth 11), për t'i vënë në bashkëmarrëdhënie me ato hemodinamike, në mënyrë që të nxirrej një informacion më i besueshëm për vlerën e shenjave radiologjike në këto grupe sëmundjesh.

Materiali dhe metodika e punës

U morrën në studim 100 të sëmurë me vese reumatizmale të shtruar pranë klinikës së kardiologjisë të Spitalit nr. 1 gjatë viteve 1985-86. 64 ishin femra dhe 36 meshkuj nga mosha 16-48 vjeç. Me stenoze