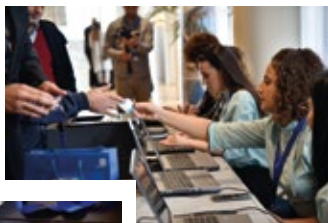


# Kalendari i Aktiviteteve Shkencore dhe Akademike

AMEA



# 2019 ANNUAL REPORT



**Spitali Amerikan - Revolucion në teknologji moderne dhe inovacionet bashkëkohore në shërbimin shëndetësor**

Kjo është një kohë e veçantë në historinë e kompanisë sonë, ndërsa festojmë 15 vjetorin e krijimit të Spitalit Amerikan. Udhëtimin tonë e filluam në vitin 2006, dhe kemi kaluar dekadën duke vazhduar ndërtimin e markës sonë, e cila tashmë është bërë sinonim i ofrimit të shërbimit më cilësor të kujdesit shëndetësor në Shqipëri, rajon e më gjerë.



Duke parë përpara, jemi të përqëndruar në strategjinë e rritjes dhe forcimit të strukturës, por dhe ofrimin e një kujdesi sa të mirë mjekësor, duke sjellë ndryshime pozitive në komunitetet në të cilat punojmë dhe jetojmë.

Unë ju jam mirënjohës për këtë udhëtim dhe, me të vërtetë besoj se më e mira nuk ka ardhur ende.

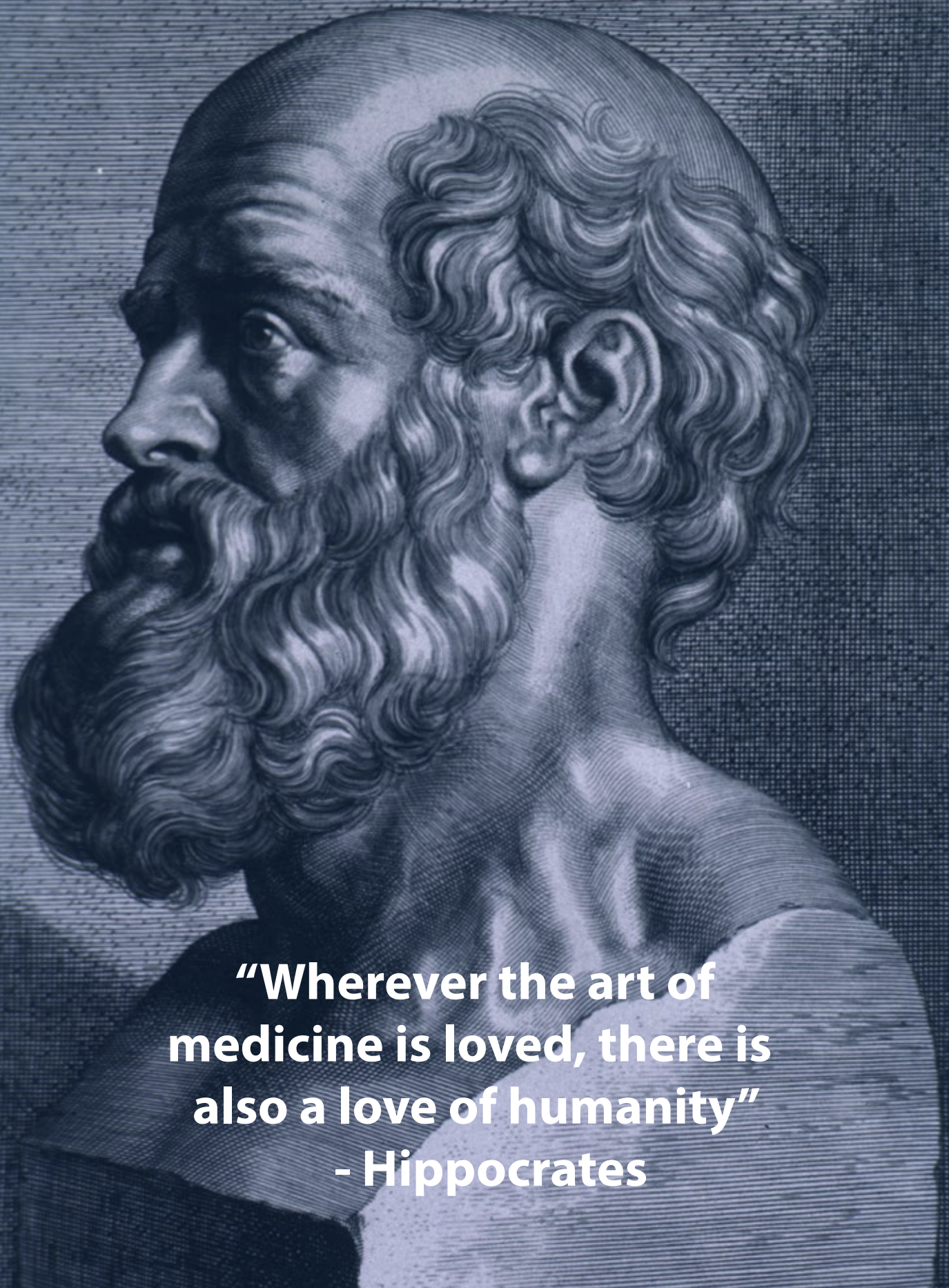
Në rrugën e përmirësimit të vazhdueshëm për të arritur sukses është e rëndësishme që të vazhdojmë të plotësojmë nevojat e kujdesit shëndetësor të komunitetit tonë, të sjellim teste bashkëkohore, aparatura moderne diagnostikuese, një gamë të gjerë shërbimesh, teknologji inovative dhe të promovojmë standarde më të mira të kujdesit. Qëllimi ynë është të gjejmë mënyra sa më të mira për ta bërë kujdesin shëndetësor më të përballueshëm dhe më të arritshëm për njerëzit që u besojnë jetën duarve të profesionistëve tanë.

Suksesi i arritur i atribuohet drejtpërdrejt më shumë se 2200 profesionistëve të shëndetësisë: mjekë të talentuar, infermierë të aftë dhe stafit të përkushtuar organizativ të Spitalit Amerikan. Duke ecur përpara së bashku, është përgjegjësia jonë për të zgjeruar dhe shkëmbyer njohuritë midis ekspertëve mjekësorë dhe po e bëjmë këtë jo vetëm në nivel kombëtar por edhe ndërkombëtar për të qenë koherentë me arritjet e fundit të jashtëzakonshme në fushën e Mjekësisë dhe tendencat e nevojat e së ardhmes.

Platforma e Edukimit në Vazhdim të strukturës ofron mundësi për të përshfaqur zhvillime të reja të rëndësishme, përparimet shkencore në mjekësinë moderne, aritjet e bëra për të shkëmbyer eksperiencë, diskutuar raste dhe risi, për të qenë interaktiv në disiplinat e kujdesit mjekësor dhe performancës klinike.

Jam i sigurt, se secili nga ju do të gjejë veten në aktivitetet tona shkencore, ku risitë dhe të rejat më të fundit të mjekësisë do të diskutohen në to, pasi Edukimi i Vazhdueshëm është pasaporta jonë për të ardhmen!

*Me respekt!*  
*Klodian Allajbeu*  
*CEO – Spitali Amerikan*



**“Wherever the art of  
medicine is loved, there is  
also a love of humanity”  
- Hippocrates**

## Rëndësia e Edukimit të Vazhdueshëm në Mjekësi

Zhvillimi i vazhdueshëm i mjekësisë, risitë teknologjike dhe hulumtimet shkencore mjekësore nënkuptojnë që profesionistët e shëndetësisë duhet vazhdimisht të kenë njohuri mbi të rejtat e fundit në mjekësi.

Një "Edukim i Vazhdueshëm" është thelbësor për t'u garantuar pacientëve një shërbim sa më të cilësor dhe një mjekim sa më të përshtatshëm. Ai përqendrohet në ruajtjen, zhvillimin e njohurive, aftësive dhe marrëdhënieve për të siguruar praktikë profesionale bashkëkohore dhe kompetente me fokus drejt përsosmërisë së kujdesit ndaj pacientit.

Duke qenë se në Spitalin Amerikan parimi kryesor është **"Përmirësimi i vazhdueshëm i cilësisë në kujdesin shëndetësor dhe sigurinë e pacientit"**, që nga viti 2015 ky spital ofron për gjithë mjekët dhe stafin infermieror, laborantët, teknikentët, aktivitete të shumta shkencore si: kongrese, konferenca, uorkshope, simpoziume, seminare, leksione, trajnime etj., në çdo disiplinë të mjekësisë.

Kjo bën që të gjithë profesionistët e shëndetësisë të rinovojnë dhe përmirësojnë aftësitë e tyre që të jenë në gjendje t'i përgjigjen në mënyrë sa më adekuate nevojave të pacientëve, duke ofruar një shërbim cilësor dhe kompetent. Ndryshimet e vazhdueshme në fushën e mjekësisë përfshijnë rritjen e inovacionit në modalitetet terapeutike dhe diagnostikuese, rritjen e bashkëpunimit ndër specialitet dhe shndërrimin e specialiteteve tradicionale jo ndërhyrëse në disiplina ndërhyrëse.

Edukimi në vazhdim është zhvendosur nga përmirësimi i njohurive në përmirësimin e aftësive dhe performancës ndaj pacientit dhe e që të garantojë sukses, duhet të jetë vërtet i vazhdueshëm dhe jo rastësor. Përgjatë këtyre viteve kemi zhvilluar 4 Kongrese Ndërkombëtare Multidisiplinore Mjekësore me mbi 2000 pjesëmarrës nga vendi dhe bota, 19 Konferenca mjekësore, 15 Seminare dhe Leksione infermiore, Uorkshope, Simpoziume dhe trajnime të ndryshme për stafet mjekësore. Por, gjithashtu, Spitali Amerikan ka në qendër të vëmendjes jo vetëm kurimin e pacientëve, por dhe rritjen e kulturës shëndetësore në popullatë përmes trajnimeve, promovimeve dhe takimeve sensibilizuese, ndërgjegjësuese dhe informuese, duke përfshirë dhe të rinjtë e shkollave të mesme në kuadër të rritjes së ndërgjegjësimit kundër patologjive të ndryshme, sidomos atyre onkologjike.

Këto aktivitete shkencore janë padyshim eventet më prestigjioze të mjekësisë moderne bashkëkohore, që përshfaqin nivel të lartë akademik e shkencor e përfaqësohen denjësisht nga elita mjekësore e 30 shteteve të botës si USA, Evropa, Azia, Ballkani, si edhe nga mjekët e trevave mbarë shqiptare. Synimi i tyre është rritja e profesionalizmit së armatës mjekësore jo vetëm të Spitalit Amerikan dhe Hygeia, por edhe më gjerë. Pjesëmarrja i kalon kufijtë e vendit tonë, duke u bërë një qendër reference ku mjekët takohen dhe marrin të rejtat e fundit në disiplina të ndryshme dhe akreditohen nga instituti më prestigjioz në vend

### **Qendra Kombëtare e Edukimit në Vazhdim për Profesionistët e Shëndetësisë.**

Është detyrë e çdo profesionisti të mjekësisë të marrë edukim të vazhdueshëm dhe pa këtë edukim shkencor do të ishte e pamundur që t'u përgjigjet nevojave të pacientëve në mënyrë sa më profesionale, kompetente dhe efektive. Prandaj, Spitali Amerikan duke qenë pararojë në këtë drejtim, ofron mundësi të ndryshme në disiplina të ndryshme.

Gjithashtu, për të dytin vit radhazi për studentët e Fakultetit të Mjekësisë, Spitali Amerikan dhe Hygeia do të ofrojnë **3 (tre)** Bursa për studentët ekselentë deri në përfundim të Fakultetit. Këtë herë këto bursa do t'u ofrohen edhe studentëve ekselentë të trevave mbarë shqiptare nga Kosova dhe Maqedonia e Veriut.

Çdo vit Drejtoria e Strategjisë Akademike dhe Edukimit Mjekësor vjen me një kalendar të mirë përcaktuar dhe së fundmi me Kalendarin e Aktiviteteve Shkencore për Vitin Akademik 2020.

Arritjet e sipërpërmendura, natyrisht janë investim madhor i drejtuesve të strukturës dhe punë kolosale e një grupi të përkushtuar profesionistësh të shëndetësisë, kolegë dhe staf administrativ, që pa bashkëpunimin e secilit këto evente shkencore shumë cilësore nuk do të ishin realizuar!

*Mirënjohje pa fund për secilin prej tyre!  
Spitali Amerikan, kontribut për dijen dhe shkencën!*

**Dr. Shk. Lindita Shosha Mano**  
Drejtore e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor  
Spitali Amerikan



# KALENDARI I AKTIVITETEVE SHKENCORE DHE AKADEMIKE **2019**

2019/ MUAJI	DEPARTAMENTI MJEKËSOR ORGANIZUES KONFERENCA/SEMINARE	MJEK – KORDINATOR
28 SHKURT	<b>Konferenca e Oftalmologjisë</b> Fokus: "Kirurgjia mini-invazive në Oftalmologji"	<i>Teuta Havieri</i>
25 SHKURT	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Zbatimi korrekt i teknikave infermiore në parandalimin e infeksioneve spitalore si mjet për rritjen e sigurisë së pacientëve në spitale"	<i>Edlira Cako</i>
28 MARS	<b>Konferenca e Nefrologji-Kirurgji vaskulare</b> Fokus: "Terapia renale zëvendësuese, sfidat për të ardhmen"	<i>Fiona Nasto-Bledar Hodo</i>
21 MARS	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Roli i infermierëve në menaxhimin dhe edukimin e pacientëve me sëmundje kronike të veshkave"	<i>Anduela Zeka</i>
25 PRILL	<b>Konferenca e Neurologjisë</b> Fokus: "STROKU, faktorët e riskut dhe sfidat e trajtimit të tij"	<i>Zamir Ndroqi</i>
18 PRILL	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Menaxhimi i pacientit pas kirurgjive të mëdha abdominale, një sfidë për pacientin dhe stafin"	<i>Esmeralda Rapo</i>
30 MAJ	<b>Konferenca e Kardiologjisë</b> Fokus: "Emergjencia kardiake, diagnoza dhe trajtimi optimal i tyre"	<i>Nereida Xhabija</i>
23 MAJ	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Ndikimi i sëmundjeve kardiake në cilësinë e jetës së pacientëve"	<i>Anida Zalla</i>
27 QERSHOR	<b>Konferenca e Endokrinologjisë</b> Fokus: "Diabeti 2019: Risitë e fundit në trajtimin e tij"	<i>Entela Puca</i>
20 QERSHOR	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Komplikacionet e hershme dhe të vona që sjellin çrregullimet endokrine kronike në organizmin e njeriut"	<i>Jonida Vrenozaj</i>
25 KORRIK	<b>Konferenca e Hematologji-Histopatologjisë</b> Fokus: "Trajtimi i Mielomës Multiple, kontroll kundrejt shërimit. Transplanti i qelizave burimore Hematopoietike, realitet i ri trajtimi në Shqipëri"	<i>Sotiraj Lako-Leart Berdica</i>
18 KORRIK	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Siguria e pacientit në sallën operatore, menaxhimi infermieror"	<i>Edlira Cako-Arjeta Deda</i>
26 SHTATOR	<b>Konferenca e Onkologjisë</b> Fokus: " Roli i MDT në trajtimin e kancerit"	<i>Emiljana Huti</i>
19 SHTATOR	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Kujdesi infermieror në pacientët e hospitalizuar në njësitë e Kujdesit Intensiv në stadet e fundit të jetës"	<i>Elona Areza-Eugen Ismulli</i>
24 TETOR	<b>Konferenca e Infektivit</b> Fokus "Gripi, parandalimi, ecuria klinike dhe ndërlikimet e mundshme të tij"	<i>Tritan Kalo</i>
17 TETOR	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Sëmundja malinje, menaxhimi infermieror i impaktit fizik dhe psikologjik që shkakton tek pacienti"	<i>Ardita Plaku</i>
23 NËNTOR	<b>MASTERKLAS</b> Fokus : "Trendet aktuale në Kirurgjinë Kolorektale mini-invazive"	<i>Lindita Shosha Mano</i>
19 DHJETOR	<b>Konferenca e Pediatri-Neonatologjisë</b> Fokus: "Debatet dhe kujdesi primar në përditshmërinë e Pediatriisë klinike"	<i>Niketa Koliqi</i>
12 DHJETOR	<b>Seminar infermieror</b> Fokus: "Kujdesi infermieror për nënën dhe fëmijën gjatë dhe pas lindjes së komplikuar"	<i>Brunilda Qose</i>

## KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**  
Drejtoreshë e Strategjisë Akadematike  
dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**  
Drejtoreshë Operacionale  
Spitali Amerikan

## SEKRETARE ORGANIZATIVE

**Albana Mehmeti**  
Kordinatore e Edukimit në Vazhdim

Email: [albana.mehmeti@spitaliamerikan.com](mailto:albana.mehmeti@spitaliamerikan.com)

Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

Mob: 0684032151

**Bordi Editorial AMEA 2019**



**Lindita Shosha Mano**



**Nereida Xhabija**



**Teuta Haveri**



**Entela Puca**



**Edlira Cako**



**Sotiraq Lako**



**Fiona Nasto**



**Emiljana Huti**



**Bledar Hodo**



**Tritan Kalo**



**Zamir Ndroqi**



**Niketa Koliqi**

# KONFERENCA MJEKËSORE E OFTALMOLOGJISË

Organizuar nga Departamenti i Okulistikës së Spitalit Amerikan

**Fokus: "Kirurgjia mini-invazive në Oftalmologji"**

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 Shkurt 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Teuta Haveri



Dr. Mimoza Meço



Dr. Leart Bërdica



Dr. Alketa Tandili



Dr. Alfred Aga



Dr. Marjeta Bilaj



Prof. Dr. Ugo De Sanctis

## PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: Dr. Teuta Haveri

**15:00-15:25**

**Teknika mini-invazive Cross-linking në trajtimin e keratokonusit.**

Dr. Teuta Haveri, Shefe e Departamentit të Okulistikës, Spitali Amerikan.

**15:25-15:50**

**Teknikat mikro-invazive në kirurgjinë e Glaukomës (MIGS).**

Dr. Mimoza Meço, Spitali Amerikan

**15:50-16:15**

**Kirurgjia endoskopike e orbitës dhe rrugëve lakrimale.**

Dr. Alfred Aga, Shef i Departamentit të Kirurgjisë Onkologjike të kokës dhe të qafës, Spitali Amerikan.

**16:15-16:40**

**Aplikimet e membranave amniotike në Oftalmologji.**

Dr. Leart Bërdica, Shef i Departamentit të Anatomisë Patologjike, Spitali Amerikan dhe mjek në Shërbimin e Anatomisë Patologjike QSUT.

**16:40-17:05**

**Kirurgjia e muskulit oblik inferior.**

Dr. Alketa Tandili, QSUT

**17:05-17:30**

**Teknikat e anestezisë në kirurgjinë mini-invazive në Oftalmologji.**

Dr. Marjeta Bilaj (Miraka), Spitali Amerikan

**17:30-17:50**

**Transplanti shtresor i kornesë, një teknikë minimalisht invazive e transplantit.**

Dr. Ugo de Sanctis, Spitali Amerikan

**17:50-18:00**

**Diskutime, Konkluzione**

Kategoria e pjesëmarrësve: mjekë klinikistë, okulistë, patologë, kirurgë, anestezistë, farmacistë, infermierë etj.

## KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**

Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**

Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**

Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**

Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

## Sekretare Organizative

**Albana Mehmeti**

Koordinatorë e Edukimit në Vazhdim

Email: [albana.mehmeti@spitaliamerikan.com](mailto:albana.mehmeti@spitaliamerikan.com)

Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

Mob: 0684032151





Dr. Teuta Haveri



KONFERENCA MJEKËSORE  
E OFTALMOLOGJISË

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 SHKURT 2019 | 15:00 - 18:00



Prof. Dr. Ugo de Sanctis



KONFERENCA MJEKËSORE  
E OFTALMOLOGJISË

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 SHKURT 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Alfred Ajo



KONFERENCA MJEKËSORE  
E OFTALMOLOGJISË

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 SHKURT 2019 | 15:00 - 18:00

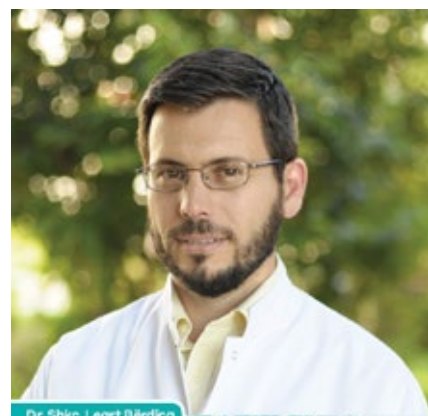


Dr. Mimosa Meço



KONFERENCA MJEKËSORE  
E OFTALMOLOGJISË

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 SHKURT 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Shkëlqim Leart Bërdica



KONFERENCA MJEKËSORE  
E OFTALMOLOGJISË

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 SHKURT 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Marjeta Bëaj (Mirakla)



KONFERENCA MJEKËSORE  
E OFTALMOLOGJISË

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 SHKURT 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Shkëlqim Alketa Tandili



KONFERENCA MJEKËSORE  
E OFTALMOLOGJISË

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 SHKURT 2019 | 15:00 - 18:00

## PO 01 Kirurgjia endoskopike e orbitës dhe rrugëve lakrimale

*Aga A.*

**Hyrje:** Kirurgjia endoskopike naso-sinusale duke filluar nga vitet 90 gjithmonë e më tepër po aplikohet në fusha të ndryshme duke e rritur gamën e indikacioneve. Këtë gjë e vërtetojnë edhe publikimet e shumta që tregojnë vlefshmërinë e kësaj teknike jo vetëm për hundën dhe sinuset paranasale për të cilat u zhvilluan, por edhe për organet përreth këtyre strukturave anatomike si: baza kraniale anteriore, e mesme dhe posteriore, fosa pterigomashelare dhe infratemporale, orbita etj.

Vitet e fundit gjithmonë e më tepër interes po merr trajtimi i patologjive të orbitës dhe të rrugëve lakrimale me anë të kësaj kirurgjie.

**Metoda:** Në këtë punim paraqitet eksperiencia e Spitalin Amerikan në përdorimin e kësaj teknike mikro-invasive. Janë gjithsej 40 raste që nga viti 2013. Në 35 raste është kryer dakriocstorinostomi endoskopike për bllokim të rrugëve lakrimale. Në 3 raste është bërë dekomprimim i orbitës nga muri medial dhe është kryer marrja e biopsisë intrakonale për leziona të dyshimta (1 rast mukormikoze, 1 rast hemangiome dhe 1 rast pseudotumor infamatore) dhe në 2 raste është bërë dekomprimi i orbitës dhe heqje e dhjamit (1 medial dhe 1 lateral) për esoftalmus dhe strabisem nga Basedow.

**Rezultati:** Në të gjitha rastet trajtimi ka rezultuar i suksesshëm pa asnjë komplikacion për pacientin dhe me kohë qëndrimi spitalor shumë të reduktuar.

## PO 02 Kirurgjia e Muskulit Oblik Inferior

*Tandili A.*

**Hyrje:** Veprimi i ekzagjeruar i muskulit Oblik Intern shkakton një ndër llojet e zakonshëm të strabizmit, me pasojë të dukshme ngritjen lart të globit okular, kur syri është në aduksion (kur shikon brenda). Incidenca e kësaj simptome gjendet si shoqëruese e 70 % të rasteve me esotropi dhe 30 % të rasteve me exotropi. Këto 2 raste mund të paraqiten në kuadrin e të ashtuquajturave sindroma A dhe V, të cilat shkaktohen për shkak të disfunksioni të muskulit oblik inferior. Mund të haset edhe si simptom i izoluar duke shkaktuar torticollis. Ekzistojnë 2 tipe të disfunksionit të muskulit oblik inferior: tipi primar (konjenital) i pranishëm që në lindje dhe evidentohet që në vitin e parë të jetës, zakonisht bilateral. Tipi i dytë, i fituar, është unilateral dhe shkaktohet si pasojë e parezës apo paralizës së muskulit oblik superior. Trajtimi i patologjisë është kirurgjikal dhe bazohet në dobësimin e muskulit oblik inferior.

**Metodat:** Disa teknika kirurgjikale janë propozuar deri tani si dezinserimi, ekstirpimi, denervimi, recesioni, myectomy dhe transpozicioni anterior i muskulit oblik inferior. Dobësimi i muskulit Oblik inferior fitoi popullaritet dhe u bë një nga metodat më të përhapura, që kur White dhe Brown e raportuan atë në vitin 1930. Aktualisht myektomia dhe recesioni i Muskulit Oblik Inferior janë teknikat më të përdorura kirurgjikale aktualisht. Anteriorizimi është një tjetër teknikë e fiksimit që rekomandohet të kryhet, sidomos kur hiperaksioni i muskulit Oblik Inferior shoqërohet me DVD (deviacion Vertikal i Disocijuar)

**Rezultatet:** do të paraqisim raste klinike që rezultojnë të suksesshme pas dobësimit të veprimit të Muskulit Oblik Intern kirurgjikalisht. Paraqitja e pacientëve me mosbalancim të veprimeve të muskulit jo vetëm horizontale por dhe vertikale, na ka dhënë shkas në hulumtimin dhe zbatimin e teknikave të ndryshme kirurgjikale për të pasur kirurgji strabizmi me rezultate të suksesshme. Një nga teknikat është dobësimi i veprimit të MOI, të cilin gjatë interventit, pas përparimit me kujdes të Tenonit e izolohet me kujdes dhe e transpozicionojmë pranë MRI.

**Konkluzionet:** Vendosja pothuajse posteriorisht e MOI e bën të vështirë ndërhyrjen kirurgjikale mbi të. Kryerja e hapave me kujdes dhe mënjanimi i hemorragjisë çojnë në rezultate të suksesshme.

## PO 03 Aplikimet e membranave amiotike në Oftalmologji

*Bërdica L., Bushati T.*

**Hyrje:** Membrana amiotike (MA) është shtresa e brendshme e membranave fetale dhe konsiston në 3 shtresa të ndryshme: Epiteli, shtresa bazale dhe stroma. Stroma konsiston në 3 shtresa të tjera të ndryshme në vazhdimësi me njëra-tjetrën por të ndryshme: pjesa kompakte e brendshme, shtresa e mesme fibroblastike si dhe shtresa e jashtme spongioze.

ente, mungesa e imunogjenecitetit si dhe aftësia për të pasur një substrat të shkëlqyer për rritjen, migrimin dhe adezionin e qelizave epiteliale korneale dhe konjuktivale, bën që ajo të përdoret në shumë mënyra për të rritur sipërfaqen e rikonstruksionit ocular në shumë patologji okulare që perfshi-

jnë çrregullimet korneale të shoqëruara me deficite të qelizave burimore të limbusit, kirurgji të rikonstruksioneve konjuktivale, si bartës për ekspansionin ex vivo të qelizave epiteliiale të limbusit, kirurgjive të glaukomës si dhe defekteve apo perforacioneve të sklerës.

**Metoda:** Megjithatë përdorimi pa kufi i MA duhet të kihet kujdes, pasi mund të shfaqen edhe komplikacione, pavarësisht së janë jo të shpeshta. Këto komplikacione përfshijnë transmetimin bacterial, viral ose fungal tek recipienti nëse dhuruesi nuk është kontrolluar më parë në mënyrën e duhur për sëmundje të transmetueshme, nëse MA nuk është procesuar në kushte sterile ose nëse kushtet e ruajtjes janë të papërshtatshme. MA është një material që lehtësisht mund të merret nga dhuruesi, pasi në realitet është një material që shkatërrohet pas lindjes së fetusit, mjafton një konsensus me shkrim për arsye legale. Më pas menjëherë MA dërgohet në një laborator të specializuar të Bankave Indore, ku i nënshtrohet vlerësimit të përshtatshmërisë dhe nëpërmjet një procesi me tre nivele sterilizimi realizohet përzgjedhja e sipërfaqeve të dhura dhe paketimi, pasi është analizuar me mostra bakterologjike dhe virologjike të disallojshme. Konservimi final bëhet në kontenitorë me azot të lëngshëm në temperaturë shumë të ulëta. Më pas, në rast nevojë bëhet dekonxhelacioni për t'u përdorur në rastet konkrete.

**Rezultati:** Vetëm nëse bëhet një selektim shumë i kujdesshëm i rasteve, mund të merren përfitimet maksimale.

#### PO 04 Teknikat e anestezisë në kirurgjinë mini-invazive në Oftalmologji

*Bilaj (Miraka) M., Bako A.*

**Qëllimi:** Qëllimi i këtij studimi është të prezantojmë teknikat bashkëkohore të anestezisë në kirurgjinë mini-invazive në Oftalmologji si dhe të paraqesim eksperiencën tonë pranë Spitalit Amerikan si qendër që ofron shërbimin e anestezisë në kryerjen e të gjitha procedurave oftalmologjike nga kirurgjia e kataraktës deri tek transplantet korneale.

**Përkufizimi:** Kirurgjia oftalmologjike konsiderohet si një nga kirurgjitë më të shpeshta që kërkon anestezi në vendet e zhvilluara. Ajo klasifikohet si më e shpeshta në të moshuarit, një pjesë e madhe e të cilave mund të konsiderohen si kirurgji ditore. Anestezia në procedurat oftalmologjike kërkon njohje të mirë të koncepteve anatomike, farmakologjike dhe fiziologjike për të realizuar strategjinë anestetike. Përgjithësisht, ndërhyrjet oftalmologjike janë konsideruar si me risk të ulët, por pjesa më e madhe e këtyre pacientëve janë kryesisht të moshuar me sëmundje shoqëruese sinjifikante si DM, COPD, CRF, CHF etj., të cilat rrisin riskun e komplikacioneve anestetike. Për këtë arsye vlerësimi preoperator i këtyre pacientëve është shumë i rëndësishëm. Avancimi i teknikave të reja kirurgjikale në teknika gjithmonë edhe me mini-invazive si PhE, ka çuar në përdorimin e teknikave më pak invazive anestetike, duke ulur kështu ndjeshëm komplikacionet anestetike dhe rehabilitimin më të shpejtë të pacientëve. Mjeku anestezi duhet të ketë njohuritë dhe eksperiencën e duhur për të vlerësuar dhe shmangur komplikacionet e ndryshme si OCR, ORR, OER, rritjen e presionit intraokular, hemoragjinë, atakun e panikut dhe ruajtjen e parametrave jetësor. Teknikat anestetike më të shpeshta konsiderohen anestezia topikale, anestezia regionale (më i shpeshti blloku retrobulbar RBB) dhe anestezia gjenerale(GA).

**Materiali dhe metodat:** Janë marrë në studim 214 pacientë ASA I-III që i janë nënshtruar procedurave të ndryshme kirurgjikale oftalmologjike në periudhën 28 Maj 2018 - 28 Nëntor 2018 pranë Spitalit Amerikan 1 dhe korrelimi me teknikat e ndryshme anestetike të përdorura. Pacientët i janë nënshtruar vlerësimit preoperator nga mjeku anestezi dhe mjeku oftalmolog sipas protokollit standard të Spitalit Amerikan. Në sallën operatore (OR) është kryer monitorimi standart sipas ASA. Teknika e anestezisë është përcaktuar sipas llojit të kirurgjisë, preferencës së kirurgut, llojit të pacientit dhe sëmundjeve shoqëruese, eksperiencës së anestezistit për të realizuar strategjinë esenciale të anestezisë, minimizimin e lëvizjeve të pacientit, ruajtjen e presionit intraokular dhe ruajtjen e parametrave vitale.

Ndërhyrjet kirurgjikale të kryera: katarakta 129 pts (60.2%), glaukoma 4pts (1.8%), keratokonus 19 pts (8.9%), DCR 5pts (2.3%), trabismus 3pts (1.4%), pterigion 12 pts (5.6%), vitrectomy RD 9 pts (4.2%), transplant cornea 3 pts (1.4%), procedura të kombinuara 14 pts (6.5%), të tjera 16 pts (7.5%). Pacientët kanë qenë 115 pts (53.7%) (M) dhe 99 pts (46.3%) (F). Grupmosha 0-1 vjec 1pt (0.5%), 1-18 vjec 16 pts (7.5%), 18-70vjec 116 pts (54.2%), >70 vjeç 81 pts (37.8%).

Teknikat e anestezisë të përdorura: Anestezia topikale 185 pts (86.4%), anestezia regionale (RBB) 3 pts (1.4%), anestezia gjenerale (GA) 26 pts (12.1%).

**Rezultati:** Në studimin tonë teknika anestetike më e shpeshtë ka qenë anestezia topikale (86.4%). Mor-

taliteti 0%, konvertim të anesteziës topikale + sedacion në 5 pts 2.3%, luhatje të tensionit arterial në OR të dominuara me NTG (i/v) 21% pa komplikacione të tjera sinjifikante. Pacientët kanë dalë nga spitali në gjendje klinike dhe hemodinamike të mirë.

**Përfundimi:** Menaxhimi i anesteziës në Okulistikë kërkon njohjen dhe familjarizimin me preparatet dhe teknikat e ndryshme bashkëkohore oftalmologjike. Kujdes i veçantë duhet treguar në vlerësimin preoperator, perioperator dhe ndjekjen postoperative të pacientëve për të shmangur komplikacionet e ndryshme dhe për të siguruar reabilitimin sa më të shpejtë të pacientit.

### PO 05 Teknikat mikroinvazive në Kirurgjinë e Glaukomës (MIGS)

*Meço M.*

**Qëllimi:** Prezantimi i disa teknikave mikroinvazive në Kirurgjinë e Glaukomës dhe mundësitë reale të adaptimit të tyre në praktikën klinike.

**Metoda:** Shqyrtimi i literaturës për procedurat mikroinvazive në kirurgjinë e glaukomës: PubMed, Cochrane library. Vlerësimi i efikasitetit dhe profilit të sigurisë, që këto teknika paraqesin. Kombinimi i MIGS me kirurgjinë e kataraktes dhe krahasimi me procedure "solo". Eksperienca jonë përmes prezantimit të disa rasteve klinike. Rezultatet: U shqyrtuan mbi 40 publikime, botime në PubMed, Cochrane Library, Revista Oftalmologjike Internacionale, studime klinike mbi raste klinike të trajtuara me teknika kirurgjikale mikro-invazive (MIGS). Vlerësim specifik sipas çdo kategorie të MIGS (me drenim në kanalin e Schlem, me drenim në hapësirën suprahoroidale dhe me drenim në hapësirën subkonjuktivale). Krahasimi i efikasitetit të procedurave MIGS, të kryera "solo" dhe të kombinuara me kirurgjinë e kataraktes.

Në të gjitha këto studime, konfirmohet efikasiteti i këtyre procedurave mikroinvazive (MIGS), në reduktimin e presionit intraokular, duke çuar në reduktimin e numrit të medikamenteve antiglaukatoze të nevojshëm, e shoqëruar me një profil të lartë sigurie të këtyre procedurave, krahasuar me kirurgjinë tradicionale të glaukomës.

Eksperienca jonë me raste klinike është minimale, duke paraqitur nevojën e zgjerimit të aplikimit të këtyre procedurave. Pengesat kryesore që hasen në Klinikën reale në kushtet aktuale, lidhen me koston e lartë të këtyre procedurave dhe një "learning curve" afatgjatë.

**Konkluzion:** Teknikat mikro-invazive në kirurgjinë e glaukomës (MIGS) kanë profil të lartë sigurie dhe vlerësohen si efektive në reduktimin e presionit intraokular, duke çuar në pakësimin e numrit të medikamenteve, sidomos në stadi të hershme sëmundjes. Kostoja e lartë e këtyre teknikave mikroinvazive mbetet aktualisht një pengese reale, për adaptim më të gjerë të tyre, në praktikën klinike, në kushtet tona.

### PO 06 Teknika mini-invazive Cross-linking në trajtimin e keratokonusit

*Haveri T.*

**Hyrje:** Keratokonusi bën pjesë në sëmundjet degjenerative të kornesë, e cila paraqitet zakonisht rreth moshës së adoleshencës, në trajtën e uljes progresive të pamjes. Shkaku qëndron në hollimin progresiv dhe me arsye të paqarta të kornesë, që sjell për pasojë deformimin e saj, nga sipërfaqe e sheshtë asferike në konike. Si pasojë, shikimi ulet ndjeshëm dhe mprehtësia e pamjes më të mirë të korigjuar (BCVA) reduktohet. Në stadi ekstrem të evolucionit, kornea hollohet shumë dhe rrezikon perforacionin dhe kështu humbjen definitive të pamjes. Prej mëse 10 vjetësh, një metodë minimalisht invazive, e njohur me emrin "corneal cross-linking", e bazuar në aplikimin e Sol. vitaminës B6 dhe rrezeve ultraviolette me gjatësi 365 përdoret me sukses në Spitalin Amerikan për frenimin e progresivitetit të keratokonusit.

**Qëllimi:** Synon të përshkruhen simptomat dhe ankesat kryesore që paraqesin pacientët e prekur nga keratokonusi. Të përshkruhen metoda diagnostikuese e keratokonusit dhe përcaktimi i stadi të tij nëpërmjet topografisë korneale 3 dimensionale (Pentacam); të shpjegohen indikacionet për cross-linking në stadi të hershme 1- 3 dhe për transplant të kornesë në stadi të avancuara >4t.

Qendra e aplikimit: Klinika e Okulistikës Spitali Amerikan Nr.1 Tirana.

**Metoda:** Cross-linking është deri me sot, e vetmja metodë e njohur, minimalisht invazive, që është demonstruar e suksesshme në frenimin e progresit të keratokonusit. Metoda bazohet në aplikimin e solucionit të Vitaminës B6 (riboflavinës) oftalmike, për 30 minuta dhe më pas kornea irradionet me

rrezatim ultraviolet me gjatësi vale 365 nm per 30 minuta. Për të rritur shkallën e depërtimit të solucionit të riboflavinës në stromën korneale, paraprakisht largohet mekanikisht epiteli i kornesë në një rreze 8 mm. Ndërveprimi i këtyre dy faktorëve shkakton rritje të numrit të fibrave gjatësore dhe transversale të kornjese, fenomen i cili jep rritje të fortësisë kornesë dhe të strukturës së saj, duke e bërë me rigide. Një korne e tillë më e fortë nuk hollohet apo deformohet. Me procedurën e cross-linking shoqërohet me mjekim post operator me solucion antibiotic dhe antiinflamator për 3 javë. Pacienti ndiqet pas 1 jave, dhe në periudha të ndryshme kohore rregullisht deri në 5 vjet. Kriteret e ndjekjes janë mprehtësia e pamjes më të mirë me/dhe pakorrigjim (UCVA, BCVA) si dhe parametrat topografike: rrezet e keratometrive korneale më e sheshtë (flattest), më e lartë (steepest) keratometria maksimale dhe pakimetria korneale.

**Rezultatet:** Duke filluar nga muaji i 6-të pas cross-linking vihet re reduktim progresiv i keratometrive maksimale deri në 6 dioptri, keratometrite flattest dhe steepest pësojnë reduktim 2-3 dioptri, pakimetria reduktohet gradualisht me 20 um, fenomen i cili njihet si “corneal shrinking”.

Mprehtësia e pamjes së pa korrigjuar, fillon të rritet gradualisht pas 6 muaj me 1 rresht në tabelën Snellen, ndërsa BCVA deri në 2 rreshta Snellen. Këto ndryshime janë statistikisht të rëndësishme dhe të qëndrueshme edhe pas 5 vjetësh.

**Konkluzion:** Keratokonusi është sëmundje e moshave të reja, me incidencë në rritje në vitet e fundit dhe me pasoja serioze për shikimin. Përdorimi i topografisë korneale 3 dimensionale (Pentacam) mundëson diagnozën e hershme të sëmundjes. Aplikimi i hershëm i procedurës cross-linking, një metodë minimalisht invasive, stabilizon kornenë, e bën atë me rigide, dhe nuk lejon deformimin e mëtejshëm të saj. E aplikuar në stadet e hershme, cross-linking ëshë një procedurë e sigurt dhe pa komplikacione. Rezultatet tona eidentojnë efikasitetin e saj në stabilizimin e strukturës së kornesë dhe frenimin e progresit të keratokonusit. Në stadet e avancuara të keratokonusit, me trashësi shumë të reduktuar të pakimetrisë korneale, çarje në Descemet apo rrezik perforacioni, zgjidhja më e mirë është transplant i kornesë.

## PO 07 Lamellar keratoplasty a mini invasive approach of corneal transplants

*De Sanctis U.*

**Purpose:** To describe the surgical technic of DALK/DSAEK/DMEK. To discuss the corneal pathologies which require corneal transplantation and to explain the advantages of DALK/DSAEK/DMEK in rapport with penetrating keratoplasty (PK) - Choice of DALK/DSAEK/DMEK in keratokonus and other corneal ectasia treatment.

**Material and method:** Describing step by step diagnose and decision for keratoplasty. Reasons for choosing the type of corneal transplantation (Lamellar or PK).

**Discussion:** DALK/ is a partial-thickness cornea transplant procedure that involves selective transplantation of the corneal stroma, leaving the native Descemet membrane and endothelium in place. DSAEK/DMEK is another approach of lamellar corneal transplant that are focused of replacing only the endothelium, the inner part of the cornea, saving the stroma and epithelium of the patient. A trephine of an appropriate diameter is used to make a partial-thickness incision into the patient's cornea, followed by pneumodissection or manual dissection of the anterior stroma. This is followed by placement of a graft prepared from a full-thickness punch in which the donor endothelium-Descemet membrane complex has been removed. The intention is to preserve the patient's Descemet membrane and endothelium. DALK is useful for processes involving the corneal stroma in the presence of healthy endothelium.

**Result:** Because it is not a full-thickness procedure, the resultant wound is stronger than that of a PK. Leaving the host endothelium intact significantly decreases the risk of endothelial rejection. DSAEK/DMEK is realized after removing the endothelium of the patient and applying the donors descemet against the patients stroma by an air bubble.

It is mostly indicated for endothelial dystrophy, keratopathia bulosa etc.

Both techniques of lamellar keratoplasty are focused in preserving some original tissue of the patient that decrease significantly the rejection rate and increase the time survival of the graft. Also a quicker and better rehabilitation in visual acuity is seen.

Drejtoria e Strategjisë Akademike dhe Edukimit Mjekësor

# KONFERENCA MJEKËSORE NEFROLOGJI-KIRURGJI VASKULARE

Fokus: "Terapia renale zëvendësuese, sfidat për të ardhmen"

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
28 Mars 2019 | 15:00 - 18:00



## PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: Dr. Shk. Arjana Strakosha, Dr. Fjona Nasto

**15:00-15:20 - Indikacionet dhe koha e fillimit të Terapisë Renale Zëvendësuese tek Insuficenca Renale Akute.**

Dr. Elvana Rista  
Shefe e Departamentit të Nefrologjisë, Spitali Hygeia

**15:20-15:40 - Menaxhimi i anemisë në SRK.**

Dr. Nasian Mosku  
Mjek pranë Qendrës së Dializës, Spitali Rajonal Korçë

**15:40-16:00 - Trajtimi i Flakjes Akute tek pacientët e transplantuar renal.**

Dr. Arjeta Dedej  
Mjeko Nefrologe, Spitali Amerikan

**16:00-16:15 - Vlerësimi me Echo Doppler si ekzaminim i domosdoshëm në periudhën post-transplant.** Dr. Adriatik Daku

Mjek radiolog, Spitali Amerikan

**16:15-16:35 - Edukimi multidisiplinor i pacientëve me sëmundje renale kronike.**

Dr. Shk. Dhurata Golemi  
Shefe e Departamentit të Nefrologjisë, Spitali Rajonal Shkodër

**16:35-16:50 - Komplikacionet afatshkurtra dhe afatgjata të katetereve të Hemodializës.**

Dr. Fjona Nasto  
Shefe e Departamentit të Nefrologjisë, Spitali Amerikan

**16:50-17:10 - Aksesit vaskular tek pacientët me Hemodializë.**

Dr. Bledar Hodo  
Mjek Kirurg kardiovaskular, Spitali Amerikan

**17:10-17:30 - Përmirësimi i Anemisë renale me EPO humane rekombinante tek pacientët me Insuficiencë renale në program të Hemodializës.**

Dr. Mimoza B. Ukimeraj  
Mjeko Nefrologe, Qendra Klinike Universitare, Prishtinë, Kosovë

**17:30-17:50 - Sfidat e trajtimit të hiperparatiroidizmit sekondar tek pacientët me sëmundje renale kronike.**

Dr. Denada Haxhiu  
Mjeko Nefrologe, Spitali Amerikan

**17:50-18:00 - Diskutime, Konkluzione**

Kategoria e pjesëmarrësve: mjekë klinikistë, nefrologë, kirurgë, okulistë, patologë, anestezistë, farmacistë, infermierë, etj.

Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association

## KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**  
Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**  
Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

## Sekretare Organizative

**Albana Mehmeti**  
Koordinatorë e Edukimit në Vazhdim

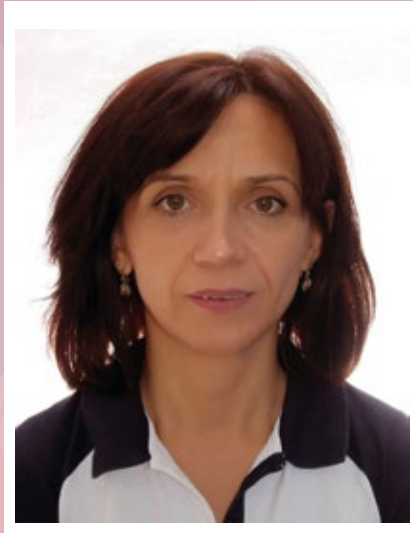
Email: [albana.mehmeti@spitaliamerikan.com](mailto:albana.mehmeti@spitaliamerikan.com)

Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

Mob: 0684032151



*Dr. Fjona Nasto*



*Dr. Shkë. Dhurat Golemi*



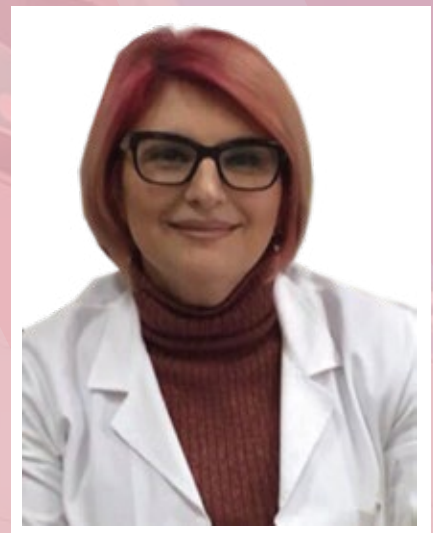
*Dr. Arjeta Dedej*



*Dr. Nasian Mosku*



*Dr. Denada Haxhiu*



*Dr. Mimoza B. UkimeraJ*



*Dr. Bledar Hodo*



*Dr. Elvana Rista*



*Dr. Adriatik Daku*

**PO 08 Vlerësimi me Echo Doppler si ekzaminim i domosdoshëm në periudhën post transplant***Daku A.*

**Hyrje:** Transplanti i veshkave është trajtimi i zgjedhur për menaxhimin e pacientëve me sëmundje renale kronike në fazën përfundimtare. Duke iu nënshtruar një procedure shumë kirurgjikale, marrësit e transplantit të veshkave mund të përfitojnë nga ndjekja e imazhit dhe strategjitë e monitorimit.

Echo dopleri konsiderohet si test i imazhit kryesor në vlerësimin e transplanteve renale. Është një ekzaminim lehtësisht i zbatueshëm edhe pranë shtratit të pacientit që mund të zbulojë komplikacione të mundshme dhe të drejtojë imazhin ose ndërhyrjen e mëtejshme. Në këtë rishikim të imazhit, ne paraqesim informacione thelbësore lidhur me tiparet sonografike të transplanteve të sukseshem të veshkave, duke detajuar teknikën kirurgjikale dhe si ndikon në anatominë.

Ne përqendrohemi në komplikacione të ndryshme që ndodhin pas transplantimit të veshkave dhe tipareve të tyre sonografike duke shqyrtuar burimet përkatëse të literaturës dhe arkivat tona të imazheve. Në protokollin e spitalit tonë – Spitali Amerikan - një echo dopler i parë kryhet në 24-48 orët e para të transplantimit. Një protokoll i hollësishëm i ekzaminimit përfshin madhësinë renale dhe echogenicitetin, sistemin e kolektor, gjendjen ureterit dhe vlerësimin e çdo koleksioni postoperative.

Kontrolli i parë identifikon çdo komplikacion të hershëm që mund të duhet të ndiqet urgjentisht për të siguruar transplantin. Ekzaminimi me ngjyra Doppler lejon vlerësimin e shpejtë të të gjithë perfuzionit arterial të veshkave dhe atë venoz. Gjithashtu, ai lejon vizualizimin e arteries renale kryesore me ndarjet e saj të mëparshme dhe të pasme, arteriet segmentare, interlobare arkuate dhe venat korresponduese brenda graftit. Arteria kryesore renale tregon formën normale valë Doppler me shpejtësi të rrjedhjes që varion nga 20 deri në 52 cm / sek. Indeksi rezistencës (RI) përdoret si matje e rezistencës ndaj rrjedhës arteriale brenda shtratit vaskular të veshkave. Një RI më pak se 0.7 në 0.8 konsiderohet normale dhe nëse RI tejkalon 0.8, është një tregues i mosfunksionimit të transplantit.

**PO 09 Trajtimi i Flakjes akute tek të sëmurët me sëmundje renale kronike***Dedej A.*

Pacientët me sëmundje renale kronike kanë si mundësi trajtimi: hemodializën, dializën peritoneale dhe transplantin renal. Transplanti renal është trajtimi i preferuar për këta pacientë për gjithë impaktin social por edhe ekonomik. Flakja akute (FA) është një ndërlikim i zakonshëm në transplantin renal megjithë shtimin e imunosupresorëve të rinj në terapinë e këtyre pacientëve. Është shkaku kryesor i Disfunksionit të Allograftit. Në disa raste allografti nuk arrin ta rimari funksionin me gjithë terapinë maksimale kundër flakjes, duke dhënë kështu humbje të tij. Flakja akute shoqërohet me mbijetesë të reduktuar të transplantit, duke ndikuar kështu dhe në jetëgjatësinë e këtyre pacientëve. Flakja mund të ndodhë brenda disa orëve pas ndërhyrjes dhe kategorizohet si flakje sub-akute në më pak se tre muaj flakje akute ose pas tre muajsh të transplantimit flakje kronike.

Transplantet me donator të gjallë, me lidhje familjare brenda të njëjtës racë, duke u kompletuar dhe me gjithë protokollin e ekzaminimeve të përputhshmërisë (HLA+Crossmatch) dhe në sajë të terapisë me imunosupresore të filluar përpara ndërhyrjes, ulin në maksimum mundësinë e flakjes sub-akute.

Trajtimi i flakjes hiperakute është Nefrektomia.

Përsa i përket flakjes akute, trajtimi është me pulse metilprednisolon, ATG, plazmaferezë dhe rrallë herë nefrektomi si për flakjen hiperakute.

Ndërsa trajtimi për flakjen kronike nuk është specific d.m.th. varet nga shkaktarët që mund të jenë DSA ab, toksiciteti nga ciklosporina dhe tacrolimus, stenoza a.renale, glomerulonefrit de novo, etj.

Eksperinca për flakjet në Spitalin Amerikan është në shifra shumë të ulëta. Tashmë janë kryer 170 transplante gjithsej dhe pacientë me flakje hiperakute nuk rezultojnë asnjë, ndërsa pacientë me flakje akute rezultojnë 18, pra rreth 10.8 %, shifër kjo e ulët e krahasuar me statistikat mbarëbotërore. Për pacientët me flakje kronike nuk ka statistika të sakta, pasi pacientët janë të shpërndarë në qendra të ndryshme për ndjekje. Do të paraqisim protokollin e diagnostikimit dhe të trajtimit të rasteve me flakje akute dhe raste specifike konkrete.

**PO 10 Akseset vaskulare tek pacientët e dializës***Hodo B.*

Planifikimi i aksesit vaskular është një hap i rëndësishëm për pacientët që fillojnë hemodializën. Për të kryer një seancë hemodialize efektive është e rëndësishme rruga që përdoret për të kryer qarkullimin e gjakut nga pacienti në aparatit të hemodializës. Më poshtë do trajtojmë akseset vaskulare që përdorim sot.

Tre janë akseset vaskulare: Fistul arterio-venoze, Graft arterio-venoz dhe Kateter.

Zgjedhja e parë dhe më e mira është Fistula Arterio-Venoz (FAV). Hapja e FAV duhet kryer një ose dy muaj para fillimit të hemodializës për arsye se duhet një periudhë kohore 1-3 muaj që të jetë në gjendje të përballoj hemofiltrimin. Vendi ku bëhet fistula zgjidhet në bazë të kualitetit të venës dhe arteries pasi vlerësohen me eko Doppler. Diametri i venës >2mm dhe diametri i arteries >1.6mm janë dy parametra të rëndësishëm për planifikimin e FAV. Sipas guidelineeve tre janë akseset më të përshtatshme: parakrahu (FAV radio-cefalike), bërryli (FAV brakio-cefalike) dhe krahu (FAV brakio-bazilike). Fistula më e mirë konsiderohet ajo në nivelin e kyçit, për arsye



se është më e thjeshtë për t'u formuar, komplikacionet janë minimale dhe funksionimi afatgjatë është shumë më i mirë. Sipas literaturës në fund të vitit të parë 56-79% e fistulave distale dhe 70-84% e fistulave proksimale janë funksionale. Sipas guidelineeve që një fistulë të jetë gati për ndërhyrje duhet: fluksi i venës >600mL/min, diametër i venës >0.6cm dhe vena duhet të jetë jo më thellë se 0.6cm.

Hapi i dytë është vendosja e grafitit arterio-venoz. Në rastet kur venat nuk janë të përshtatshme për FAV, përdoret graft sintetik me diametër 6mm ose 7mm për të lidhur arterien me venën e përshtatshme. Arteria dhe vena ku planifikohet vendosja e grafitit duhen vlerësuar me Eko Doppler për të evituar ndonjë stenoz ose tromboz të mundshme. Sipas literaturës diametri i venës ku do vendoset grafti duhet të jeteë >4mm. Duhet 3-6 javë kohë që grafiti të jetë i përshtatshëm për përdorim.

Kateteret venoze centrale janë zgjedhja më e mirë në rastet kur pacienti duhet të futet në dializë sa më parë, ose kur planifikohet transplant për një kohë të shkurtër. Vendet më të preferuara janë v.jugulare interna, v.femorale dhe v.subklavia. Vendosja e kateterit këshillohet të bëhet me ndihmën e eko's për të qenë sa më të saktë dhe për të evituar komplikacionet që mund të ndodhin. Komplikacionet shkaktuar nga kateteri janë të shumta si: hematomat lokale, dëmtim i venave, pneumotoraks, trombozë e venave, infeksion (endokardit), stenozë të venave, tromboemboli pulmonare etj.

## **PO 11 Sfidat e trajtimit të hiperparatiroidizmit sekondar tek pacientët me sëmundje renale kronike**

*Haxhiu D.*

**Hyrje:** Hiperparatiroidizmi sekondar është një komplikacion i zakonshëm i Sëmundjes Renale Kronike, që karakterizohet nga hipersekretimi i parathormonit dhe hiperplazia e paratiroides. Patogjeneza është komplekse dhe përfaqëson një përgjigje kompensatore ndaj niveleve të reduktuara të kalciumit serik, vitaminës D aktive dhe niveleve të rritura të fosforit serik. Manifestimet klinike karakterizohen nga dhimbje të kockave dhe muskujve, dobësi trupore dhe kufizim të lëvizjeve, fraktura, prurit, kalçifikime vaskulare etj.

**Qëllimi:** Ky studim synon të përcaktojë prevalencën e hiperparatiroidizmit sekondar në qendrën e hemodializës së Spitalit Amerikan Tirana 3.

**Metodat dhe materialet:** Studimi është deskriptiv i realizuar tek 63 pacientë të trajtuar me hemodializë kronike 3 herë në javë në qendrën tonë të hemodializës në periudhën Janar 2018 - Dhjetor 2018. Të gjithë pacientëve i është dozuar niveli serik i PTH (dy herë në vit), Vit D (një herë në vit), fosforemisë dhe kalçemisë (çdo muaj).

**Rezultatet:** Në studim u përfshinë 63 pacientë nga të cilët 21 ishin femra dhe 42 meshkuj. Metodatat e trajtimit të pacientëve janë: Kufizimin dietik i fosforit, trajtimi me medikamente me lidhësit e fosforit, analogët e Vitaminës D aktive dhe kalcimimetiket. Vetëm një rast është trajtuar me paratiroidektomi. Rezultoi se 25.4% e pacientëve kishin  $PTH \leq 150$  pg/ml, 23.8% ishin me nivele të pranueshme të PTH (150-300 pg/ml), 19% e pacientëve kishin  $PTH (300-600$  pg/ml), 14.3% e pacientëve rezultuan me  $PTH (600-1000$  pg/dl) dhe 17.5% e tyre rezultuan me  $PTH \geq 1000$  pg/dl.

**Konkluzione:** Vihet re një prevalencë e lartë e pacientëve me vlera të PTH mbi 1000 pg/dl pavarësisht trajtimit me medikamente. Nëse nuk trajtohet në mënyrë adekuate hiperparatiroidizmi sekondar përparon në mënyrë të pandalshme dhe reflektohet me rritjen e niveli i PTH në raport të drejtë me numrin e viteve në dializë.

## **PO 12 Edukimi multidisiplinor i pacientëve me sëmundje renale kronike**

*Golemi Dh.*

**Hyrje:** Ngarkesa e sëmundjes renale kronike (SRK) është prezente dhe është e shoqëruar me morbozitet, mortalitet dhe kosto të lartë të kujdesit shëndetësor. Edukimi multidisiplinor Predializë (EMP) i pacientëve me SRK është në fokus të shumë studimeve.

Shumë prej tyre tregojnë që edukimi ndikon në uljen e shkallës së filtracionit glomerular (ShFG), zgjat kohën për fillimin e dializës dhe përmirëson prognozën afatgjatë të pacientit.

**Metoda:** Gjatë periudhës 2015- 2017 në Shërbimin e Poliklinikës të gjithë pacientët me SRK me  $ShFG, 15$  ml / min <  $ShFG < 60$  ml/min (stadi III – IV) janë përfshirë në studim dhe u ofrohet të gjithë pacientëve EMP.

Ndahen në dy grupe: grupi që përfshihet në EMP dhe grupi që nuk përfshihen në të. Ne krahasuam rënien e filtracionit glomerular, incidencën e fillimit të dializës dhe mortalitetin në dy grupet. EMP u zhvillua në bazë të udhërrëfyesve NKF/ DOQI.

**Rezultatet:** Gjithsej 120 pacientë, 60 të përfshirë në EMP dhe 60 që nuk marrin pjesë në EMP. Kohëzgjatja e studimit 24 muaj. Ulja mesatare vjetore e filtracionit glomerular ishte 1.4 ml/min ndaj 2.5 ml/min në grupin EMP, krahasuar me grupin jo EMP. Dializa u fillua në 1.7% krahasuar me 2,5 % në grupin jo EMP. Vdekshmëria ishte 1.7% dhe 8.3% në EMP ndaj jo EMP.

**Konkluzionet:** Një program eficient i standartizuar zgjat progresionin e SRK, ul incidencën e dializës dhe redukton morbozitetin dhe mortalitetin nga të gjitha shkaqet në pacientët me SRK.

## **PO 13 Indikacionet dhe koha e fillimit të terapisë renale zëvendësuese tek Insuficenca renale akute**

*Rista E.* **Hyrje:** Tradicionalisht, insuficenca renale akute është përkufizuar si një rënie e shpejtë (prej disa orësh deri disa javësh) dhe zakonisht e rikthyeshme e shpejtësisë së filtracionit glomerular.

Insuficenca Renale Akute (IRA) gjatë hospitalizimit është e shoqëruar me ditëqëndrim të zgjatur në spital, morbiditet dhe mortalitet të rritur.

Në pacientët që trajtohen në njësinë e kujdesit intensiv dhe komplikohen me IRA, e cila kërkon terapi renale zëvendësuese (TRZ), shkalla e mortalitetit të raportuar varion nga 40-60%.

Fillimi i dializës në IRA parandalon gjendjen e uremisë dhe vdekjen nga komplikacionet e insuficencës renale. Metoda: Indikacionet urgjente përfshijnë mbingarkesën volumore refraktare ndaj diuretikeve, hiperkaliemi severe, shenjat e uremisë siç janë perikarditi, encefalopatia, rënia e statusit mendor e pashpjeguar nga probleme të tjera, acidoza metabolike e rëndë, disa alkole të caktuara dhe intoksikimi nga medikamente të dializueshme.

Koha e fillimit të TRZ është shumë e rëndësishme. Fillimi i hershëm i TRZ ofron stabilizim më të shpejtë të elektroliteve dhe ekuilibrit acido-bazik, kontroll më të mirë të komplikacioneve të uremisë dhe mbingarkesës volumore, por, ka dhe disa komplikacione të cilat janë të dyshimta në lidhje me fillimin e hershëm të TRZ pa pasur indikacione të qarta. Pacientet të cilët do të fillojnë dializën duhet të pajisen me kateter venoz central, ekspozimin e gjakut në qarkullim ekstrakorporal, antikoagulim dhe më e rëndësishmja ndryshimet hemodinamike jatrogjenike mund të çojnë në vonesë të procesit të rikuperimit të funksionit të veshkës.

Problematika në lidhje me kohën më të përshtatshme për fillimin e TRZ është prioritet në fushën kërkimore të sëmundjeve renale.

**Konkluzione:** Përfundime të shumë kërkimeve të rëndësishme nuk kanë demonstruar përfitime nga fillimi i hershëm i TRZ. Gjithashtu, të dhënat nuk sigurojnë superioritet të terapisë continua nga ajo intermitente.

#### PO 14 Kateteret e Hemodializës

*Nasto F.*

**Hyrje:** Kateteret e hemodializës janë konsideruar si një “e keqe e domosdoshme”. Ato sigurojnë një qasje të menjëhershme dhe të besueshme për pacientët me hemodializë, prandaj përdorimi i tyre po rritet vazhdimisht.

Kateteret e dializës përdoren ose si zgjidhje e përkohshme ose si e përhershme, ndërsa pacientët presin për maturimin e fistulës ose transplantin e veshkave. Komplikimet që lidhen me aksesin e dializës, dhe sidomos me kateteret e dializës, janë në rritje, pasi pacientët me diagnozë me sëmundjen renale të fazës së fundit (ESRD) po rriten si në moshë, ashtu edhe në bashkë morbiditet.

Pacientët e hemodializës aktualisht kanë norma të larta morbiditeti dhe vdekshmërie.

Komplikimet kryesore që lidhen me kateteret e hemodializës përfshijnë trombozat dhe veshjen me fibrinë, stenozen qendrore të venës dhe okluzionin, si dhe infeksionet. Rrjedhimisht, dizenjimet më të reja të kateterit që synojnë të trajtojnë këto çështje, janë zhvilluar me risitë mbi produktet ekzistuese.

Tromboza dhe veshja e fibrinës mund të çojnë në hemodializë joadekuate, kryesisht duke prishur rrjedhën dhe duke kufizuar hyrjen përmes lumenit arterial. Shkëmbimi i kateterit ose zhveshja e fibrinës mund të përmirësojnë rrjedhën, por, gjithashtu, paraqesin rrezik të mëtejshëm për komplikimet e ardhshme. Vetë anti trombogjenike e një kateteri mund të jetë të rëndësishme për jetëgjatësinë, duke marrë parasysh që thrombi dhe formimi i qafës së fibrinës fillojnë sa më shpejt që 24 orë pas futjes. Zhvillimi i vazhdueshëm i biomaterialeve të kateterit, veshjet dhe hartat tip, reflekton nevojën për qëndrueshmëri më të mirë, pasi koha mesatare e qëndrimit është pak më shumë se dy muaj. Shumica e largimeve të paplanifikuara të kateterit janë për shkak të infeksionit dhe funksionimit të dobët. Rezultati: Do të paraqesim eksperiencën tonë përgjatë një viti në 8 (tetë) qendra hemodialize. Pacientët janë paraqitur kryesisht pa asnjë akses vaskular dhe kateteret si akses vaskular janë mbajtur për rreth një vit, ku gjatë kësaj kohe pacienti ka qenë në listë pritje për hapjen e një aksesit tjetër vaskular. Kjo ka rritur komplikacionet e këtyre pacientëve dhe përqindjet e morbiditetit dhe mortalitetit.

#### PO 15 Përmirësimi i anemisë renale me EPO humane rekombinante tek pacientët me Insuficiencë renale në program të hemodializës

*Ukimeraj B. M1., Hasangjekaj V.<sup>1</sup>, Ukimeraj Z. A.<sup>2</sup>, Rudhani I.<sup>1</sup>*

**Hyrje:** Në të sëmurët me sëmundje renale kronike, shoqëruesja më e shpeshtë është anemia renale. Anemia renale vjen si rezultat i mungesës së eritropoietinës dhe janë veshkat ato që kanë aftësi të madhe në sintetizimin e saj, diku mbi 90%. Zakonisht, kjo anemi është normokrome dhe normocitare në përshkrimin e strishos periferike. Eritropoietina është hormon që kontrollon eritropoezën gjerësisht prodhimin e eritrociteve. Është një citokinë (proteinë sinjalizuese molekulare) për eritrocite prekursorë në palcën kockore. Njihet edhe me emrat hematopoetina, hemopoetina apo edhe me shkurtësën ndërkombëtare EPO. Eritropoietina ekzogjene prodhohet me teknologji të rikombinimit të ADN-së tek kulturat qelizore. Intervenimi me kohë me Eritropoietine rekombinante humane dhe mbajtja e vlerave optimale luan rol të rëndësishëm në kualitetin e jetës dhe mbijetesës së këtyre të sëmurëve. Anemia sipas OBSH përkufizohet me ulje të koncentrimin të Hgb <13.0 gr/dl te meshkujt dhe <12.0gr/dl te femrat.

**Qëllimi i studimit:** Përcjellja e parametrave kliniko –laboratorike të eritrociteve, hemoglobinës, hematokritit pas aplikimit të beta-eritropoietinës s/c si dhe mbijetesës së të sëmurëve me IRK në dializë varet nga aplikimi i EPO beta

s/c. Janë përfshirë në studim moshë mbi 18 vjeç. Gjithashtu, të gjithë pacientët janë në program të rregullt të hemodializës në periudhë 24 mujore - koha e trajtimit në hemodializë mbi 12 muaj. Mbledhja e të dhënave u krye, duke u bazuar në të dhënat e dokumentuara të sëmurëve në hemodializë, në anamnezën e tyre si dhe në vlerësimin klinikolaboratorik të tyre. Të gjithë janë trajtuar me Epo beta s/c. Intervalet e injektimit janë tri herë në javë, dy herë në javë ose një herë në javë me 2000UI s/c pavarësisht nga indikacioni.

**Metodat:** Punimi është realizuar tek të sëmurët e Klinikës së Nefrologjisë me Hemodializë në QKUK Prishtinë. Numri i rasteve të përfshira në studim janë 80 raste raporti në mes femrave dhe meshkujve është: 41 meshkuj (51.2%) dhe 39 femra (48.8%). Përsa i përket grupmoshës së të sëmurëve, moshë mesatare është në mes 48-67 vjeç, më e vogla 23 vjeç dhe më e madhja 77 vjeç. Moshë mesatare femra  $61 \pm 9.6\%$ , meshkuj  $55.9 \pm 12.8$ . Kohëzgjatja e trajtimit me Hemodializë ka zgjatë prej minimum 5 vite dhe maksimum 17 vite. Te këta të sëmurë me Nefriti Kronik janë gjithsej 38 (47.5%) raste, Diabet Melit dhe NPD 27 (33.8%) raste, Hipertension Arterial dhe CMP hipertensive gjithsej 12 (15.0%) raste, Nephropathia obstructivae obsCa 1 (1.3%) raste, Syndroma nephroticum 1 (1.3%) raste dhe Nephrolithiasis bill gjithsej 1(1.3%).

**Rezultatet:** Si një prej parametrave të mundshëm për të dëshmuar efikasitetin e Epo-së kemi vlerësuar ndryshimin e numrit mesatar të eritociteve, Hgb, Hct, leukociteve, trombociteve dhe Fe në periudhën 24 mujore, çdo gjashtëmujor, gjithsej katër matje krahasuese. Numri mesatar i Eritrociteve dhe Hgb sipas katër gjashtëmujorëve, si vlerë bazike ka qenë gjashtëmujori i parë, kështu që numri i eritociteve dhe Hgb ka treguar rritje në gjashtëmujorin e katërt, krahasuar me gjashtëmujorin e parë të të gjitha grupeve krahasuese. Gjatë periudhës dy vjeçare vlerat e Eritrociteve kanë qenë vlerat min  $2.20 \times 10^6$ mm dhe kanë arritur max eritrocitet  $3.57 \times 10^6$ mm, te hemoglobina kanë qenë vlerat min Hgb74 g/dl dhe max Hgb 118g/dl. Vlerat mesatare te Hct kanë treguar rritje variabile krahasuar me gjashtëmujorin e parë. Rritje mesatare është shënuar në gjashtëmujorin e tretë dhe katërt vlerat min Hct 20.4% dhe max Hct 35.0%. Vlerat e hekurit kanë treguar lëvizje variabile me rritje në gjashtëmujorin e dytë dhe atë të katërt. Vlerat min Fekane 7.21, kurse Fe max 27.95. Të sëmurët janë trajtuar me preparate të hekurit sipas protokollit.

**Përfundimi:** Sipas rezultateve të hulumtimit kemi arritur të deshmojmë efikasitetin e Eritropoetinës beta me mënyrë administrimi s/c. Rezultatet e hulumtimit tonë janë të pranueshme. Bazuar në Udhërrëfyesin e Asociacionit Evropian në studimin tonë, dallimi i vetëm sinjifikant ka qenë te administrimi i dozimit mesatare javore i Epo-së. Trajtimi i anemisë renale me Epo ekzgjene humane rekombinante, çon në përmirësimin e një serë parametrash klinike, përmirëson kualitetin e jetës dhe zvogëlon mortalitetin.

## PO 16 Menaxhimi i anemisë në SRK

Mosku N.

**Hyrje:** Menaxhimi i pacientëve në hemodializë është kompleks dhe kërkon vëmendjen e duhur. Problematika më e rëndësishme tek pacientët me hemodializë është krijimi dhe ruajtja e aksesit vaskular. Pas kësaj vijnë të tjerat me radhë si ruajtja e shëndetit të kockave, trajtimi i anemisë sekondare që vjen nga SRK, ruajtja e funksionit kardiak, menaxhimi i tensionit arterial, ruajtja e balancës hidroelektolitike.

**Metoda:** Këtu do trajtojmë menaxhimin e anemisë te pacientët me SRK.

Anemia përkufizohet si një gjendje, në të cilën sasia ose cilësia e eritrociteve është nën kufijtë e poshtëm të normës sipas kategorive të caktuara. Pacientët me SRK janë të predispozuar të vuajnë nga anemia për disa arsye: Ulja e prodhimit të EPO, deficienca funksionale dhe/ose absolute ne hekur, humbjet kronike të gjakut në setet e aparatit të hemodializës etj.

Disa nga pasojat e anemisë nëse nuk trajtohet janë: ulje të përdorimit të oksigjenit, rritje të debitit kardiak dhe probablisht hipertrofi të ventrikulit të djathtë, ulje të përqëndrimit dhe aftësive konjitive, ulje të forcave imunitare, etj.

**Konkluzion:** Trajtimi i kësaj lloj anemie ka sfidat e veta. Pikë së pari, duhen përjashtuar shkaqet e tjera që sjellin anemi. Administrimi i hekurit dhe agjenteve stimulues të eritropoezës duhet të ndiqet me teste që tregojnë efektshmërinë e tyre. Rezistenca ndaj këtyre të fundit është një koncept i ri që po futet në këtë kategori pacientësh.

Në dekadat e fundit një rëndësi gjithmonë e më e madhe, po i jepet rolit të deficiencës së hekurit në këtë lloj anemie.

Tek pacientë me SRK ekziston një gjendje inflamatore kronike komplekse që e bën të vështirë diagnozën e deficiencës së hekurit, sidomos kur përdoren markerat klasike si sideremia, TIBC apo ferritinemia. Në vitet e fundit vëmendja është zhvendosur të shenjuesit e rinj të deficiencës në hekur.

Drejtoria e Strategjisë Akademike dhe Edukimit Mjekësor

# KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Fokus: "STROKU, faktorët e riskut dhe sfidat e trajtimit të tij"

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



## PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatorë: Prof. Dr. Mentor Petrela, Prof. Asc. Zamir Ndroqi

### 15:00-15:25 - Aspekte epidemiologjike dhe infarktet cerebrale në moshat e reja

Prof. Asc. Zamir Ndroqi  
Përgjegjës i Shërbimit të Neurologjisë  
Comprehensiv and Trombectomy STROKE UNIT  
Center, Spitali Amerikan

### 15:25-15:50 - Trajtimi endovaskular i aneurizmave të rupturuara.

Dr. Shkc. Arben Rroji  
Mjekë Neuroradiologë pranë QSUT, Spitali Amerikan

### 15:50-16:10 - Trombektomia mekanike në trajtimin e infarktit iskemik

"Gold standart-art of medicine"  
Dr. Shkc. Eugen Enesi  
Mjekë Neuroradiologë pranë QSUT

### 16:10-16:35 - Trajtimi endovaskular në okluzionet akute të arteries bazilare.

Dr. Shkc. Fatmir Bilaj  
Mjekë Radiolog pranë QSUT

### 16:35-17:00 - Angioplastika me stentë e arterieve karotide dhe ndjekja me Eco doppler.

Dr. Klodian Çaçi  
Mjekë Neuroradiologë, Spitali Amerikan

### 17:00-17:20 - Terapia intensive tek pacientët me probleme neurovaskulare.

Dr. Gentian Huti  
Mjekë Anestezist, Spitali Amerikan

### 17:20-17:40 - Teknikat anestetike në procedurat neurovaskulare.

Prof. Asc. Rudin Domi  
Mjekë Anestezist, Spitali Amerikan

### 17:40-17:55- Organizimi dhe menaxhimi i STROKE UNIT.

Dr. Florian Vaso  
Menaxher i Shërbimit të Urgjencës, Spitali Amerikan

### 17:55-18:00 - Diskutime, Konkluzione

Kategoria e pjesëmarrësve: klinikistë, neurologë, anestezistë, kardiologë, radiologë, mjekë të përgjithshëm, kirurgë, farmacistë, dentistë, infermierë-mami, studentë të mjekësisë apo shkencave mjekësore, etj.

**Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association**

## KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**  
Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**  
Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

## Sekretare Organizative

**Albana Mehmeti**  
Kordinatorë e Edukimit në Vazhdim

Email: [albana.mehmeti@spitaliamerikan.com](mailto:albana.mehmeti@spitaliamerikan.com)

Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

Mob: 0684032151



Prof. Dr. Mentor Petreia

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Prof. Asoc. Zamir Mëdroqi

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Prof. Asoc. Rudin Dami

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Gentian Huti

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Shkic. Arben Rroqi

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Klodian Capi

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI


Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Fatmir Bilaj

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

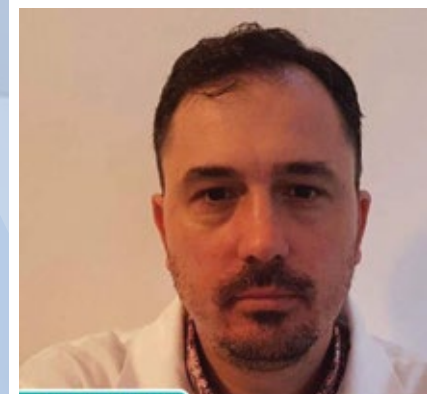
Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Florian Vaso

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00



Dr. Shkic. Eugen Enesi

Albanian Medical Education Association | KONFERENCA MJEKËSORE NEUROLOGJI

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Prill 2019 | 15:00 - 18:00

**PO 16 Trajtimi endovascular i aneurizmave të ruptuara**

Rroji A., Enesi E., Bilaj F., Caca K., Huti G., Petrela M.

**Hyrje:** Aneurizmat sakulare janë forma më e shpeshtë e aneurizmave. Ato lokalizohen më shpesh në nivel të bifurkacioneve arteriale. Etiologjia dhe patofiziologjia e tyre është komplekse dhe pak e njohur. Përveç faktorëve gjenetikë edhe faktorë të tjerë si moshë, tensioni arterial dhe duhapirja mendohet se kontribuojnë në zhvillimin dhe rupturimin e aneurizmave. Mesatarja vjetore e riskut për HSA është 10 deri në 21 për 100 000 njerëz, me incidencën më të lartë në Finlandë dhe Japoni. Faktorë risku për hemorragji janë gjinia femërore, moshë, aneurizma simptomatike të mëparshme, dimensionët e mëdha dhe lokalizimi në qarkullimin posterior.

Prognoza e aneurizmave të ruptuara, të patrajuara është jo e mirë. Në një studim, mortaliteti para se pacienti të arrinte në spital ishte 12%, 43% në javën e parë dhe 56% në ditën e 30-të, nëse aneurizma nuk trajtohet. Në një meta-analizë të aneurizmave të patrajuara të realizuar nga Hero në 1990, mortaliteti dhe morbiditeti sinjifikativ pas hemorragjisë së parë u vlerësua 50%, me një mortalitet rreth 35% pas hemorragjisë së dytë. Risku për përsëritje të hemorragjisë është rreth 1% në ditë për 9 ditët e para, rritet me 4% në ditën e dhjetë dhe më pas luhet rreth 2-3% midis ditës 11-15. Risku kumulativ i përsëritjes së hemorragjisë është 20% në 2 javët e para dhe 30 deri në 50% në 6 muaj.

Aneurizmat në mënyrë karakteristike lokalizohen në nivel të degëzimeve arteriale. Kurse aneurizma të paretit të vazave, por jo në nivel të degëzimeve, janë të rralla dhe kryesisht të lokalizuara në nivel të përkuljeve arteriale në atë drejtim në të cilën do të rridhte gjaku, nëse arteria do të kishte dekurs linear. Në të dy rastet ka alterime lokale të hemodinamikës intravazale, të cilat ushtrojnë forcë në paretin vaskular. Rrjedhimisht kupola e aneurizmës ka drejtimin e forcës hemodinamike. Aneurizmat e lokalizuara në segmentët vazale të pa degëzuara ngrenë dyshimin për disekacion, pasi ky lokalizim është i rrallë. Më shumë se 90% e aneurizmave sakulare janë të lokalizuara në një nga pesë lokalizimet e mëposhtme:

1. A.carotis interne në nivel të origjinës së ACP;
2. Junksioni midis ACA dhe ACoA;
3. Bifurkacioni proksimal i ACM;
4. Bifurkacioni i A.Basilare në dy ACP;
5. Bifurkacioni i ACI në ACM dhe ACA.

Lokalizime të tjera të shpeshta të aneurizmave në qarkullimin anterior janë edhe origjina e a. oftalmike, a. hipofizale dhe choroidea. Në qarkullimin posterior janë origjina e arteries cerebellare postero-inferiore, antero-inferiore dhe junksioni i arteries basilare dhe vertebrale.

Për aneurizmat e ruptuara ka dy alternativa madhore trajtimi: klipimi neurokirurgjikal dhe trajtimi endovaskular me coil. Pas trajtimit endovaskular të parë në 1990, embolizimi fillimisht u përdor vetëm në rastet të cilat paraqisnin vështirësi në trajtimin kirurgjikal dhe për pacientë në gjendje të rëndë. Që prej publikimit të rezultatëve të International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT), trajtimi endovaskular është bërë më i pranueshëm dhe konsiderohet në shumë qendra si teknika e preferuar për trajtimin e aneurizmave të ruptuara. ISAT demonstroi se pacientët me aneurizma të vlerësuar nga neurokirurgu dhe neuroradiologu intervencionues si kandidatë të terapive respektive patën rezultatë më të mira të morbiditetit, pavarësisht dhe mortalitetit kur iu nënshtruan trajtimit endovaskular. Sot në Spitalin Amerikan aplikohen me sukses të dy këto metoda. Në këtë prezantim do të paraqesim rastet e trajtuara nga ekipi endovaskular në një periudhë 2 vjeçare.

**PO 17 Trombektomia mekanike në trajtimin e infarktut iskemik -“Gold standard - art of medicine”- Historiku**

Enesi E.1, Rroji A.1, Bilaj F.1, Caci K.1, Ndroqi Z.2, Roci E.2, Domi R.4, Petrela M.3

**Hyrje:** Hipokrati (460 – 370 para Krishtit), i njohur si Babai i mjekësisë, e ka përshkruar insultin cerebral rreth 2400 vjet më parë “apoplexy”, që do të thotë “i goditur me dhunë” në greqishtën e vjetër. Kjo e lidhur me faktin e ngjashëm ku një person pësonte një paralizë të menjëhershme nga një gjendje e mirë shëndetësore. Kjo terminologji u përdor për një periudhë të gjatë si pasojë e njohurive të pakta neuroanatomike dhe neurovaskulare. Shkaqet e strotkut dhe mënyra e trajtimit ishin të panjohura deri në raportimin e angiografive të para pas shpikjes së Angiografisë Cerebrale nga Egas Moniz në 1927. Në këtë kohë apoplexia u nda në kategori bazuar në shkakun e problemit të arteries së gjakut. Më tej, përdorimi i terminologjisë “stroke” apo “Aksident Cerebro Vaskular(AVC)” iu referua “goditjes në tru” ose insultit cerebral si pasojë e pakësimit të furnizimit me gjak të trurit.

Termi “goditje në tru” ose “brain attack” sot përdoret si sensibilizim në popullatë për ndërmarrjen e veprimeve të shpejta dhe ndërhyrjet trajtuese urgjente.

Tromboliza intravenoze e çertifikuar sipas FDA në 1996, ndërsa në Europë në 2002 është një trajtim efektiv për AVC ishemiike. Megjithatë shkalla e rekanalizimit mbetet e ulët sidomos në okluzionet e vazave të mëdha. Nga ana tjetër Terapia Endovaskulare intra arteriale bën të mundur rekanalizimin vaskular me një shkallë më të lartë krahasuar me trombolizën intravenoze.

Për të mbështetur këtë teori janë publikuar në 2015 një sërë studimesh, të cilat vërtetuan superioritetin e terapisë intra-arteriale, duke e çertifikuar si “Gold Standard”- Art of medicine trombektominë mekanike në trajtimin e infarktut cerebral nga okluzioni i vazave të mëdha.

Fillimet e procedurave endovaskulare në vendin tonë datojnë në vitin 2011 me ardhjen e Prof. Emmanuel Houdart (Paris) dhe realizimin e embolizimit të aneurizmës intrakraniale në një paciente me stroke hemorragjik (HSA)

Ndërkohë që trombektomia e parë mekanike u realizua në Tiranë në Dhjetor 2013 duke sjellë për Shqipërinë një inovacion dhe duke standardizuar mjekimin e strotkut ishemiik në të njëjtin nivel me protokollet e vendeve të tjera të zhvilluara të Europës dhe USA, madje edhe përpara aplikimit të TPA në vendin tonë. Kjo risi i dha hov edhe zhvillim trajtimit të strotkut në Shqipëri si evolucion në shërbimin e Neurologjisë dhe revolucion në Shërbimin e Neuroradiologjisë. Ky standard në Shqipëri u pasqyrua me realizimin e tre konferencave të Strotkut (Stroke I, II dhe III) përkatësisht në 2015, 2016 dhe 2017 si

dhe një Simpoziumi të Neuroradiologjisë Intervencioniste në 2017 me pjesëmarrje ekspertësh nga qendrat më të mira evropiane. Së fundmi, është kontributi ynë në literaturë si pjesë e studimeve evropiane për zhvillimin e trajtimit të infarktut ishëmik në 44 shtete me eksperiencë disa vjeçare në stroke, studim i botuar në Maj 2018 në European Stroke Journal.

### **PO 18 Trajtimi endovaskular tek Okluzionet akute të arteries bazilare**

*Bilaj F.1, Rroji A.1, Enesi E.1, Caci K.1, Basha E.2, Avdyli A.4, Ndroqi N.2, Petrela M.3*

**Qëllimi:** Okluzioni akut i a.bazilare konsiderohet ndër situatat mjekësore më të rënda, me mortalitet dhe morbiditet shumë të lartë, që arrin deri në 95%. Qëllimi i këtij studimi është të prezantojë eksperiencën tonë në Qendrën Spitalore Universitare "Nënë Tereza" dhe Spitalin Amerikan 3, në trajtimin e pacientëve me okluzionë akutë të a.bazilare me anë të metodës së trajtimit endovaskular, dhe të vlerësojmë faktorët prognostikë që përmirësojnë të dhënat klinike të pacientëve dhe shkallën e rikanalizimit të a.bazilare.

**Metodat dhe materialet:** Ky është një studim retrospektiv që ka analizuar pacientët me okluzionë akutë të a.bazilare nga periudha 2013 deri tani. Janë 6 pacientë me okluzion akut të a.bazilare me moshë mesatare 56 vjeç që ju nënshtruan trajtimit endovaskular. U vlerësuan për çdo pacient të dhënat klinike, imazherike dhe ato gjatë procedurës endovaskulare. Shkalla e rikanalizimit u vlerësua në bazë të TICl score 0-3 (thrombolysis in cerebral infarction) dhe vlerësimi klinik u realizua në bazë të MRS 0-6 (the modified Rankin scale).

**Rezultatet:** 1 pacient nuk ariti të mbijetonte, kurse në 5 pacientë të tjerë u realizua rikanalizim i a.abazilare nëpërmjet thrombektomisë mekanike dhe angioplastikës së a.bazilare. Në 1 pacient u evidentua okluzion i porcionit distal të a.bazilare, kurse në 5 pacientë në porcionin e mesëm dhe proximal. Pacientët në vlerësimin neurologjik mbas 3 muajsh u klasifikuan sipas mRS 0-2. Shkalla e rikanalizimit ishte e plotë në të 5-të pacientët, TICl score 3. Korrelimi i mirë u evidentua midis shkallës së rikanalizimit dhe mRS score.

**Konkluzionet:** Trajtimi endovaskular është i mundshëm dhe efektiv në okluzionet akute të a.bazilare. Ky trajtim rezulton në shpëtimin e jetës së pacientëve dhe në përmirësim të ndjeshëm klinik.

Studimet prospektive në të ardhmen të tipit randomised -controlled trial dhe me popullata më të mëdha, do të ndihmojnë për të përcaktuar më mirë prognozën e pacientëve me okluzione akute të a.bazilare. Edukimi i komunitetit të gjerë mjekësor, rritja e ndërgjegjësimit të popullatës, vendosja e politikave stimuluese shëndetësore janë të nevojshme për të nxitur këto lloj trajtimesh që përkthehen në rezultate shumë të mira klinike për pacientët.

### **PO 19 Organizimi dhe menaxhimi i STROKE UNIT**

*Vaso F.*

**Hyrje:** Në këtë prezantim përshkruhen kriteret dhe kushtet e nevojshme për organizimin e Njësisë së STROKE në vendet e zhvilluara dhe në vendin tonë, si dhe sfidat për menaxhimin sa më efikas të këtij shërbimi kompleks. Analizohen elementët e nevojshëm përbërës për funksionimin e kësaj njësie, duke u ndalur në secilin prej tyre për të kuptuar më mirë specifikën dhe rëndësinë e tij. Arrihet në një vështrim të detajuar mbi burimet njerëzore dhe ekspertizës së tyre mjekësore, teknike dhe menaxheriale si aseti kryesor dhe më i rëndësishëm për ndërtimin e ekipit të STROKE UNIT. Konsideratë jepet mbi disiplinat dhe shërbimet e nevojshme mbështetëse për STROKE UNIT. Sistemi i koordinimit dhe organizimit të Shërbimit i urgjencës si faktori i parë përcaktues për kohën e aksesit të pacientit në trajtim. Rëndësia e njësisë së terapisë intensive/reanimacioni në suksesin e trajtimit dhe kapacitetet e nevojshme për të mbështetur këtë kategori pacientësh. Repartet e specializuara për stroke dhe organizimi i shërbimit të terapisë konservative. Radiologjia diagnostike jo invazive dhe telemjekësia si elementi thelbësor në sistemin e referencës. Shërbimet rehabilituese fizike dhe psikologjike dhe problematikat për akses nga popullata. Kriteret për infrastukturën dhe teknologjinë renditen bazuar sipas udhëzimeve të Organizatës Europiane të STROKE UNIT dhe mundësitë e zbatimit guideline në vendin tonë. Vendimarrja mbi kosot e përfutimit të këtij shërbimi në vende të varfëra si Shqipëria, gjendja aktuale në vendin tonë, roli i politikave shëndetësore dhe mekanizmat e tjerë me karakter teknik dhe ligjor në përmirësimin dhe zhvillimin e këtij shërbimi. Puna e bërë me Fushatat për sensibilizimin e popullatës dhe personelit mjekësor në të gjithë vendin. Sfidat e tashme dhe të së ardhmes, globale dhe lokale me të cilat përballlet menaxhimi i njësisë së STROKE UNIT. Një vështrim në të ardhmen, synimet dhe projektet për aksesin më të gjerë të popullatës në këto shërbime jetë shpëtuese.

**Metoda:** Në këtë punim bëhet krahasimi i organizimit dhe menaxhimit të STROKE UNIT në vendin tonë me udhëzuesit dhe praktikatat më të mira ndërkombëtare, duke synuar të nxjerrë në pah punën e kryer deri tani dhe sfidat kryesore për të ardhmen

**Rezultati:** Një pamje më e qartë e modelit të organizimit në vendin tonë të STROKE UNIT dhe përcaktimi i hapave me emergjent të rradhës për një nivel më të lartë dhe efikas shërbimi.

### **PO 20 Terapia intensive tek pacientët me probleme neurovaskulare**

*Huti G.*

**Hyrje:** Trajtimi i pacientëve me probleme cerebrovaskulare është kompleks dhe kërkon bashkëpunim multispecialistik. Kujdesi për këta pacientë në terapi intensive është vazhdim i kujdesit në sallë dhe konsiston në monitorizimin e ngushtë neurologjik, kujdesin për hemodinamikën, përdorimin ose jo të antikoagulantëve, dhe kujdesin e përgjithshëm si për çdo pacient të terapisë intensive. Minotorizmi i sferës neurologjike shërben për të parë se si shkojnë ndryshimet neurologjike ekzistuese dhe nëse ka apo jo defiqite të reja.

**Metoda:** Mjeku në terapi intensive duhet të këtë njohuri mbi teknikën anestetike, procedurën neurologjike të kryer, deficitet papaprake dhe sigurisht edhe prognozën e pacientit. Vlerësimi neurologjik bëhet çdo 2-4 orë dhe në rast përkeqësimi apo shfaqje të një defiqiti njoftohet ekipi i neurologji-neuroradiologji, si edhe mund të kërkohen ekzaminime imazherike shtesë. Kujdesi për hemodinamikën është shumë i rëndësishëm.

Në rastet e patologjive ishemike/trombectomive/stendeve në karotide, është e preferueshme të mbahen presione arteriale 140-180 mmHg. Në rastet e embolizimeve ose me rrezik të lartë ndaj hemorragjisë tentohen presione të ulta arteriale në rangun e 100-110 mmHg.

**Rezultati:** Vlen të theksohet se vlerat e përshkruara të presioneve vendosen edhe duke u bazuar mbi pacientin/procedurë/sëmundjet shoqëruese dhe në bashkëpunim të plotë midis specialistëve që janë të përfshirë. Trajtimi i lezioneve ishemike apo trombectomive si edhe vendosja e stendeve kërkon edhe përdorimin e antiagregantëve dhe/ose antikogulantëve. Kujdes i veçantë duhet treguar nëse është bërë paraprakisht tromboliza. Në kujdesin e përgjithshëm merr rëndësi parandalimi i ulçerave të stresit, aktivizimi sa më i shpejtë i pacientit, nutricioni, evitimi i dekubituseve, si edhe kujdesi për evitimin e komplikacioneve respiratore. Së fundi, duhet theksuar që puna në terapi intensive për këta të sëmurë përfshin një sërë specialitetesh, bashkëpunimi i ngushtë i të cilëve mund të përmirësojë ecurinë e pacientit.

### PO 21 Angioplastika me stente e arterieve karotide dhe ndjekja me Eco doppler.

*Caci K., Rroji A., Enesi E., Bilaj F., Arapi B., Qirinxhi D.*

**Hyrje:** Në këtë prezantim ju njohim me eksperiencën tonë me angioplastikën me stent të arterieve karotide dhe ndjekjen me eko Doppler dhe TCD në dinamike të stentit intrakarotidien.

**Materialet dhe metoda:** Një vlerësim retrospektiv i rasteve të trajtuara me angioplastikë me stent të arterieve karotide dhe patologjive të të semurëve pranë Departamentit tonë të Neuroradiologjisë Intervencionuese. Përdorim stent Casper me 2 shtresa, shtresa e brendshme e të cilit ka pore me diametër shumë të vogël që është një barrierë efikase ndaj kalimit të embolave. Gjithashtu, përdorim balon Maverick për predilatim dhe balon Ultrasoft për postdilatim të stentit. Në periudhën pre procedure (në rastet jo urgjente) zakonisht pacienti është trajtuar me plavix 75 mg 2x1 tab/ditë dhe aspirinë 100 mg/ditë për 1 javë. Më pas ka vazhduar me plavix 75 mg dhe aspirinë 100 mg /ditë për 6 muaj. Ndjekja në dinamike me Doppler ultrasound dhe TCD\* bëhet me aparat GE Logiq F6. Në kontrollin e stentit bëhen matje të kalibrit të stentit në pjesën proximale, të mesme dhe distale të stentit nëse është e mundur (në disa rastë pjesa distale e stentit është intrakranial), gjithashtu vlerësohet fluksi intrastent në color doppler dhe shpejtësitë sistolo-distolike. TCD e arterieve intrakraniale (kryesisht ACI dhe ACM) shton sigurinë diagnostike.

**Rezultati:** Deri tani në Departamentin tonë janë trajtuar 18 raste me stent karotidien. Prej tyre 14 raste kanë qenë stenoza të arterieve karotide dhe 4 raste kanë qenë në terren të diseksionit të arteries. Në periudhën e afërt post operatore nuk janë vënë re evente madhore iskemike apo hemorragjike të lidhura me vendosjen e stentit dhe trajtimin shoqërues.

Në ndjekjen në dinamike me eko doppler nuk janë vënë re okludime të stentit apo stenoza kritike (mbi 50%).

**Konkluzion:** Në eksperiencën tonë angioplastika me stent e arteries karotide është një metodë efikase dhe relativisht e sigurt për trajtimin e stenozave kritike të arterieve karotide. Edhe në rastin e diseksionit të ACI trajtimi me stent është një metodë që duhet të kihet në konsideratë në situatat akute dhe me treguesit neurologjikë të përkeqësuar. Ndjekja në dinamike me eko doppler dhe TCD\* është një metodë e besueshme, praktike, me kosto të lirë dhe e kudogjendshme.

TCD\* dopler transkranial.

### PO 22 Teknikat anestetike në procedurat neurovaskulare

*Domi R.*

**Hyrje:** Në ditët e sotme problemet cerebrovasculare janë shkak madhor për sëmundshmëri dhe vdekshmëri. Struktura e sëmundshmërisë në Shqipëri ka tre pika kryesore sot: onkologji, sëmundje cerebrovasculare dhe sëmundje kardiovaskulare. Çdo anestezi do të përballet me pacientë cerebrovasculare. Trajtimi endoskopik i tyre përfshin trombektomitë, embolizimet dhe stendet në karotide. Duke qenë procedura delikate duan ekip multidisciplinor si: neurologë, neurokirurgë, anestezi të reanimatorë, neuroradiologë intervencionistë etj. Trombektomia mund të bëhet me anestezi gjenerale, sidomos kur bllokohet qarku posterior, por edhe me sedacion tek pacientët e qetë dhe bashkëpunues.

Kur është e nevojshme, ekipi i dedikuar i kujdesit neuro-intensiv, ofron kujdes të sofistikuar kritik në këta pacientë. Qendra jonë dhe STROKE Unit përdor teknikat e fundit të monitorimit të multimodalitetit për t'u kujdesur për pacientët me lëndime të rënda neurologjike. Këtu futen në funksion të gjitha ekipet e mësipërme:

- Presioni arterial mendohet të jetë në shifrat 140-180 mmHg për furnizimin adekuat të trurit.
- Procedurat embolizuese janë mjaft të rëndësishme dhe delikate.
- Anestezia e preferuar është ajo gjenerale dhe me hypotension të induktuar duke evituar çdo rritje të presionit arterial të papritur për të evituar plasjen aksidentale të aneurizmës.
- Gjatë manipulimit mund të kemi bradikardi dhe hypertension reflektiv, migrim të substancës sklerotizuese, si edhe emboli nga hyrja në qarkullim e tyre me të gjitha pasojat e mundshme deri në arrest.
- Stendet në karotide realizohen me sedacion ose anestezi lokale, nën trajtimin me antiagregantë dhe në monitorizim të ngushtë perioperator. Është njësi më e avancuar teknologjike dhe e sofistikuar e kujdesit neuro-kritik në vend dhe është i vetmi institucion akademik i këtij lloji në rajon. Suksesin e këtyre procedurave e garanton vetëm bashkëpunimi midis neurologut, anesteziatit, neuroradiologut intervencionues, si dhe komunikimi i shpejtë midis hallkave të një zinxhiri mjekësor dhe profesional.

### PO 23 Aspekte epidemiologjike dhe Infarkt cerebrale tek moshat e reja

*Ndroqi Z.1, Karame E.1*

**Hyrje:** STROKE janë ndër problemet më të rëndësishme të shëndetit publik, problem i madh global dhe ekonomik. Ato zënë vendin e parë në invadilitetin e përgjithshëm dhe në vendet në zhvillim zënë vendin e dytë në vdekshmërinë e përgjithshme (në të parën janë sëmundjet e zemrës, në të dytën STROKE dhe pas vijnë tumoret, aksidentet, sëmundjet e mush-



kërive etj.). Ndërsa në vendet e zhvilluara, në sajë të masave të gjithanshme të organizuara mjekësore dhe sociale, vdekshmëria ka rënë në vendin e katërt apo të pestë. Në këtë kuadër edhe adoleshentët janë të prekur nga sëmundja cerebrovasculare, megjithëse frekuenca e vdekjes nga STROKE është më e ulët se në pacientët me STROKE në popullsinë e përgjithshme. Por, STROKE është veçanërisht dramatike tek pacientët e rinj, sepse prek pacientët që më parë ishin të shëndoshë dhe, gjithashtu, lë pasojë serioze për gjatë gjithë jetës. Shpenzimet (buxheti) është shumë më i kushtueshëm për adultët e rinj, si për familjen dhe shoqërinë. Sëmundjet cerebrovaskulare në adultët e rinj përbëjnë 5-10% të rasteve me STROKE dhe mbeten një nga 10 shkaqet kryesore të vdekjeve në këto moshë. Ato paraqesin shpesh një sfidë diagnostike dhe terapeutike për klinikistët me një kohë mesatare njohje prej 35.7 orësh për pacientët e rinj. Megjithë progresin e njohurive, shpesh shkaqet e sëmundjes mund të mbeten të papërcaktuara dhe me një varietet të gjerë të problemeve diagnostike dhe etiologjike (Tabela 1). Ka diferenca të shënuara si në incidence, klinike, faktorë risku dhe prognoze midis STROKE që ndodh në moshën nga 45 vjeç e poshtë, dhe në individet mbi 45 vjeç. Raportet e regjistrimit të STROKE të Lozanës dhe Brukselit kanë treguar se 13.5% dhe 11.4% të pacientëve me STROKE për herë të parë ishin jo më tepër se 45 vjeçë. Në vendet në zhvillim ky proporcion është edhe më i lartë me 19-30% të STROKE. Incidenca e STROKE në adultët e rinj është në rritje vitet e fundit edhe në vendet me të ardhura të larta, në disa studime përbën 10-15% të STROKE (me një rritje + 43.8%, dhe rritje të lehtë + 4.7% në moshat 45-64 vjeç, ndërsa me një ulje të shënuar - 28.5% në moshat 65-84 vjeç dhe me -22.1% mbi 85 vjeç) - sipas RAMIRES JAHA 2016. Ka një boshllëk të njohurive për tendencat në vendet me të ardhura të ulëta ose mesatare. Arsyet e kësaj tendence rritjeje janë të shumta, duke filluar nga diagnostikimi më i mirë, në rritjen e prevalencës së faktorëve kërcënues në adultët e rinj si të diabetit mellitus, hiperkolesterolemisë, obezitetit, duhanit, alkoolit, drogave, ndotjet e ajrit, modifikimin e stilit të jetës. Në një studim tonin më 2013, në 584 raste të shtruar me STROKE (14% hemoragjik), 5.47% ishin nën moshën 45 vjeç. Megjithë përparimin e mjeteve diagnostike intensive, shkak i STROKE ishëmik mbetet i papërcaktuar në rreth 1/3 në moshat e reja. Madje, ky proporcion më i madh tek pacientët shumë të rinj. STROKE kriptogjenik llogaritet së paku në gjysmën e rasteve me moshë më pak se 30 vjeç, gjë që kërkon studime të mëtejshme për specificitetin dhe fispatologjinë e STROKE-ve të padeterminuar.

**Qëllimi:** Qëllimi i studimit është për të vënë në pah problemet e veçanta të STROKE në moshat e reja si të frekuencës, të faktorëve kërcënues, të simptomatikës, të topikës, të tipeve të tyre dhe gravitetit e prognozës.

**Metoda:** Studim retrospektiv i rreth 15 rasteve të shtruar në Spitalin Amerikan 3 dhe të paraqitura në Poliklinikë nga Janari 2017 deri tani me infarkte në moshë nga 18-49 vjeç. U analizuan të dhënat demografike (mosha, seksi, origjina urbane apo rurale, faktorët ekologjikë e kërcënues (HTA e moshë e trajtimi i tij, sëmundjet koronare, të muskullit të zemrës, aritmitë e FA, sëmundjet valvulare, DM, dislipidemia, obeziteti, duhani, alkooli, drogat, historiku familjar për STROKE, trauma, etj.). U studiuan shkaqet e mundshme të STROKE. U evidentuan rrethanat e shfaqjes së STROKE. U shqyrtuan shenjat klinike dhe u përcaktuan subtipet e STROKE (tromboza, emboli, hemodinamika, lacuna), si dhe topika e lezioneve. U studiuan lezionet vaskulare përgjegjëse dhe graviteti i STROKE.

**Diskutime:** STROKE në moshat e reja ka veçoritë me ato të moshave mbi 50 vjeç për arsye të faktorëve kërcënues, të etiologjive dhe të shpeshtësisë më të madhe me faktorë risku të pa modifikueshëm që është moshë. Diskutimet janë që nga kufiri konvencional për STROKE- un e moshave të reja, që përgjithësisht studiohet nga më të rinj se 50 vjeç, por dhe në mjaft studime edhe më të rinj se 45 vjeç. Studimet e ndryshme epidemiologjike japin disa shifra, por është i vështirë krahasimi midis tyre si për metodologjinë, moshën, kriteret diagnostike, kohën e ndjekjes dhe ndryshimet patologjike. Ato ndryshojnë nga një vend në tjetrin nga nën 5% deri 20% të të gjithë STROKE. Ne i kemi hasur në 15 raste nga Janari 2017 deri tani me X raste STROKE, numër ky i vogël, por na jep të dhëna të vlefshme për larminë etiologjike në këtë moshë.

U vërejtën këto shkaqe: Në 3 dekadat e fundit janë publikuar një numër i gjerë studimesh për incidencën e STROKE në moshat e reja si MARINI që analizoi 29 studime me 3598 pacientë nën 45 vjeç me një incidencë 6.14% për 100.000 banorë deri 48.5% për 100.000 banorë (me stroke ishëmik 21% dhe 77.9% hemoragji cerebrale 3.7% dhe 38.5% e hemoragji subaraknoidale me 9.6% dhe 55.4%). Në një studim nga Bosnie-Herzegovina - STROKE ishëmik midis adultëve të rinj ishte 61% të rasteve, hemoragji intracerebrale 17% dhe hemoragji subaraknoidale 22%. Në një studim në Finlandë 2009 në moshat 15-49 vjeç incidenca vjetore ishte 10.8 për 100.000 banorë, duke u rritur eksponencialisht me moshën. GROppo jepte incidencën e STROKE me 12.1 raste për 100.000 banorë në italianët e rinj në 2012. Faktorët e rrezikut të modifikueshëm janë të njëjtë për të dy grupmoshat nën dhe mbi 50 vjeç, por prevalenca nuk është e njëjtë. HTA, sëmundjet e zemrës përfshirë AF, DM janë faktorët e riskut më të zakonshëm ndër të vjetrit, ndërsa në studimin finlandez tek të rinjtë faktorët e riskut vaskular e të zakonshëm ishin dislipidemia 60%, duhanpirja 44%, HTA 39%. Në rastet tona faktorët e rrezikut ishin me tepër HTA, dislipidemia, obeziteti, duhanpirja. Shtimi i faktorëve të riskut rëndon prognozën dhe mortalitetin edhe në adultët e rinj. Në shkaqet etiologjike janë më të shpeshta atheroskleroza e vazave të mëdha, kardioembolizmi, sëmundja e vazave të vogla dhe diseksione arteriale cerviko cefalike, pastaj vijnë shkaqet jo të zakonshme të STROKE –ut si displazia fibromuskulare, migrena etj. Diskutimet e tjera më të hollësishme do të bëhen pas rezultateve të studimit dhe paraqitjes së materialit.

**Konkluzione:** Faktorët e rrezikut më frekuentë për STROKE në grupmoshat 18-49 vjeç ishin HTA, hiperlipidemia, obeziteti, duhanpirja, diabeti mellitus e historia familjare për STROKE. Si shkaqe më të shpeshta ishin arteriopati si atherosklerotike dhe me pak ato jo atherosklerotike, rrallë inflamatore. Shkak i shpeshtë u vërejtën kardiopati emboligjene, si dhe diseksionet (me tepër traumatike). U konstatuan edhe shkaqe të rralla të STROKE. Në pak raste nuk u përcaktua etiologjia. Pacientët e rinj me STROKE kanë vdekshmëri më të lartë, invaliditet dhe paafësi në punë të zgjatur me shpenzime të mëdha për familjen dhe shoqërinë. Të gjitha këto të dhëna nga literatura dhe eksperiencat tona sugjerojnë organizimin më të mirë të profilaksisë, të edukimit e informimit të të rinjve, të preventimit vaskular primar, të faktorëve kërcënues si të HTA-së, sëmundjeve të zemrës, të aksidenteve e traumave dhe të faktorëve të tjerë kërcënues vaskularë, të stilit të jetës të duhanit, alkoolit dhe drogave, me qëllim për të ulur frekuencën e viktimave të këtyre dramave të të rinjve, të cilat kanë një kosto shumë të lartë social-ekonomike për jetën, familjen dhe shoqërinë. Organizimi i ndihmës së parë intensive kur ndodhin këto goditje vaskulare të trurit, nëpërmjet COMPREHENSIV AND TROMBEKTOMI STROKE CENTER (të cilën ne e kemi jetësuar) me trombolizë, trombektomi e interverte neurokirurgjikale e neuroradiologjike bashkëkohore, është shpëtimtare e jetës së këtyre të rinjve.

# Konferenca Mjekësore Kardiologjisë

**Fokus: “Emergjencat kardiake, diagnoza  
dhe trajtimi optimal i tyre”**

Salla e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë  
30 Maj 2019 / 15:00-18:00

## PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: Dr. Shkc. Nereida Xhabija

15:00-15:25

### Urgjencat Kardiake koronare.

Dr. Shkc. Nereida Xhabija,  
Kardiologe, Spitali Amerikan.



15:25-15:50

### Ruptura post-infarktuale e septumit interventrikular.

Dr. Maksim Llambro, Kardiolog Intervencionist,  
Shef i Departamentit të Kardiologjisë, Spitali Hygeia



15:50-16:15

### Urgjencat kardio-kirurgjikale.

Dr. Arben Kojqigji, Kardiokirurg torakal,  
Shef i Departamentit të Kardiokirurgjisë,  
Spitali Amerikan



16:15-16:40

### Sindromet Aortike Akute, diagnoza dhe trajtimi i tyre.

Dr. Elona Dado, Kardiologe, Spitali Hygeia



16:40-17:05

### Sinkopi dhe Aritmitë kardiake në Departamentin e Urgjencës.

Dr. Indrit Temali, Kardiolog, Spitali Amerikan



17:05-17:30

### Insuficienca kardiake-akute, diagnoza dhe trajtimi i saj.

Dr. Fatmir Sula, Kardiolog, Spitali Amerikan



17:30-17:55

### Menaxhimi në Urgjencë i Krizës Hipertensive.

Dr. Almenda Zaka, Mjeko Urgjence,  
Spitali Amerikan



17:55-18:00

Diskutime, Konkluzione

## Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association

Kategoria e pjesëmarrësve: Klinikistë, kardiologë, mjekë urgjence, radiologë, kirurgë,  
anestezistë, mjekë familjeje, mjekë të përgjithshëm, infermierë-mami,  
studentë të mjekësisë apo të shkencave mjekësore, etj.

### KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**  
Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**  
Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

### Sekretare Organizative

**Albana Mehmeti**  
Koordinator e Edukimit në Vazhdim

Email: [albana.mehmeti@spitaliamerikan.com](mailto:albana.mehmeti@spitaliamerikan.com)

Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

Mob: 0684032151



Albanian Medical Education Association

**Dr. Nereida Xhabija** Konferenca Mjekesore e Kardiologjise

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tirane 30 Maj 2019 / 15:00-18:00



Albanian Medical Education Association

**Dr. Indrit Temali** Konferenca Mjekesore e Kardiologjise

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tirane 30 Maj 2019 / 15:00-18:00



Albanian Medical Education Association

**Dr. Almenda Zaka** Konferenca Mjekesore e Kardiologjise

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tirane 30 Maj 2019 / 15:00-18:00



Albanian Medical Education Association

**Dr. Arben Kojqilq** Konferenca Mjekesore e Kardiologjise

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tirane 30 Maj 2019 / 15:00-18:00



Albanian Medical Education Association

**Dr. Fatmir Sula** Konferenca Mjekesore e Kardiologjise

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tirane 30 Maj 2019 / 15:00-18:00



Albanian Medical Education Association

**Dr. Elona Dado** Konferenca Mjekesore e Kardiologjise

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tirane 30 Maj 2019 / 15:00-18:00



Albanian Medical Education Association

**Dr. Maksim Llambro** Konferenca Mjekesore e Kardiologjise

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tirane 30 Maj 2019 / 15:00-18:00

## PO 24 Menaxhimi në Urgjencë i Krizës Hipertensive

Zaka A.

**Hyrja:** Prezantimi në Urgjencë i një pacienti me krizë hipertensive kërkon vlerësim të menjëhershëm, njohjen e masave që duhen marrë për trajtimin e hipertensionit dhe parandalimin e dëmtimeve të mundshme në organet target.

Në përgjithësi, Urgjencat hipertensive janë të lidhura ngushtë me presionin e gjakut pa evidencë të disfunkcionimit të organeve target. Megjithatë, ato mund të komplikohen edhe me keqfunksionim të organeve target si ishemia koronare, disekacion të aortës, encefalopati hipertensive, aksidentet cerebro-vaskulare, edema pulmonare, insuficiencia renale etj.

Pikërisht, për këtë arsye, nevojitet një vlerësim i saktë dhe i menjëhershëm i gjendjes klinike të pacientit, përcaktim i një etiologjie të mundshme të hipertensionit, shkalla e dëmtimit organor dhe zgjedhja e strategjisë së mjekimit.

Kriza hipertensive, zakonisht, menaxhohet me medikamente intravenoze dhe/ose orale, të cilat mund të fillohen menjëherë në urgjencë dhe pastaj vazhdon ndjekja nga 24 orë deri disa ditë në pavion, aty ku është i mundur monitorimi i vazhdueshëm i presionit të gjakut dhe komplanca me terapinë antihipertensive të zgjedhur nga mjeku specialist kardiolog, në varësi të karakteristikave të pacientit.

**Metodologjia:** Tema është bazuar në të gjithë pacientët e paraqitur në Urgjencën e Spitalit Amerikan. Kriteri i përdorur për përkufizimin e hipertensionit është ai i Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë (presioni arterial sistolik > 139 mmHg dhe presioni arterial diastolik > 89 mmHg). Janë marrë në konsideratë të gjithë pacientët e paraqitur me hipertension, si pacientët që njihen si hipertensivë dhe pacientet që diagnostikohen për herë të parë.

**Rezultatet:** Numri i urgjencave hipertensive është gjithmonë në rritje. Gjithashtu, është në rritje numri i pacientëve që paraqiten në urgjencë me krizë hipertensive dhe nuk njihen si hipertensive.

**Konkluzionet:** Urgjencat hipertensive përbëjnë një numër të madh të urgjencave në përgjithësi. Pjesa më e madhe e pacientëve me krizë hipertensive kanë të paktën një organ të dëmtuar nga hipertensionin.

## PO 25 Urgjencat kardiokirurgjikale

Kojqiqi A.

**Hyrje:** Urgjencat kardiokirurgjikale ndahen në tri kategori të rëndësishme: Traumata kardiake, Disekacioni i Aortës dhe Kirurgjia e infarktut akut të miokardit. Rëndësi e veçantë i kushtohet përshkrimit të hollësishëm të prezantimit të pacientit me këto problematika, sidomos në rastet kur prezantimi klinik është jo i qartë dhe që vështirëson trajtimin e pacientit.

Rëndësia e secilës nga seksionet qëndron në dhënjen e njohurive të mjaftueshme, mjekut reanimator, në diagnostikimin sa më të hershëm të urgjencave kirurgjikale kardiake dhe në trajnimin e tij me një plan racional në mënyrë që trajtimi i këtyre pacientëve të jetë i menjëhershëm dhe i suksesshëm. Domosdoshmëria e ekzistencës së një ekipi të kualifikuar, i cili përfshin mjekë të licensuar, specialistë dhe infermierë të trajnuar mirë, çon në arritjen e rezultateve të mira në trajtimin e këtyre pacientëve.

Traumata kardiake.

Ruptura traumatike e aortës

Rupturat traumatike të aortës janë shkaktari i dytë vdekjeprurës nga aksidentet automobilistike dhe përbëjnë afërsisht 15% të të gjitha vdekshmërive të shkaktuara nga këto aksidente. Në 70-90% të rasteve vdekja ndodh në vendin e aksidentit. Afërsisht 8% e të aksidentuarve mbijetojnë 4h. Sipas disa raporteve të bëra publike, 48% e pacientëve kanë dhe trauma të tjera në zemër. Shumica e të dhënave janë të marra gjatë autopsisë së këtyre pacientëve. Diagnostikimi dhe trajtimi i këtyre pacientëve përbën një emergjencë të madhe. Trajtimi konsiston në zëvendësimin e aortës së shkëputur me tub dacroni.

Traumata e miokardit: Janë më të rralla edhe këto të shkaktuara nga aksidentet në trafik. Konsistojnë në hematoma të miokardit, por edhe në çarje të arterieve koronare, sidomos asaj anteriore ascendente të majtë. Kjo përbën urgjencë kardiake, pasi që tamponada kardiake e shkaktuar nga çarja e arteries koronare, çon në vdekjen e shpejtë të pacientit.

Disekacioni i aortës: Është një nga emergjencat kardiake kirurgjikale më kryesore dhe me një

vdekshmëri shumë të lartë, në rast të mos ndërhyrjes emergjente. Konsiston në çarjen e mureve të brendshme të aortës, të shkaktuara nga faktorë të ndryshëm etiologjike. Vdekshmëria nga çarja e aortës është 1% në çdo orë vonesë. Trajtimi konsiston në zëvendësimin e aortës ascendente dhe harkut të aortës. Në rastin e disekacionit të aortës descendente, trajtimi konsiston në vendosjen e stentave aortal.

## PO 26 Sindromet Aortike Akute, diagnoza dhe trajtimi i tyre

*Dado E.*

**Hyrje:** Sindromat aortike akute (SAA) përfaqësojnë një nga urgjencat mjekësore më sfiduese, e lidhur kjo me larmishmërinë e shfaqjeve klinike, mortalitetin e lartë sidomos në orët e para, si edhe kompleksitetin dhe kualitetin e zgjidhjeve terapeutike.

Shfaqjet e ndryshme klinike të SAA mbështeten kryesisht në dëmtimin e intimas dhe medias, ku spikas: ndarja e shtresave të Ao (aortic dissection) deri në çarje të saj, hematoma brenda murit, ulçera depërtuese.

**Metoda:** Diagnoza e SAA mund të arrihet me të njëjtën saktësi nëpërmjet teknikave të ndryshme imazherike, të cilat shpesh herë përdoren në mënyrë plotësuese, për të marrë një tablo të plotë të rëndësës së rastit.

Ekokardiograma ka përparësinë e përdorimit në çdo njësi spitalore: urgjence, njësi intensive, sallë kirurgjikale, pa nevojën e transferimit të sëmurit, i cili është shpesh në gjendje kritike, me paqëndrueshmëri hemodinamike me përdorim barnash intra vene dhe i monitoruar. Gjithashtu, ky ekzaminim ka rolin e pazëvendësueshëm të vlerësimit morfologjik dhe funksional të valvulës së Aortës, një e dhënë fundamentale që përcakton llojin e ndërhyrjes kardiokirurgjikale

Rezultati: Në SAA përfshihen dhe dy dëmtime të tjera: Dëmtimi traumatik i Ao dhe aneurizma falls e Ao. Për shkak të origjinës së kësaj të fundit, kryesisht pas ndërhyrjeve të kryera pikërisht për korrigjimin e sëmundjeve të Ao, ky dëmtim diskutohet në kontekstin e ndjekjes pas ndërhyrjes.

SAA paraqesin një vdekshmëri shumë të lartë, prandaj diagnostikimi dhe trajtimi i hershëm, në varësi të indikacioneve, është vendimtar.

## PO 27 Insuficenca kardiake akute - Diagnoza dhe trajtimi në Shërbimin e Urgjencës

*Sula F.*

**Qëllimi:** Kjo përmbledhje do të fokusohet në paraqitjen e të dhënave të reja në diagnozën dhe trajtimin e Insufiçencës kardiake akute në Shërbimin e Urgjencës.

Insufiçenca kardiake akute është një problem madhor i shëndetësisë në ditët e sotme. Më shumë se 1 milion raste të reja në vit diagnostikohen në Shtetet e Bashkuara të Amerikës. Insufiçenca kardiake është një sëmundje me kosto të lartë në diagnostikimin, shtrimin, trajtimin dhe ndjekjen ambulatorë e të sëmurëve që sipas studimeve pritet të shkojë në 2030 në 70 Bilion dollarë në vit. Gjithashtu, kjo sëmundje ka një mortalitet shumë të lartë deri 40% pas 5 vitesh, gjë që e krahason atë me kancerin bronkopulmonar dhe e fut atë në sëmundjet kanceroze dhe ka një përqindje të lartë të rishtrimeve, Rreth 50 % e pacientëve rishtrohen brenda 6 mujorit të parë pas shtrimit të parë. Kostoja e lartë, mortaliteti i lartë si dhe përqindja e lartë e rishtrimeve të insufiçencës kardiake akute, kanë çuar në miratimin e udhëzuesve të rinj për diagnozën dhe trajtimin e insufiçencës kardiake akute, në mënyrë që të ulet sa më shumë rishtrimet dhe mortaliteti i saj.

Futja e markueseve biokimik si BNP dhe NT pro BNP për diagnozën e insufiçencës kardiake akute si dhe echos pulmonare janë disa nga të dhënat e reja që paraqiten në këtë përmbledhje të guideline-ve botërorë të diagnozës dhe trajtimit të insufiçencës kardiake akute.

Po kështu, në trajtimin e Insufiçencës kardiake akute kanë ndryshuar shumë qëndrimet ndaj saj, duke u bazuar në sisteme pikëzimi të ndryshme për të përcaktuar shkallën e rrezikut që paraqet te pacienti me insufiçencë kardiake, me qëllim që të trajtohet që në urgjencë pa u shtruar në spital dhe të dalë në shtëpi direkt nga urgjenca me mjekim ambulator.

Po kështu, është modernizuar shumë ndjekja e të sëmurëve me insufiçencë kardiake (monitorimi në

distancë) në kushte shtëpie për të parandaluar përkeqësimin e insufiçencës kardiake, duke ulur rastet e rishtrimeve.

Në këtë paraqitje jepen në mënyrë të përmbledhur diagnoza dhe trajtimi i insufiçencës kardiake akute në urgjencë, si edhe disa metoda të reja të ndjekjes së të sëmurëve në kushte shtëpie.

Konkluzioni: Menaxhimi i insufiçencën kardiake akute në shërbimin e urgjencës përfshin diagnozën klinike, metodat diagnostike bashkëkohore dhe trajtimin sa me të shpejtë të saj në mënyrë sa më efikase.

## **PO 28 Sinkopi dhe Aritmitë kardiake në Departamentin e Urgjencës**

*Temali I.*

**Hyrje:** Aritmitë janë prevalente tek njerëzit e të gjitha moshave dhe mund të ndodhin në kuadër të një sëmundjeje kardiake, por edhe në një zemër me strukturë normale.

Ato përbëjnë një numër të rëndësishëm të pacientëve që paraqiten në Departamentin e Urgjencës. Aritmitë kanë një spektër të gjerë prezantimi klinik, por 3 janë mekanizmat kryesore të tyre: automaticiteti, triggered activity dhe re-entry.

**Metoda:** Kuptimi i mekanizmit të veprimit ndonëse jo i lehtë ndihmon në menaxhimin specific të aritmive të veçanta. Prezantimi ka për qëllim të japë këshilla të sakta në lidhje me diagnozën diferenciale dhe menaxhimin e pacientëve që vijnë në Urgjencë me Sinkop ose Aritmi, duke përfshirë Bradiaritmitë, Fibrilacionin atrial, Takikardite me komplekse QRS të ngushta dhe të gjera, duke u bazuar në guideline-t e EHRA.

**Diskutim:** Po kështu, këshilla por edhe algoritme do jepen për menaxhimin e pacientëve me keqfunktionim të pajisjeve të implantuara kardiake, stuhi elektrike dhe nevojën për kirurgji urgjente.

Gjithashtu, sugjerime jepen dhe kur duhet hospitalizuar i sëmuri me problemet e mësipërme.

## **PO 29 Ruptura post-infarktuale e septumit interventrikular**

*Llambro M.*

**Hyrje:** Ruptura e septumit interventrikular është një komplikacion mekanik i rrallë i infarktut akut të miokardit dhe potencialisht vdekjeprurës. Përpara futjes në praktiken klinike të teknikave moderne ripperfuzive, paraqitej në mënyrë tipike pas javës së parë të infarktut mesatarisht dita 3-5 (1). Mortaliteti i kësaj patologjie ngelet ende sot shumë i lartë.

Faktorët më të shpeshtë të shoqëruar me rupturën e septumit përfshijnë hipertensionin arterial, moshën > 70 vjeç, seksi femër, infarkti anterior dhe sëmundjen koronare monovazale.

Në kushte normale septumi furnizohet me gjak në 2/3 anteriore nga degët perforante të koronares discendente anteriore, ndërsa e treta posteriore furnizohet nga dega discendente posteriore. Një rrjet i gjerë anastomozash lidh këto dy arterie me njëra-tjetrën dhe është me e shprehur tek pacientët me sëmundje koronare multivazale, në të cilët zhvillohen cirkuj kolateral.

Nekroza e shtrirë septale është rezultat i ndërprerjes së papritur të fluksit koronar në mungesë të një cirkuli kolateral. Kjo shpjegon përse ruptura e septumit është më e shpeshtë tek pacientët pa histori kardiopatie ishemike dhe manifestohet në episodin e parë infarktual (2).

Kuadri klinik i rupturës së septumit interventrikular post-infarktual karakterizohet nga shfaqja de novo e një zhurme kardiake dhe e shoqëruar me grada të ndryshme të kompromentimit hemodinamik, e shkaktuar nga shunti majtas-djathtas. Shunti shkaktonte mbingarkesë të ventrikulit të djathtë dhe hiperfluks pulmonar dhe me përkeqësim progresiv të funksionit biventrikular deri në gjendje shock-u.

**Metoda:** Trajtimi konsiston në stabilizimin e pacientit me diuretikë, inotrope dhe eventualisht nëpërmjet përdorimit të balonit intra-aortik në pritje të trajtimit kirurgjikal.

**Rezultati:** Mbyllja perkutane paraqet një alternative efikase tek pacientët me shunt residual pas korrigit kirurgjikal dhe tek ata me rupturë kronike (3).

## **PO 30 Urgjencat kardiake koronare**

*Xhabija N.*

**Hyrje:** Prania e aterosklerozës është shkak kryesor që shkaktonte Sëmundjen e Arterieve Koronare. Kjo sëmundje, me evolucion progresiv dhe shpesh tinzar, mund të shkaktojë disa situata klinike emerg-

jente, ku rrezikohet jeta e pacientit dhe ku marrja e vendimeve të duhura në një kohë të shkurtër është çelësi i suksesit. Prandaj, njohja dhe diagnostikimi i Sindromës Koronare Akute, që si term përfshin gjithë urgjencat me origjinë koronare, përbën një sfidë për çdo ekip mjekësor në Urgjencë dhe në Departamentin e Kardiologjisë.

**Qëllimi:** Kjo Review do të fokusohet në një përditësim mbi menaxhimin e urgjencave koronare, në bazë të udhërrëfyesve të fundit të Shoqatës Evropiane të Kardiologjisë (ESC), me qëllim që të bëhet triazhimi optimal i Sindromës Koronare Akute (SKA).

**Metodologjia:** Termi Sindromi Koronar Akut është një term i përgjithshëm ku përfshihen të pakten tre situata klinike të grupuara në të: Angina Pectoris e Paqëndrueshme (APP), Infarkti i Miokardit pa ngritje të ST (NSTEMI), dhe Infarkti i miokardit me ngritje të ST (STEMI). Këto tre entitete janë shpesh të vështira të dallohen, duke u bazuar vetëm në simptomat klinike. Elektrokardiografia (EKG) si dhe testet laboratorike janë mjete shumë të rëndësishme diagnostike, të cilat përdoren fillimisht.

Në varësi të këtyre rezultateve dhe monitorimit progresiv të tyre merret vendimi për të vazhduar me procedurat invazive të tilla si koronarografia dhe revaskularizimi me stente.

Koronarografia duhet të kryhet sa më shpejt që të jetë e mundur në STEMI dhe në mënyrë efektive brenda (2–72 h) në NSTEMI. Kjo e pasuar edhe me procedura të tjera revaskularizuese, të cilat duhet të behen në një kohë sa më të shkurtër, për arsye se koha është e barazvlefshme me humbjen ose jo të muskulit kardiak .

Në këtë prezantim do paraqesim problematikat që hasen përpara një emergjence me etiologji koronare, që nga simptomatika e larmishme e deri trajtimi kompleks i tyre.

**Konkluzion:** Infarkti i Miokardit, si emergjenca madhore më e shpeshtë në praktikën mjekësore, duhet trajtuar në mënyrë invazive sa më shpejt që të jetë e mundur (90-120 min nga momenti i prezantimit), dhe pse jo po që e mundur edhe brenda asaj që quhet “golden hour”, në mënyrë që të shmangen pasojat e parikthyeshme, sepse siç dihet nga mjekët  $time=muscle$ .



# Konferenca Mjekësore Endokrinologji

“Diabeti 2019: Risitë e fundit në trajtimin e tij”

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë

27 Qershor 2019 / 15:00-18:00



## PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: Dr. Shk. Entela Puca

15:00-15:20

Të dhëna epidemiologjike, llojet dhe diagnostikimi i diabetit.  
Prof. Ass. Thanas Fureraj,  
Endokrinolog, Spitali Hygeia



16:35-16:55

Diabeti i shtatzënise – kritere të ekzaminimit dhe diagnostikimit.  
Dr. Etleva Gjoshe,  
Endokrinologe, Spitali Amerikan



15:20-15:40

Strategjitë e reja terapeutike për menaxhimin e Diabetit Mellitus tip 2.  
Dr. Shk. Entela Puca,  
Endokrinologe, Spitali Amerikan



16:55-17:15

Risitë në trajtimin e Retinopatisë diabetike.  
Dr. Teuta Haveri,  
Oftalmologe, Spitali Amerikan



15:40-16:00

Si ka ndikuar teknologjia në vetmonitorimin dhe trajtimin e diabetit?  
Dr. Shk. Blertina Dyrmishi,  
Endokrinologe, Spitali Hygeia



17:15-17:30

Nefropatia diabetike tek pacientët me Transplant renal.  
Dr. Arjeta Dedej,  
Nefrologe, Spitali Amerikan



16:00-16:15

Qasjet ushqyese për parandalimin dhe menaxhimin e Diabetit të tipit 2.  
Dr. Shk. Albana Daka, Mjete laboratorit -  
Nutricioniste, Spitali Amerikan



17:30-17:45

Trajtimi i Diabetit Mellitus tip 2 tek pacientët obez me anë të Kirurgjisë bariatrike.  
Dr. Mirjeta Guni, Endokrinologe,  
Spitali Amerikan



16:15-16:35

Menaxhimi i dislipidemive tek pacientët me diabet.  
Dr. Indrit Temali, Kardiolog  
invaziv, Spitali Amerikan



17:45-18:00

Diskutime, Konkluzione

## Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association

Kategoria e pjesëmarrësve: mjekë të të gjitha specialiteteve, endokrinologë, kirurgë, kardiologë, gjinekologë, peditër, nutricionistë, laborantë, mjekë të përgjithshëm, mjekë familjeje, mjekë urgjence, infermierë, mami, dentistë, farmacistë, fizioterapistë, studentë të mjekësisë apo shkencave të tjera mjekësore, etj.

### KOMITETI ORGANIZUES

Klodian Allajbeu  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

Lindita Shosha  
Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

Mario Karaj  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

Onejda Ymeraj  
Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

### Sekretare Organizative

Albana Mehmeti  
Koordinatorë e Edukimit në Vazhdim

Email: secretary@amea.al  
Web: www.imca.al

Mob: 0684032151



Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Shk. Entela Puca** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Shk. Albana Daka** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Teuta Haveri** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Mirjeta Guni** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Indrit Temali** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Etleva Gjoshe** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Prof. Ass. Thanas Fureraj** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Shk. Bleritina Dyrmishi** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Arjeta Dedej** | Konferenca Mjekësore Endokrinologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 27 Qershor 2019 / 15:00-18:00

**PO 31 Qasjet mbi mënyrën e të ushqyerit për parandalimin dhe menaxhimin e diabetit të tipit 2***Daka A.*

**Hyrje:** Faktorët dietetik janë me rëndësi të madhe në menaxhimin dhe parandalimin e diabetit të tipit 2. Diabeti është një nga problemet më të mëdha të shëndetit publik në botë: Prevalenca vlerësohet të rritet nga 425 milionë njerëz në vitin 2017 në 629 milionë deri në vitin 2045, e lidhur kjo edhe me shpenzime shëndetësore, sociale dhe ekonomike. Nevojiten zgjidhje të ngutshme për të ngadalësuar, apo edhe për të kthyer këtë prirje, sidomos duke investuar në faktorë të modifikueshëm, që përfshijnë dietën, aktivitetin fizik dhe peshën. Ushqimi është një nga kontribuesit kryesorë të morbiditetit dhe vdekshmërisë në mbarë botën, sipas "Studimit të barrës globale të sëmundjeve" të kryera në 188 vende të botës.

Rëndësia e të ushqyerit në menaxhimin dhe parandalimin e diabetit të tipit 2 përmes efektit të saj në peshën trupore dhe kontrollin metabolik është e qartë. Megjithatë, ushqimi është gjithashtu një nga aspektet më të diskutueshme dhe të vështira të menaxhimit të diabetit të tipit 2.

Ideja e të qenurit në një "dietë" gjatë gjithë jetës, për një gjendje kronike, si diabeti është e mjaftueshme për të vënë shumë njerëz në vështirësi, duke ditur sa sfidues mund të jetë modeli i të ngrënit në këto raste. Terapia mjekësore e të ushqyerit ka futur një qasje sistematike dhe të bazuar në dëshmi për menaxhimin e diabetit përmes dietës dhe efektiviteti i saj është demonstruar, megjithatë vështirësitë mbeten. Megjithëse shumica e udhëzimeve të diabetit rekomandojnë fillimin e farmakoterapisë vetëm pas ndryshimit fillimisht të stilit të jetesës, duke përfshirë aktivitetin ushqimor dhe fizik, kjo nuk ndiqet gjithmonë në praktikë. Shumica e mjekëve nuk janë të trajnuar në ndërhyrje ushqimore dhe kjo është pengesë për këshillimin e pacientëve.

Është arritur progres në kuptimin e këshillave më të mira dietike për diabetin, por ende ekzistojnë probleme më të gjëra që duhen trajtuar në vazhdim.

**Qëllimi:** Ky studim synon të paraqesë një rishikim sistematik të literaturës së dëshmuar në dispozicion në lidhje me pyetjen klinike. Pyetja klinike e hetuar është: Cilat janë mënyrat më të mira ushqyese për parandalimin dhe menaxhimin e diabetit të tipit 2 në adultë?

**Konkluzione:** Të dhënat e udhëzuesve dietetik aktualë.

Në disa vende, kryesisht ato të zhvilluara, udhëzuesit ushqimorë për menaxhimin e diabetit kanë evoluar, nga fokusi tek dietat me yndyrna të ulta, tek njohja e faktit se më me rëndësi është cilësia e makronutrientëve (që do të thotë, lloji përkundrajt sasisë së makronutrientit), shmangia e ushqimeve të procesuara (veçanërisht sheqernat), dhe zakonet e përgjithshme ushqimore.

Një model i shëndetshëm ushqyerje, i cili vë theksin tek ushqimet me vlera ushqyese dhe sasi të duhura, aktiviteti fizik i rregullt, janë përparësi për të gjithë individët me diabet. Marrja e reduktuar e kalorive për personat prediabetikë ose me diabet tip 2, si dhe marrja e insulinës në përputhje me marrjen e duhur të karbohidrateve, duhet të merren parasysht.

**PO 32 Nefropatia diabetike tek pacientët me Transplant renal***Dedej A.*

**Hyrje:** Nefropatia diabetike prek 23 % në etiologjinë e ESRD-së tek marrësit e transplantit të veshkave. Incidenca e diabetit mellitus pas fillimit të transplantit (NODAT) është i ndryshueshëm, duke filluar nga 10 deri në 46% . **Metodologjia:** Simptomat e diabetit dhe glukozës së rastësishme të plazmës  $\geq 200$  mg / dL (11.1 mmol / L), glukozë esëll  $\geq 126$  mg / dL (7.0 mmol / L) dhe glukozë pas 2 orë ngrënie  $\geq 200$  mg / dL (11.1 mmol / L) gjatë testit të tolerancës së glukozës me gojë. Vlerat e Hb A1c janë shënues jo të besueshëm të NODAT gjatë 3-6 muajve të transplantimit të parë.

**Rezultate:** Në transplantin renal mjekimi më i zakonshëm përfshin glukokortikoidet, inhibitorët e calcineurin (CNIs), tacrolimus (TAC) dhe cyclosporinë (CYC) dhe inhibitorset (mTOR) rapamycin. Efekti diabetogjen i të gjitha këtyre barnave është hulumtuar në detaje dhe ndikimi i tyre në zhvillimin e NODAT është sqaruar në disa studime të mëdha. Glukokortikoidet, si agjentët më të vjetër imunosupresivë, kanë një potencial më të fortë diabetogjenik, i cili është i varur drejtpërdrejt me dozën e tyre. Frenuesit e calcineurëve nxisin NODAT me anë të mekanizmave të ndryshme, duke përfshirë uljen e sekretimit të insulinës me një efekt toksik të drejtpërdrejtë në qelizat beta pankreatike.

Së fundmi, edhe pse me frekuencë më të vogël, inhibitorët mTOR vazhdojnë të përdoren midis pacientëve të transplantuar përkundër dëshmi klinike të përdorimit të tyre, duke u shoqëruar me rreziqe më të mëdha të dështimit të të gjitha transplantave dhe vdekjes së marrësit krahasuar me një regjim të bazuar në CNI. Nefropatia diabetike shfaqet në veshkën e transplantuar zakonisht pas rreth 5.9 vitesh.

**Konkluzione:** Në pacientët me DM pre-transplant dhe ata që zhvillojnë NODAT, gjetjet patologjike të transplantimit të DN pas veshkave janë në pjesën më të madhe të ngjashme me ato të DN tipike në veshkat e recipientit. Trashje e GBM dhe dëmtimi tubular janë tipike. DN në veshkën e transplantuar shpesh shoqërohet me ndryshimet vaskulare dhe tubulointersticiale shkaktuar nga flakja e allograftit, infeksionet virale, ose nephrotoksiciteti i CNI, e cila e dallon atë nga DN në veshkave të recipientit. Në pacientët, të cilët zhvillojnë DN me mikro dhe makroalbuminuri të dukshme përveç kontrollit të rreptë të glicemisë dhe përdorimit të frenuesve të angiotensinës dhe statinave mbeten golden standard në mjekim.

**PO033 Si ka ndikuar teknologjia në vetmonitorimin dhe trajtimin e diabetit?***Dyrmishi B.*

**Hyrje:** Numri i personave me diabet është rritur në të gjithë botën. Në 2017 numri i personave të diagnostikuar me diabet ishte 425 milion dhe ky numër pritet të rritet në vitet në vazhdim. Incidenca e diabetit në të gjithë botën është rritur, gjithashtu edhe ajo e diabetit tip1. Shkaku për rritjen e incidencës së diabetit tip1 nuk është i qartë, por mund të jetë një ndërthurje mes faktorëve gjenetikë dhe ambjentalë. Për shkak të komplikacioneve kronike, diabeti renditet ndër shkaqet kryesore të vdekjeve, prandaj, dhe mjekimi sa më i mirë i tij dhe parandalimi i komplikacioneve kërkon një kontroll sa më të mirë të glicemisë tek pacientët. Të dhënat epidemiologjike kanë treguar se të sëmurët me diabet mellitus tip1, që kanë një

kontroll optimal të glicemive zhvillojnë mbi dy episode të lehta, të hipoglicemisë në javë.

**Metodologjia:** Materiali shkencor u mor dhe u përpunua nga revistat e fundit në pubmed.

**Rezultatet:** Qëllimi kryesor i trajtimit të diabetit është mbajtja e glicemive të kontrolluara si edhe edukimi i pacientit për të bërë edhe vetë menaxhim të sëmundjes. Me zhvillimin e teknologjisë është më e mundur të arrihet kjo. Hypoglicemia ka qenë një nga barrierat kryesore në arritjen e targeteve të trajtimit të diabetit. Në ditët e sotme monitorimi i vazhdueshëm i glicemive dhe infuzioni i vazhdueshëm i insulinës ndërmjet pompave të insulinave ka bërë që pacientët të kenë një përshatje më të mirë të sasisë së insulinës së aplikuar sipas glicemisë. Me përdorimin e pompave të insulinës dhe me monitorimin e vazhdueshëm të glukozës është e mundur të ulen episodet e hipoglicemive dhe të ketë injeksione shtesë të insulinës, në rastin e vlerave të larta të glicemisë, duke arritur në ekuilibrim më të mirë të diabetit e për rrjedhojë në zvogëlimin dhe mënjanimin e komplikacioneve kronike të diabetit.

**Konkluzione:** Përdorimi i teknologjisë në ditët e sotme, lejon të kryhet një vetë monitorim më i mirë i glicemive, duke bërë më të lehtë të arrihen targetet e trajtimit të diabetit, dhe duke mundësuar zvogëlimin dhe trajtimin në kohë të episodeve të hypoglicemisë.

## PO 34 Strategjitë e reja terapeutike për menaxhimin e Diabetit Mellitus tip2

*Puca E.*

**Hyrje:** Diabeti është një sëmundje serioze, kronike progresive që karakterizohet nga hiperglicemia e shkaktuar kjo ose nga deficit i sekretimit të insulinës, ose kur organizmi nuk e përdor në mënyrë efikase. Shumë medikamente të reja janë aprovuar për trajtimin e diabetit, këto vitet e fundit. Është e rëndësishme të kuptojmë efikasitetin dhe sigurinë e tyre në mënyrë që të përdoren sa më saktë në trajtimin e diabetit.

**Qëllimi:** Përditësimi i udhërrëfyeseve më të fundit, në lidhje me efikasitetin dhe sigurinë e medikamenteve antidiabetike në trajtimin e diabetit.

**Metodologjia:** Reviu e literaturës në lidhje me strategjitë e reja terapeutike në menaxhimin e diabetit. Ne kërkuam në PubMed me fjalët kyçe: diabet mellitus dhe anti diabetiket oral.

**Rezultatet:** Nga kërkimi rezultuan që për një periudhë 10 vjeçare janë publikuar 184 artikuj. Vetëm në 5 vitet e fundit ishin 91 artikuj. Në të gjithë udhërrëfyesit është vënë theksi tek rëndësia e mbajtjes nën kontroll të diabetit, me qëllim që të ulim riskun e shfaqjes së komplikacioneve. Për arritjen e këtij qëllimi, është e dosmosdoshme ndryshimi i stilit të jetesës (ku përfshihet rregjim ushqimor i shëndetshëm dhe aktiviteti fizik) dhe përdorimi i medikamenteve. Aktualisht, dekadën e fundit janë në përdorim një sërë klasash të reja antidiabetikësh, të cilët veprojnë në mekanizma të ndryshëm fizio-patologjik dhe i japin mundësi klinicistëve të jenë, sa me efikas në menaxhimin e diabetit. Metformina mbetet zgjedhja e parë, përveç rasteve, kur ajo është e kundër indikuar. Shkaku kryesor i morbiditetit dhe mortalitetit në pacientët me diabet është sëmundja kardiovaskulare. Në rast se me monoterapi, nuk arrihet targeti i dëshiruar i Hemoglobinës së glukozuar ( $HbA1c < 7\%$ ), zgjedhja e medikamentit të dytë bëhet duke marrë në konsideratë dhe prezencën/ose jo të sëmundjeve bashkëshoqëruese. Dy klasat e reja: 1. Agonistët e receptorëve të glucagon-like peptide-1 (GLP-1 RA) dhe 2. Frenuesit selektivë të sodium glucose transporter 2 (SGLT2), kanë demonstruar përfitime kardiovaskulare përtej pritshmërive të parashikuara. Këto dy klasa kanë sfiduar algoritmat që ishin në përdorim në praktikën klinike. Në përzgjedhjen e medikamenteve, pas metforminës, duhet gjithashtu, të meren parasysh dhe një sërë faktorësh të tjerë: Cili është niveli që dëshirohet për HbA1c, risku për hypoglicemi, efekti në peshën trupore, efikasiteti i medikamentit, efektet anësore, kostoja, mënyra e përdorimit (tabletë vs injeksion), nëse janë të pranishëm në tregun farmaceutik të vendit tonë, etj. Trajtimi i diabetit tip1 është vetëm me insulinë. **Konkluzione:** Diabeti është një sëmundje kronike e cila kërkon një skuadër multidisiplinore, ku të përfshihen profesionistët e ndryshëm të shëndetit, dietologët, pacienti dhe familja e tij. Trajtimi i diabetit tip2 është tashmë një proces shumë kompleks, duke marrë parasysh numrin e madh të medikamenteve antihyperglycemicantë që janë tashmë në përdorim. Duke e vendosur pacientin në qendër dhe duke i ofruar këshilla dhe mbështetje të vazhdueshme, përzgjedhja e medikamenteve duhet të bëhet duke patur parasysh: Sigurinë, sëmundjet bashkëshoqëruese, tolerancën ndaj medikamentit, efektivitetin, çmimin dhe thjeshtësinë në përdorim.

## PO035 Diabeti i shtatzënisë – kritere të ekzaminimit dhe diagnostikimit

*Gjoshe E.*

**Hyrje:** Shtatzënia është një gjendje komplekse metabolike që përfshin ndryshime dramatike dhe në mjedisin hormonal, përveç ndryshimeve në adipocite dhe citokinë inflamatore. Placenta është përgjegjëse për prodhimin e hormoneve, të cilat riprogramojnë fiziologjinë e nënës për t'u bërë rezistente ndaj insulinës në tremujorin e dytë dhe të tretë të shtatzënisë për të siguruar në këtë mënyrë një furnizim të mjaftueshëm me ushqyes për fetusin në rritje. Diabeti i shtatzënisë (gestational-GDM), nënkupton diabetin e diagnostikuar për herë të parë gjatë gjysmës së dytë të shtatzënisë, ndërkohë që një diabet i diagnostikuar në tremujorin e parë të shtatzënisë karakterizohet nga ndjeshmëri e shtuar ndaj insulinës dhe është sygjerues për një diabet preekzistent. **Metoda:** Identifikimi i grave shtatzëna me diabet, fillimi i terapisë së përshtatshme dhe monitorimi nga afër, mund të ulin rrezikun e ndërlikimeve të mundshme të shtatzënisë (të fetusit dhe të nënës), veçanërisht makrosominë, polihidramnios, distocin e shpatullës dhe preeklampsinë (2,3). Në dallim nga gratë me diabet pregestational, gratë me GDM të vërtetë nuk janë në rrezik për të lindur foshnja me keqformime kongenitale, sepse fillimi i çrregullimit të metabolizmit glicemik ndodh pas organogenezës. Për pacientët me rrezik për DM vlerësimi i glicemisë duhet kryer që në konsultën e parë obstretikale (glicemi esëll, HbA1c), ndërsa te gjitha shtatzënat të pa ekzaminuara, apo me rezultat normal në vlerësimin e parë, u nënshtohen ekzaminimit në javën 24-28 të shtatzënisë. Nuk ka një konsensus unanim për depistimin e GDM, ndaj mund të përdoret ekzaminimi në një hap me TTOG me 75gr glukozë; ose me dy hapa, fillimisht me 50 mg, dhe për vlera mbi normë vazhdohet me TTOG me 100gr glukozë. (4-9). Shumë gra arrijnë vlera të mira të glicemisë vetëm nën trajtim nutritional (dhe aktivitet fizik), por deri në 30% e tyre kanë nevojë për trajtim medikamentoz.

Trajtim medikamentoz bazë dhe unanimisht i aprovuar në trajtimin e GDM është insulinoterapia.

**Rezultati:** Pas lindjes, niveli i glicemive normalizohet, por pacientët mbeten në rrezik për GDM në shtatzënitë e ardhshme, për tolerancë të dëmtuar ndaj glukozës apo dhe DM në vitet në vijim.

Të gjitha gratë me GDM duhet të inkurajohen që të ushqejnë me gji dhe duhet të rivlerësohen me një test tolerancë me 75 gram glukozë, në intervalin 6 - 12 javë pas lindjes.

### PO 36 Menaxhimi i dislipidemive tek pacientët me diabet

Temali I.

**Hyrje:** Sëmundja kardiovaskulare është shkaku më i shpeshtë i sëmundshmërisë dhe i vdekshmërisë tek pacientët me diabet dhe megjithëse është reduktuar shumë rreziku, këta individë kanë dy herë më shumë rrezik se të tjerët për të pasur evente aterosklerotike. Menaxhimi agresiv i dislipidemisë është shumë i rëndësishëm për të ulur këtë rrezik. Diabeti dhe insulinorezistenca shoqëruese nxisin ndryshime në cilësinë dhe sasinë e profilit lipidik, që ndikon dhe në trajtimin efektiv të tij.

**Qëllimi:** Në këtë prezantim do të paraqiten rekomandimet për menaxhimin sa më të saktë të dislipidemisë diabetike.

**Metodologjia:** Reviu e literaturës dhe e guideline-ve, në lidhje me menaxhimin sa më efikas të dislipidemisë diabetike.

**Rezultatet:** Dislipidemia diabetike karakterizohet nga rritje e nivelit të triglicerideve, ulje e nivelit të lipoproteinave me densitet të lartë (HDL – C) dhe predominancë e LDL kolesterolit. Studimet e fundit klinike kanë siguruar të dhëna, që terapia për uljen e nivelit të lipideve ka të njëjtin efekt në rezultatet kardiovaskulare, si tek të sëmurët diabetikë edhe tek ata jodiabetikë. Sipas lineave-guidë aktuale, targeti i nivelit të LDL kolesterolit është < 100 mg/dL (< 70 mg/dL në pacientët me risk shumë të lartë) dhe statinat janë trajtimi i zgjedhur. Në arritjen e targetit lipidik vëmendje të veçantë duhet t'i kushtohet modifikimit të stilit të jetesës, si dietës, ushtrimeve fizike, ndalimit të pirjes së duhanit, humbjes në peshë dhe kontrollit të glicemisë. Statinat janë trajtimi i zgjedhur në dislipidiminë diabetike, por shpesh mund të nevojitet një kombinim i medikamenteve që ulin nivelin e lipideve. Kombinimet e këtyre agjentëve antilipidik janë të shumtë dhe ka shumë faktorë që duhet të merren në konsideratë në përcaktimin e strategjisë sa më të përshtatshme.

**Konkluzion:** Identifikimi dhe trajtimi efikas i dislipidemisë është element shumë i rëndësishëm në parandalimin e sëmundjes koronare të zemrës tek të sëmurët diabetikë. Megjithëse statinat janë medikamenti i zgjedhur në dislipidiminë diabetike, tek pacientët me risk të lartë duhet të merret në konsideratë dhe kombinimi i antilipidikëve.

### PO 37 Trajtimi i Diabetit Mellitus tip2 tek pacientët obez me anë të kirurgjisë bariatrike.

Guni M.

**Hyrje:** Një nga faktorët madhor të rrezikut së shfaqjes dhe persistimit të DM tip2 është obeziteti, ndaj dhe rënia në peshë mbetet një nga shtyllat kryesore të trajtimit të DM tip 2. Një mënyrë efektive për të arritur rënien në peshë dhe remisionin e Diabetit është kirurgjia bariatrike. Normalizimi i glicemive pas kirurgjisë arrihet në 80% të pacientëve dhe është rezultat i kombinimit të një sërë faktorëve; kufizimit të marrjes së kalorive, uljes së rezistencës insulinike dhe rritjes së sekretimit të insulinës. Kirurgjia bariatrike rekomandohet në pacientet me DM tip2 të cilët kanë BMI (body mass index) mbi 35 kg/m<sup>2</sup>.

Eksperienca jonë në trajtimin me kirurgji bariatrike të DM tip2 në pacientët me BMI mbi 35 kg/m<sup>2</sup> ka rezultuar efektive në të gjitha rastet. **Metoda:** Ky studim retrospektiv i kryer në 10 pacientë me DM tip 2 apo dëmtim të tolerancës së glukozës dhe obezitet, të cilët iu nënshtruan kirurgjisë bariatrike (sleeve gastrectomy ose Roux-en Y bypass) gjatë një periudhe 12 mujore (2017-2018), synon vlerësimin e përmirësimit të glicemive pas interventit dhe monitorimin e tyre për një periudhë 1 vjeçare. BMI e pacientëve që iu nënshtruan interventit kirurgjikal, lëvizte nga 35-64 kg/m<sup>2</sup>, mosha mesatare 38 vjeç (varionte nga 30-55), 4 prej tyre ishin meshkuj dhe 6 femra. Me DM tip 2 nën trajtim me antidiabetik oral apo insulinoterapi, apo tolerancë të dëmtuar të glicemive, me vlera të ekuilibruara ose jo të glicemive nën trajtim, ku me dietë dhe aktiviteti fizik nuk arrihej ruajtja e peshës trupore normale. Pacientët që iu nënshtruan RYGB ishin me BMI më të lartë se ato që iu nënshtruan Gastric sleeve (mesatarja 43 kg/m<sup>2</sup> për pacientët që iu nënshtruan RYGB dhe 38 kg/m<sup>2</sup>, për ato që iu nënshtruan Gastric sleeve). Vlerësimi i pacientëve u bë para interventit si dhe në javën e parë, pas 3 muajsh, 6 muajsh dhe 12 muajsh, nga interventi dhe konsistoi në: ekzaminimin fizik, Body Mass Index (BMI), vlerësimin nutricional dhe psikologjik, si dhe ekzaminimet laboratorike si hemogramë, glicemi esëll dhe 2 orë pas buke, HbA1c, azotemia, kreatinemi, elektrolitet dhe lipidogramë.

**Rezultatet:** Të dy metodat (Gastric sleeve dhe RYGB) rezultuan efektive, në trajtimin e obezitetit dhe përmirësimin e sindromit metabolik. Përmirësimi i glicemive, u vu re në të gjithë pacientët, qysh në ditët e para pas interventit dhe në të gjithë pacientet HbA1c persistonte nën 6.5% vitin e parë pas interventit, pa trajtim me antidiabetike orale apo insulinë. Rënia në peshë efektive (humbje e mbi 50% të mbipeshes) u arrit brenda 6 muajve pas interventit.

**Konkluzion:** Kirurgjia bariatrike mbetet një metodë efektive për trajtimin e obezitetit dhe sindromit metabolik, në pacientët me BMI mbi 35 kg/m<sup>2</sup> dhe me komplikacione kronike të obezitetit kur metodat e tjera konvencionale, të trajtimit kanë dështuar. Përmirësimi i glicemive dhe parametrave të tjerë të sindromit metabolik u arrit në të gjithë pacientet që iu nënshtruan kirurgjisë bariatrike.

### PO 38 Risitë në trajtimin e Retinopatisë diabetike

Haveri T.

**Përshkrim:** Retinopatia diabetike mbetet një nga shkaqet kryesore të verbimit edhe në ditët e sotme, në moshat aktive për punë. Sipas WHO, sot numërohen rreth 387 milionë njerëz me diabet mellitus, prej të cilëve 93 milionë me retinopati diabetike, 17 milionë që paraqesin retinopati diabetike proliferative dhe 28 milionë me komplikacion të rëndë, atë RD që rrezikonë verbërinë. Mekanizmi fiziologjik – patologjik: Në bazë të mekanizmit fiz-pat të retinopatisë diabetike, qëndron hiper-glicemia persistente, e cila sjell për pasojë dëmtimin e enëve të vogla, të gjakut (mikroangiopatia diabetike). Më pas vijon një kaskadë me pasojë: Humbja e periciteve të kapilarëve, shkatërrim i barrierës interne gjak-retinë, ekstravazimi i serumit

dhe elementëve të gjakut dhe grumbullimin e tyre në retinë, me pasojë formimin e edemës makulare cistoide dhe eksudate të forta, të cilët shkaktojnë ulje të pamjes. Ky është stadi i retinopatisë diabetike jo proliferative, i cili nëse nuk trajtohet, sjell për pasojë ishemi kronike të zonave të veçanta të retines, rritje të sekrecionit të substancave VEGF, të cilët nxisin angiogenezën dhe neovaskularizimin. Këto dy të fundit mund të çojnë në hemorragji intravitreale, traksion të retinës dhe glaukomë neovaskulare, forma të retinopatisë diabetike proliferative me pasojë verbimin.

**Qëllimi i trajtimit:** Trajtimi i retinopatisë diabetike pre proliferative konsiston në frenimin e mekanizmave që mund të bëhen shkak për evolucionin në retinopati proliferative. Këto mekanizma janë ekzistenca e zonave të ishemisë retinale dhe prodhimi i substancave VEGF. Trajtimi bazohet në frenimin dhe neutralizimin e tyre. Ndërsa në stadin e retinopatisë diabetike proliferative trajtimi është kirurgjikal nëpërmjet vitrektomisë posterior, absorbimit të hemorragjisë intravitreale dhe prerjes së traksioneve vitreo-retinale.

**Metodat:** Evidentimi i edemes makulare cistoide është një moment kyç në trajtimin e retinopatisë diabetike, sepse sinjalizon se ka filluar prodhimi i substancave VEGF. Përcaktimi dhe majtja e sasisë së edemës makulare realizohet nëpërmjet aparaturës Optical Coherence Tomography. OCT është një risi e kohëve të fundit, e cila ka mundësuar zbulimin dhe stadifikimin më të shpejtë e më të thjeshtë të RD. Trajtimi inovativ bazohet në injektimin intravitreal të substancave anti VEGF si: Aflibercept /Ranibizumab/Bevacizumab (2 të parat të miratuara për përdorim intravitreal në 2012 dhe 2014 nga FDA). Gjithashtu, nuk e kanë humbur ende vlerën trajtimet më të hershme me antinflamatorë steroide si kortizonikvt: Ozurdex (Dexamethasone) 0.7 mg/ Flucinolone Acetonide) 0.19 mg, të cilët aplikohen në formë implanti apo injeksione intravitreale. Evidentimi i zonave të ishemisë retinale bazohet në ekzaminimin e angiografisë me fluoresceine, ndërsa trajtimi i tyre në aplikimin e terapisë me argon laser. Ky i fundit aplikohet në formën e laser fokal, panretinal fotocoagulation ose grid laser, në trajtimin e makulopatisë diabetike. Kirurgjia vitro-retinale është shpëtimi i vetëm për retinopatitë diabetike proliferative dhe hemorragji intravitreale persistente. Avancimi i kësaj kirurgjie, futja e kirurgjisë mikroinvazive 25 dhe 27 G, na mundësojnë së fundmi, ndërhyrje më të shpejtë dhe rezultate më të mira me rastin e RD proliferative.

**Konkluzion:** Evolucionin e teknologjisë ka mundësuar futjen në përdorimin klinik të aparaturave të avancuara, si OCT, e cila mundëson ekzaminimin më të hershëm dhe minimalisht invaziv të pacientit diabetik. Vizualizimi dhe ndjekja e edemës makulare diabetike është bërë më i thjeshtë dhe me pak invaziv për pacientin. Aplikimi i substancave anti VEGF, përfaqëson një alternativë dhe shpesh herë janë komplementare ndaj trajtimit klasik me laser fotokoagulim. Aplikimi i kirurgjisë vitreo retinale 25 dhe 27 G, mundëson trajtim më të hershëm dhe rikuperim më të shpejtë, në rastin e retinopatisë diabetike proliferative. Me vlerë të pazëvendësueshme është sigurisht depistimi dhe zbulimi i hershëm i retinopatisë diabetike (kontrollet rutinë të fundus oculi - çdo 6 muaj te okulisti) si dhe ruajtja e vlerave të qëndrueshme të glicemisë në bashkëpunim me mjekun endokrinolog (glicemia, HbA1C) për të ruajtur rezultate të qëndrueshme afatgjata.

## PO 39 Të dhëna epidemiologjike, llojet dhe diagnostikimi i diabetit

*Fureraj Th.*

**Hyrje:** Diabetes Mellitus ose thjesht Diabeti, është një nga sëmundjet e njohura më herët tek qeniet humane. Përshkrimet e para në papiruset egjiptiane datojnë 1500 vjet para Krishtit. Por termi "Diabetes" u përshkrua së pari Arataeus of Cappadocia dhe termi "Mellitus" u shtua me vonë nga Thomas Willis me 1675.

**Qëllimi:** Reviu e literaturës në lidhje me epidemiologjinë, llojet e diabetit dhe diagnostikimi tij.

Rritja pandemike e diabetit përben aktualisht një problem të madh të shëndetit publik. Në vitin 1980 diabetikët përbënin 4.7% të popullatës së përgjithshme, ose 108 milionë. Në vitin 2014 përbënin 8.4% ose 422 miliona diabetike. Parashikimet për vitin 2035 janë më të zymta ku numri i diabetikeve parashikohet të jetë 592 milionë. Moshat më të prekura janë ato midis 40-59 vjet. Kompleksiteti dhe heterogeniteti i këtij çrregullimi metabolik qëndron në bazë të klasifikimit të diabetit. Deficit insulinik ndryshon në varësi të tipit të diabetit:

Diabeti Tip I – si pasojë e destruksionit të qelizave beta çon në deficit absolut të insulinës.

Diabeti Tip II – mund të kemi rezistencë të rritur periferike ndaj insulinës me deficit relative në insulinë, por mund të kemi dominim edhe të insulinosekrecionit me rezistencë insulinike.

Diabeti gestacional (i barrës) është një tip diabeti që zhvillohet vetëm gjatë barrës, zakonisht në javën e 24 deri në javën e 28-të dhe pas lindjes normalizohet.

Tipa të tjerë specifk të diabetit ku mund të përmendim diabetin nga defekte gjenetike, të funksionit të qelizës beta, por dhe defekte që kushtëzojnë veprimin e insulinës, patologjitë e pankreasit ekzokrin, endokrinopatitë, medikamentoz, infeksioz, etj.

Diabeti shoqërohet me ndërlikime akute dhe kronike, duke rritur kështu invaliditetin dhe mortalitetin. Në vitin 2016, diabeti renditej i shtati në shkaqet e mortalitetit. Për të parandaluar këto komplikacione duhet diagnostikim i hershëm i mbështetur në kritere të qarta.

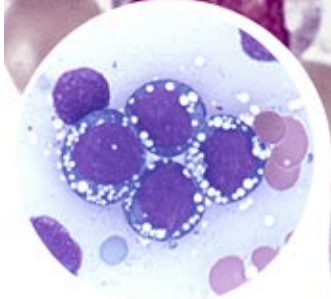
Diagnoza e diabetit mbështetet në matjen e glicemisë esëll, e cila duhet të jetë  $\geq 126$  mg/dl (7.0 mmol/l) në kushtet që pacienti të jetë 8 orë esëll.

Glicemia 2 orë pas glukozes (75 g glukozes) duhet të jetë  $\geq 200$  mg/dl (11.0 mmol/l).

Kriter tjetër diagnostik është HbA1c, e cila duhet të jetë  $\geq 6.5\%$  (ose 48mmol/mol). Dhe së fundi, janë diabetikë pacientët me shenja klinike dhe me glicemi të rastit  $\geq 200$ mg/dl.

**Konkluzion:** Të dhënat epidemiologjike parashikojnë një rritje globale në shifra, gati pandemie të diabetit, ndaj si rrjedhojë parandalimi, diagnostikimi sa më herët i diabetit dhe ndërlikimeve akute apo kronike, duhet të jetë një prioritet për të gjithë.

# Konferenca Mjekësore Hematologji-Histopatologji



## Fokus "Trajtimi i Mielomës Multiple dhe Transplanti i qelizave burimore hematopietike - Një realitet i ri trajtimi në Shqipëri"

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Korrik 2019 | 15:00 - 18:00

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderator: **Dr. Sotiraq Lako**

**15:00-15:25**

**Evolucioni darvinian i kancerit.**  
Dr. Sotiraq Lako, Hematolog,  
Spitali Amerikan



**15:25-15:55**

**Imunohistopatologjia e palcës  
së kuqe të kockave tek  
Mieloma multiple.**  
Dr. Shk. Leart Bërdica, Shef i  
Departamentit të Anatomisë  
Patologjike, Spitali Amerikan  
dhe mjek në Shërbimin e  
Anatomisë Patologjike QSUT



**15:55-16:25**

**Mieloma multiple – Etiologjia,  
fispatologjia, klinika, diagnoza,  
principet e trajtimit.**  
Dr. Blerina Koprencka,  
Hematologe, Spitali Hygeia



**16:25-16:50**

**Testet diagnostike laboratorike  
për Mielomën multiple.**  
Dr. Irena Marku, Mjete Laboratori,  
Spitali Amerikan



**16:50-17:15**

**Gamopatia monoklonale me  
rëndësi klinike (MGCS) - kur MGUS  
nuk është më i parëndësishëm.**  
Dr. Arjeta Dedej, Nefrologe,  
Spitali Amerikan



**17:15-17:45**

**Misioni MRD - Kontroll kundrejt  
shërim dhe Transplanti i Qelizave  
burimore hematopietike  
- Realitet i ri trajtimi në Shqipëri.**  
Dr. Sotiraq Lako, Hematolog,  
Spitali Amerikan

**17:45-18:00**

**Diskutime, Konkluzione**

### Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association

Kategoria e pjesëmarrësve: Klinikistë, hematologë, patologë, kardiologë, radiologë, kirurgë, anesteziistë, mjekë familjeje, pediatër, nefrologë, mjekë të përgjithshëm, mjekë urgjence, infermierë, mami, dentistë, farmacistë, laborantë, studentë të mjekësisë apo shkencave të tjera mjekësore, etj.

#### KOMITETI ORGANIZUES

Klodian Allajbeu  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

Lindita Shosha  
Drejtoreshë e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

Mario Karaj  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

Onejda Ymeraj  
Drejtoreshë Operacionale  
Spitali Amerikan

#### Sekretaria Organizative

Albana Mehmeti  
Koordinatorë e Edukimit në Vazhdim

Email: secretary@amea.al  
Web: www.imca.al

Mob: 0684032151




Spitali Amerikan | Instituti Kombëtar i Shkencave Mjekësore dhe Fakulteti i Shkencave Mjekësore | Albanian Medical Education Association

**Dr. Shk. Sotiraq Lako**

**Konferenca Mjekësore  
Hematologji-Histopatologji**

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 25 Korrik 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Instituti Kombëtar i Shkencave Mjekësore dhe Fakulteti i Shkencave Mjekësore | Albanian Medical Education Association

**Dr. Arjeta Dedej**

**Konferenca Mjekësore  
Hematologji-Histopatologji**

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 25 Korrik 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Instituti Kombëtar i Shkencave Mjekësore dhe Fakulteti i Shkencave Mjekësore | Albanian Medical Education Association

**Dr. Shk. Leart Bërdica**

**Konferenca Mjekësore  
Hematologji-Histopatologji**

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 25 Korrik 2019 / 15:00-18:00




Spitali Amerikan | Instituti Kombëtar i Shkencave Mjekësore dhe Fakulteti i Shkencave Mjekësore | Albanian Medical Education Association

**Dr. Irena Marku**

**Konferenca Mjekësore  
Hematologji-Histopatologji**

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 25 Korrik 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Instituti Kombëtar i Shkencave Mjekësore dhe Fakulteti i Shkencave Mjekësore | Albanian Medical Education Association

**Dr. Blerina Kopencka**

**Konferenca Mjekësore  
Hematologji-Histopatologji**

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 25 Korrik 2019 / 15:00-18:00

**PO 40 Gamopatia Monoklonale me Rëndësi Klinike (MGCS). Kur MGUS nuk është më i parëndësishëm - Paraqitje rasti/Case report.***Dedej A.*

**Hyrje:** Gamopatia Monoklonale me Rëndësi të Papërcaktuar (MGUS), është prezent në rreth 3 % të popullatës mbi 50 vjeç dhe progreson në MM ose në sëmundje malinje të lidhura më të, me një frekuencë prej 1 % në vit. MGUS pavarësisht shkallës të ulët të malinjitetit, në disa raste ka potencial për simptomatikë të rëndësishme.

Në këto raste flitet për Gamopatia Monoklonale me Rëndësi Klinike (MGRS), ku dëmtimi renal nga paraproteina e klonit malinj të MGUS është më e shpeshta. Glomerulopatia C3 është një formë e rallë e glomerulonefritit, pasojë e defekteve në rrugën alterne të kaskadës së komplementit. Karakterizohet nga depozitime glomerulare të faktorit C3 të komplementit.

**Metoda:** Ne do të paraqesim rastin e një pacienti me MGRS, 61 vjeç, me hematuria, anemia, disfunkcion renal, proteinuria. Pacienti ishte transplantuar (veshka) dy vite më parë dhe ishte nën trajtim me krotizonikë, Tacrolimus dhe Entecavir për HBV. Në analizat hematobiokimike, konstatohet një pik i vogël në zonën e gamaglobulinave. Realizohet mielograma/biopsia e PKK dhe konfirmohet diagnoza e MGUS. FISH t (11; 14) (q13; q32) Biopsi renale konfirmon glomerulopatia C3 me proliferacion mesengjik dhe të përhapur endokapilar.

Gammopatia monoklonale me rëndësi renale MGRS është një term për të përshkruar një grup të çrregullimeve hematologjike të shoqëruara me sëmundjen e veshkave që nuk arrijnë të përmbushin përkuizimet standarde për MM ose limfomën.

**Konkluzion:** Në raste të tilla, dëmtimi i veshkave është i lidhur më sëmundjen bazë hematologjike. Qëllimi është të bëjmë dallimin midis MGUS, nja patologji beninje, asimptomatike me MGRS, që shoërohet me sëmundshmëri dhe vdekshëmri.

**PO 41 Mieloma Multiple – Etiologjia, fispatologjia, klinika, diagnoza, principet e trajtimit***Koprencka B.*

**Hyrje:** Mieloma është sëmundje tumorale malinje, proliferim dhe infiltrim neoplazik, monoklonal (në fakt shumë nënklone, me origjinë nga një qelizë e vetme) i qelizave plazmatike të mirë diferencuara (malignant B-cell neoplasm), në një vatër të vetme (solitare) apo shumë vatra (multiple) në Palcën e Kuqe të Kockave (PKK), me pasojë insuficiencën e PKK dhe dëmtimin kockor; si dhe prekje të mundshme ekstramedulare (pasojë e proliferimit dhe infiltrimit qelizor malinj/depozitimit të proteinës monoklonale).

MM aktive është pasojë klinike e një procesi shumëshkallësh transformimi evolucionar darvinian, që fillon nga

- a) predispozicioni gjenetik
- b) ngjarjet e fillimit të mielomës
- c) një gjendje beninje (premalinje), asimptomatike, Gamopatia Monoklonale me Rëndësi të Papërcaktuar (MGUS), për t'u transformuar në
- d) Smoldering (asimptomatik) MM, në e) MM simptomatike (aktive)
- f) High-risk MM ku përfshihen dhe Leukoza Plazmocitare dhe Mieloma Ekstramedulare.

Sipas kriterëve të rishikuara të IMWG në 2014, vendosja e diagnozës së MM kërkon plotësimin e të dy kriterëve:

- a) praninë e 10 % ose më shumë ( $\geq 10\%$ ) qeliza plazmatike klonale (malinje, jo totale) në PKK (të vërtetuar me imunfluoreshencë, NGS, NGF, MFC nga aspirimi random i PKK), pra minimumin e infiltrimit të



PKK me qeliza plazmatike malinje ose mieloma medulare e provuar me random biopsi (imunohistokimia), ose një plazmocitomë kockore/ekstramedulare të provuar me biopsi (imunohistokimi), plus, b) praninë e një ose më shumë, të paktën e njërës ( $\geq 1$ ) prej CRAB Criteria.

**Metoda:** Trajtimi i sëmundjes përcaktohet nga mosha e pacientit, sëmundjet bashkëshoqëruese dhe faktorët citogjenetike. Terapia me dozë të lartë e bashkëshoqëruar me transplantimin e qelizave buri-more hematopoitike autologe (Auto-HSCT) mbetet trajtimi i zgjedhur për pacientët nën moshën 70 vjeç, të cilët janë në gjendje të mirë shëndetësore.

**Rezultate:** Si rrjedhim i përdorimit të preparateve të reja, auto-HSCT, mbijetesa mesatare e pacientëve me MM është zgjatur dukshëm, me synimin e afërt, përcaktimin e MM si një sëmundje potencialisht të shërueshme.

## PO 42 Testet Diagnostike Laboratorike për Mielomën Multiple

*Marku I.*

Testet laboratorike specifike tek pacientët që dyshohen për MM, sipas rekomandimeve të IMW janë:

1. Elektroforeza dhe Imunoelektroforeza e Proteinave në serum dhe urinë.
2. Vargjet e lehta të lira në serum.
3. Beta-2 mikroglobulina në serum, albumina dhe matja e LDH.
4. FISH.
5. Ekzaminimi i skeletit dhe indeve të buta me CT/MRI.
6. Asprimi i PKK/Biopsia e PKK/Imunofenotipi dhe Histokimia.

Krahas testeve standarte hematobiokimike, për vlerësimin e anemisë, prekjes së funksionit renal, kalçemisë, si serumi ashtu edhe urina, duhet të vlerësohen për proteinën monoklonale.

Matja sasiore e proteinës totale, përcaktimi i gama globulinave, pikut monoklonal, sasia e M proteinës me Elektroforezën e proteinave, përcaktimi i monoklonalitet me Imunofksimin, përcaktimi i sasisë së imunoglobulinave me anë të Imunoelektroforezës së Proteinave, përcaktimi i vargjeve të lehta të lira janë analiza thelbësore për vendosjen e diagnozës së MM.

Për çdo pacient do të realizohet ekzaminimi citogjenetik për të bërë shtresëzimin e tyre sipas rrezikut citogjenetik dhe në varësi të këti rreziku do të përcaktohet dhe strategjia e trajtimit të tyre.

## PO 43 Imunohistopatologjia e Palcës së Kuqe të Kockave tek Mieloma Multiple

*Bërdica L.*

**Hyrja:** Neoplazite plazmocitare janë çrregullime variabel të proliferimeve monoklonale të qelizave që prodhojnë imunoglobulina që mund të jenë limfocite ose qeliza plazmocitare.

**Metoda:** Rishikim-Review literature dhe i klasifimit të WHO(2008)

**Rezultatet:** Mieloma multiple (MM) karakterizohet nga proliferimi neoplazik, i qelizave plazmatike monoklonale.

Diagnoza e MM mbështetet në kriteret e propozuara nga IMWG dhe të dhënat patologjike. Aspirimi dhe Biopsia e Palcës së Kuqe të kockave janë domosdoshmëri për vendosjen e diagnozës. Shkalla e infiltrimit të PKK nga qelizat patologjike mielomatoze është e rëndësishme për diagnozën dhe prognozën e Mielomës Multiple.

Zakonisht, ekzaminimi i PKK (palcës së kuqe të kockës) realizohet në zonat ku PKK arrihet më lehtë, në pelvis dhe sternum, por biopsia e lezionit është e rëndësishme për vendosjen e diagnozës.

PKK duhet të ekzaminohet për ndryshimet e mundshme citogjenetike (FISH) dhe imunofenotipike. Gjithashtu, ngjyrimet imunohistokimike sigurojnë identifikimin e qelizave plazmatike, duke u mbështetur tek specificiteti i lartë i CD138 tek këto qeliza. Shprehja anormale e CD56 tek qelizat plazmatike, tregon për natyrën malinje të këtyre qelizave, duke vendosur përfundimisht diagnozën e Mielomës Multiple.

Përveç rasteve të MM kemi edhe variante të tjera në kufi apo të përbëra klinike me karakteristikat imunohistopatologjike dhe klinike si:

Plasma cell myeloma

Plasmacytoma

Monoclonal immunoglobulin deposition diseases

Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS)

Osteosclerotic myeloma (POEMS syndrome)

Diskutimi: Është shumë e rëndësishme në ditët e sotme që vlerësimi i neoplazive plazmocitare të mirëdefinuara të bëhet edhe në sfondin subklinik ose koincidental me çrregullime të tjera hematologjike komplekse.

#### **PO 44 Kontroll kundrejt Shërim. Misioni MRD. Transplanti i Qelizave Burimore Hematopietike, realitet i ri trajtimi në Shqipëri"**

*Lako S.*

**Hyrje:** A është shërimi i MM një endërr apo mund të bëhet realitet?

MM është konsideruar prej dekadash si sëmundje e moshave të vjetra, me shumë pak opsione terapeutike (alkilantët dhe kortizonikët).

Qëllimi ishte vetëm kontrolli i sëmundjes, me përgjigje të përgjithshme ndaj mjekimit (ORR) prej 50 %, me Remision Komplet Konvencional të rastësishëm dhe mbijetesë të përgjithshme prej 2-3 vitesh.

Në fakt, shërimi konsiderohej i paarrtshëm. Përfshirja e terapisë me dozë të lartë (HDT/ASCT) dhe veçanërisht e preparateve të reja, nxitën një debat të ri rreth mundësisë së shërimit të një pjese të rëndësishme të pacientëve me MM.

**Metoda:** Përdorimi i terapive të reja, përmirësimi i trajtimit të suportit është shoqëruar me rritje të jetëgjatësisë së përgjithshme në dekadën e fundit 2-3 herë.

Transplanti i Qelizave Burimore/Progenitore Hematopietike (HSCT) me origjinë kryesisht nga gjaku periferik, pas mobilizimit të tyre nga PKK, autologe apo alogjenike, është një nga trajtimet që ka siguruar rritjen e jetëgjatësisë së pacientevë me sëmundje tumorale malinje. Por HSCT përdoret dhe në trajtimin e patologjive jo malinje hematologjike.

**Arritjet:** Për herë të parë, në Spitalin Amerikan, synohet të realizohet Transplanti Autolog për sëmundjet malinje hematologjike, një realitet i prekshëm tashmë për pacientët shqiptarë.

#### **PO 45 Paqëndrueshmëria gjenomike dhe evolucioni somatik qelizor darvinian - Evolucioni klonal në malignancies hematologjike dhe implikime terapeutike**

*Lako S.*

Zhvillimi evolucionar i kancerit sipas modelit të Evolucionit dhe Selektimit Natyror të Darvinit, u propozua për herë të parë nga Nowell në 1976.

Kanceri është sëmundje gjenetike, epigjenetike, një linjë qelizore dhe është subjekt i të njëjtave rregulla të Selektimit Natyral si çdo qenie tjetër e gjallë.

Kanceri fillon me ndryshime gjenetike dhe epigjenetike jo letale në një qelizë të vetme somatike të organizmit, të shoqëruara me ndryshime fenotipike (struktorore dhe funksionale) që i sigurojnë kësaj qelize avantazh në mbijetesë, zënies hapësira dhe riprodhim, kundrejt qelizave të tjera normale të organizmit.

Pasojë e këtyre ndryshimeve do të jetë prishja e ekuilibrave në proliferimin, diferencimin dhe vdekjen qelizore, formimi i një kloni qelizor i përbërë nga shumë subklone (nënklone) qelizash tumorale me ndryshime gjenetike dhe epigjenetike, për rrjedhojë dhe fenotipike midis tyre, që është përgjegjës për heterogjenecitetin brënda një kanceri dhe midis tumoreve malinj të të njëjtit tip.

Heterogjeneciteti intratumoral gjenetik dhe fenotipik, presioni i ndryshueshëm në hapësirë dhe kohë i mikromjedisit, shërben si bazë për veprimin e Seleksionimit Darwinian Natyral, ku qelizat që i përshatën më mirë mikromjedisit ekzistues në drejtim të sigurimit të burimeve ushqimore, aftësisë riprodhuese, zënies së hapësirave dhe rezistencës ndaj mjekimit, do të selektohen pozitivisht, pra favorizohen, si rrjedhim ato do të popullojnë tumorin.

Është e qartë që kanceri përfaqëson një përzierje popullatash qelizore (klone dhe subklone) gjenotipikisht dhe fenotipikisht të ndryshme, që konkurojnë për burime ushqimore dhe hapësirë, përgjegjëse për progresionin e sëmundjes dhe rezistencën ndaj mjekimit.

Pra, kanceri nuk është një sëmundje e vetme, nuk është një masë homogjene siç është tumori benignj. Çdo kancer për shkak të heterogjenecitetit gjenetik dhe fenotipik intratumoral, nuk duhet të trajtohet si një sëmundje e vetme, por si një numër i madh sëmundjesh (sa është numëri i kloneve dhe i subkloneve brënda të njëjtit tumor).

I gjithë ky kompleksitet mund të shpjegohet me principet klasike të Evolucionit Natyror.



**Prof. Henry Marsh** | *Professor of Neurosurgery, CBE, FRCS  
St George's Hospital, Atkinson Wing, London, UK*

Leksion

# "KOMUNIKIMI ME PACIENTIN"

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
3 Shtator 2019 | 15:00

*"A do të mundet të ndërtojë njeriu ndonjëherë një mendje?"*

Ideja se njeriu mund të krijojë makina më inteligjente se vetja nuk është e re. Që në lashtësi, ashtu edhe në kohët e sotme, truri është parë si një kompjuter. E megjithë argumentat e dhëna, çdo metaforë ose krahasim është i cunguar.

Në përpjekjet e pafundme që njerëzimi ka bërë, nuk ka arritur të ndërtojë kurrë një mendje artificiale pa konceptet e duhura. ... Këto dhe të tjerave iu përgjigj në Leksionin e dhënë në Spitalin Amerikan, neurologu i shquar Prof. Henri Marsh.

*"A do të ndikojë inteligjenca artificiale mjekësore në zgjidhjen e mungesës së burimeve njerëzore së shpejti, apo, a do t'i japë një impuls të ri zhvillimi mjekësisë në të ardhmen????"* – Kjo mbetet për t'u parë në vitet e shekujt në vazhdim

...

# Can man ever build a mind?

FINANCIAL TIME



*The idea that we might create machines more intelligent than ourselves is not new. Myths and folk stories abound with creations such as the bronze automaton Talos, who patrolled the island of Crete in Greek mythology. These stories reflect a deep, atavistic fear that there could be other minds that bear the same relationship to us as we do to the animals we eat or keep as pets. With the arrival of artificial intelligence, the idea has re-emerged with a vengeance.*

*We are condemned to understand new phenomena by analogy with things we already understand, just as the anatomists of old named parts of the brain after fruit and nuts — the amygdala (almonds) and the olives, to name but two. Although Hippocrates, in the fourth century BC, had firmly placed the brain at the centre of human thought and feeling, most early medical authorities had little use for it. Aristotle thought it was a radiator for cooling the blood. The importance of the brain, for Galen 500 years later, were the fluid cavities — the ventricles — in its centre, and not the tissue of the organ itself.*

*With the rise of scientific method in the 17th century, the brain started to be explained in terms of the latest modern technology. Descartes described the brain and nerves as a series of hydraulic mechanisms. In the 19th century the brain was explained in terms of steam engines and telephone exchanges ...*

*The idea that we might create machines more intelligent than ourselves is not new. Myths and folk stories abound with creations such as the bronze automaton Talos, who patrolled the island of Crete in Greek mythology. These stories reflect a deep, atavistic fear that there could be other minds that bear the same relationship to us as we do to the animals we eat or keep as pets. With the arrival of artificial intelligence, the idea has re-emerged with a vengeance.*

*We are condemned to understand new phenomena by analogy with things we already understand, just as the anatomists of old named parts of the brain after fruit and nuts — the amygdala (almonds) and the olives, to name but two. Although Hippocrates, in the fourth century BC, had firmly placed the brain at the centre of human thought and feeling, most early medical authorities had little use for it ...*

*The complexity of the brain resides in the way in which the nerve cells are connected. Nerve cells are not, in fact, simple electrical switches. They are formed by organic molecules and not of the silicon and metal of computers. The connection at synapses is carried out by chemicals — neurotransmitters, of which there are upwards of a hundred different types. Neuronal networks are dynamic — they are constantly changing. They weaken or strengthen in accordance with how much traffic is passing through them. The brain is — to a certain extent — plastic. It can re-programme itself. In blind-folded people, for instance, cortical areas that normally process vision will start processing sound within 48 hours. The brain is topologically complex — it may consist of billions of similar brain cells and their connecting axons — but they are arranged in physically very distinct and precise groups and networks. Furthermore, neurons come in a wide variety of shapes and sizes, even though they all share the same basic plan of dendrites, cell body and axon.*

Henry Marsh  
JANUARY 10 2019

# Konferenca Mjekësore Onkologji



## “Roli i MDT në trajtimin e kancerit”

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
26 Shtator 2019 | 15:00 - 18:00

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: **Dr. Emiljana Huti**

**15:00-15:30**

**MDT – Roli i Onkologut mjekësor.**

Dr. Emiljana Huti,  
Shefe e Departamenti të  
Onkologjisë,  
Spitali Hygeia



**16:20-16:50**

**Strategjia diagnostike dhe qasja multidisiplinore në trajtimin e Patologjive malinje të Regjionit anorektal.** Dr. Shk. Lindita Shosha,  
Kirurge Proktologe,  
Drejtoreshë e Akademisë Strategjike dhe Edukimit Mjekësor, Spitali Amerikan



**15:25-15:55**

**Roli i Radiologut në MDT.**  
Dr. Adriatik Daku, Radiolog,  
Shef i Departamentit të  
Radiologjisë,  
Spitali Hygeia



**16:50-17:20**

**Kirurgjia konservatore që ruan fertilitetin në Kancerin gjinekologjik.**  
Dr. Christos Hatzidakis, MD FRCOG,  
Gjinekolog-Onkolog, Spitali Hygeia



**15:55-16:20**

**Roli i Patologut në bordin multidisiplinor tumoral për Kancerin e gjirit.**

Dr. Shk. Leart Bërdica,  
Shef i Departamentit të Anatomisë Patologjike në Spitalin Amerikan dhe Mjek në Shërbimin e Anatomisë Patologjike QSUT



**17:20-16:45**

**Implementimi i radioterapisë me intensitet të moduluar (IMRT) për Kancerin e kokë-qafës.**  
Dr. Ledio Bregu, Radiolog,  
Spitali Hygeia



**17:45- 18:00**

Diskutime, Konkluzione

### Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association

Kategoria e pjesëmarrësve: klinikistë, onkologë, kirurgë, anesteziistë, radiologë, teknikë radiologjie, obstetër-gjinekologë, laborantë, teknikë laborator, mjekë familjeje, mjekë të përgjithshëm, mjekë urgjence, farmacistë, radiologë, infermierë, mami, studentë të mjekësisë apo shkencave teknike mjekësore, etj.

#### KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**  
Drejtoreshë e Strategjisë Akademike dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**  
Drejtoreshë Operacionale  
Spitali Amerikan

#### Sekretaria Organizative

**Albana Mehmeti**  
Koordinatorë e Edukimit në Vazhdim

Email: [secretary@amea.al](mailto:secretary@amea.al)  
Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

Mob: 0684032151

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Shk. Lindita Shosha** Konferenca Mjekësore  
Onkologji

Sala e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë 26 Shtator 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Emiljana Huti** Konferenca Mjekësore  
Onkologji

Sala e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë 26 Shtator 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Shk. Leart Bërdica** Konferenca Mjekësore  
Onkologji

Sala e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë 26 Shtator 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Christos Hatzidakis** Konferenca Mjekësore  
Onkologji

Sala e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë 26 Shtator 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Ledio Bregu** Konferenca Mjekësore  
Onkologji

Sala e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë 26 Shtator 2019 / 15:00-18:00

Spitali Amerikan | American Hospital | Albanian Medical Education Association



**Dr. Adriatik Daku** Konferenca Mjekësore  
Onkologji

Sala e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë 26 Shtator 2019 / 15:00-18:00

**PO 46 Roli i Radiologut në MDT***Daku A.*

**Hyrje:** Diagnoza primare imazherike e lezioneve tumorale është shumë e gjerë dhe multi-organore sistemike, duke filluar që nga patologjitë kraniale, të qafës, nazofaringut dhe atyre torako-abdominale apo të indeve të buta dhe kockore, ku luan një rol shumë të rëndësishëm në orientimin specifik drejt klinikës dhe ndihmon bordin onkologjik për të vazhduar në përcaktimin adekuat të mënyrës së terapisë apo llojit të interventeve kirurgjikale të pacientëve onkologjik.

Gjithashtu, është shumë i nevojshëm dhe vlerësimim radiologjik i stadifikimit të tumoreve dhe përmasave preoperative për t'u krahasuar me gjendjen post-operative me anë të aparaturave moderne radiologjike si Eko Doppler, Skaner, RM, Pet-CT dhe sidomos i krahasimeve pas terapisë onkologjike dhe radioterapisë për të vazhduar në terapinë e radhës është e nevojshme që të diskutohet në bordin onkologjik. Duke qenë se shumë sëmundje kancerogjene janë përhapur kohët e fundit, është shumë e rëndësishme që të kemi një plan të mirë të menaxhimit të sëmundjes. Radiologjia luan një rol të madh në menaxhimin e sëmundjeve duke u dhënë mjekëve më shumë mundësi, mjete dhe teknika për zbulimin dhe trajtimin e sëmundjeve. Imazhet diagnostike na japin një informacion më të detajuar në lidhje me ndryshimet strukturore të sëmundjeve të ndryshme dhe fazën e avancimit të tyre. Duke u diagnostikuar gjatë fazave të hershme, pacientët mund të ruhen dhe mund të parandalojnë sëmundje të ndryshme. Pa radiologji, kjo mund të mos jetë e mundur. Radiologu bashkë me mjekët e tjerë arrijnë në konkluzionet finale të ndjekjes klinike të rasteve onkologjike në gjitha sëmundjet specifike që nevojiten ndihma përkatëse nga mjekësia moderne në vendin tonë.

**Metoda:** CT-skaner me kontrast IV, MRI total body, ekografi.

**Rezultati:** Radiologu ka një rol shumë të rëndësishëm në përcaktimin e diagnozës dhe sëmundjeve tumorale veçanërisht atyre kanceroze dhe rasteve onkologjike si dhe në vlerësimin e tumoreve dhe ecurisë klinike pas terapisë përkatëse onkologjike dhe radioterapeutike për të orientuar me saktësi mjekët klinikiste dhe onkologë për hapin e radhës.

**PO 47 Fertility-sparing surgery in gynecological cancer***Hatzidakis Ch.*

Gynecologic malignancies are most often diagnosed among postmenopausal women. During the last two decades an increasing number of those tumors arise in pre-menopausal age which is also the time of childbearing capacity for many women delaying conception. Traditional surgical management of gynecological cancers is based on the removal of the uterus and both adnexa resulting in permanent sterility. However, in recent years the removal of the primary tumor along with the target organ with its lymphatic drainage has been questioned, especially for early stage disease. Thus, minimally invasive procedures adequate to control the disease and able to preserve fertility have been developed for different sites of gynecological malignancy.

The situation becomes increasingly challenging since many more nulli-parous women who have been diagnosed to have gynecologic malignancies wish to maintain their ovarian function and fertility. The selection of patients and the appropriate surgical or medical intervention are crucial. Patients need to understand that these innovative procedures are not considered "standard" therapeutic approaches and have an experimental nature. Thus, all these patients require an extensive counseling in order to understand the undefined risk of recurrence, as well as the close follow-up that is required. The incidence of cervical cancer is 1.5-14.9 per 100.000 in women aged 20-49 years. It is estimated that 28% of cervical cancers are diagnosed among women between the ages of 29 and 39 years. Meanwhile the birth rate to women over the age of 35 has increased during the last two decades. Also, 45% of surgically treated early stage IB cervical cancer occurs in women under 40 years of age. Therefore, many young women of reproductive age and delayed childbearing will be diagnosed with early stage disease.

The traditional surgical approach for early-stage cervical carcinoma consists of hyste-rectomy (simple or radical) and systematic pelvic lymphadenectomy. Preservation of the ovaries with a transposition is an option for young women that require pelvic radiation therapy. Fertility-sparing procedures for cervical carcinoma patients are the excisional conization of the cervix and the radical trachelectomy (RT). It is estimated that nearly 50% of all patients younger than 40 years of age and being eligible for surgical management, may be candidate for those conservative procedures.

Endometrial cancer (EC) in young women of reproductive age is a relatively rare diagnosis. However, since in the modern era women delay their childbearing for a variety of social reasons, more and more women in the near future will be nulliparous and have a diagnosis of EC at the same time. Hence, a more conservative approach of EC is desirable to preserve fertility of these women, without compromising their survival. Recently, the number of studies reporting encouraging results on fertility-sparing management of EC with high dose of progestins is increasing. It seems that preserving the uterus and the ovaries in a carefully selected patient with EC confers only a very small risk combined with an enormous benefit. Selection of women suitable for such a conservative approach, as well as method of treatment, follow-up, recurrence, obstetric outcomes, and survival rates are very important parameters when consulting women with EC wishing to preserve their fertility.



Conservative surgery in epithelial ovarian cancer is provided in patients who have strong desire to preserve fertility for parenthood purposes, are eager to comply with close follow-up, have stage IA disease-well encapsulated ovarian cancer without involvement of the ovarian surface or mesovarium. It is suggested for serous, mucinous and endometrioid histological subtype. Also, conservative surgery may be safely applied in patients with stage IA grade 1 and probably grade 2, but should not be allowed in grade 3, due to the high risk of recurrences EOC.

While we continue to improve and expand our knowledge regarding the biology and spread of gynecologic malignancy will be offered alternative treatment options in order to preserve their fertility. Novel approaches and surgical techniques have been studied, while others are under investigation for young women with gynecologic malignancy, allowing them to maintain their fertility.

#### **PO 48 MDT – Roli i onkologut mjekësor**

*Huti E.*

##### **Hyrje:**

Në 15 vitet e fundit, menaxhimi multidisiplinor i shumë patologjive mjekësore, sidomos i atyre që lidhen me kancerin, ka marrë një rol të rëndësishëm në trajtimin e pacientëve në shumë spitale dhe qendra mjekësore në vendet e zhvilluara.

**Metoda:** Shumë studime kanë treguar se menaxhimi në ekip multidisiplinor i pacienteve ka rezultuar në kujdes më të mirë dhe mbijetesë më të lartë. Ky material synon të tregojë efikasitetin e ekipit multidisiplinor në menaxhimin e pacienteve me kancer, në mënyrë specifike rolin e onkologut mjekësor në këtë ekip dhe për të diskutuar disa nga barrierat e ekipit multidisiplinor. Roli i onkologut mjekësor është vendimtar për MDT, ashtu si kundër janë të rëndësishëm edhe kirurgët, radioterapeutët, anatomopatologët dhe radiologët në këtë ekip. Megjithatë në një farë mënyrë onkologët mjekësor, ndoshta kanë pikëpamjen më të plotë të kancerit jo vetëm si një sëmundje e lokalizuar, por edhe si një sëmundje sistemike arsye për të cilën shpesh luajnë rolin koordinues në trajtimin e kancerit. Duhet të theksohet se në MDT nuk duhet të jetë thjesht një "onkolog" mjekësor (ose ndonjë kirurg, onkolog, radiolog ose patolog), por një specialist me përvojë në tumore të veçanta. Një tjetër çështje e rëndësishme është se, për momentin, në shumicën e rasteve diskutohen në MDT pacientët e diagnostikuar në stadi të hershme të sëmundjes dhe pacientët me kancer të avancuar menaxhohen kryesisht nga onkologët mjekësorë.

**Rezultati:** Roli i trajtimeve sistemike në menaxhimin e kancerit është në rritje dhe kështu është dhe roli i onkologëve mjekësorë. Sidoqoftë, është e rëndësishme që të gjithë specialistët e përfshirë në MDT të kenë njohuri themelore që lidhen me trajtimet e ofruara nga specialistet e tjera të përfshira në këtë ekip.

#### **PO 49 Roli i patologut në bordin multidisiplinor tumoral për kancerin e gjirit**

*Berdica L., Bushati T.*

**Hyrje:** Kanceri i gjirit është një patologji e cila tregon rritje të incidencës dhe prevalencës edhe në vendin tonë. Sensibilizimi i mjediseve mjekësore, po ashtu edhe i popullatës për zbulimin e hershëm të kësaj patologjie është në shkallë të lartë. Këto fakte vënë në provë të fortë të gjitha hallkat diagnostike pre, intra dhe postoperatore, pasi pacientja kërkon një shërbim shumë të sigurt, të shpejtë si dhe me kosto sa më të ulta. Mjekët imazheristë, onkologë, patologë si dhe kirurgë janë në përballje me të gjitha këto dilema dhe sfida në përditshmërinë e tyre rast pas rasti. Mjeku patolog duke qenë mjeku që është në kryqëzimin diagnostik për të gjithë rastet e tilla është në presion të vazhdueshëm që të arrijë në diagnozën më të sigurt, në kohën më të shkurtër dhe me sa më pak shpenzime. Jo rrallë patologu konsultohet nga specialistët e mësipërm për të gjetur rrugën më efektive për të realizuar këtë qëllim.

**Metoda:** Eksperienca e departamentit të Patologjisë së Spitalit Amerikan me një kazuistike mbi 10 vjeçare e demonstruar nëpërmjet disa rasteve të arkivit biptik. Analizimi i disa rasteve me FNA, Trucut biopsi, Biopsi frozen, Biopsi Postoperatore, Imunohistokimi dhe Biologji molekulare.

**Rezultati:** Rastet e paraqitura klasifikohen në tumore të vegjël  $\leq 1$ cm, në tumore të mesëm 1-4cm si dhe në tumore të mëdha të gjirit me diametër  $\geq 4$ cm. Pas klasifikimit radiologjik të secilit rast me Ekografi dhe Mamografi apo edhe me MRI është realizuar konfirmi i diagnozës me metoda të ndryshme biptike si biopsi Trucut, biopsi Frozen ose biopsi excizionale.

**Konkluzione dhe Diskutime:** Tumoret e vegjël rreth 1 cm rekomandohet të bëhet heqje e drejtuar në sallën e operacionit e shoqëruar me biopsi frozen dhe me limfonodul sentinel në rastet malinje, duke çuar edhe në kirurgjinë konservative. Tumoret e mesëm dhe të mëdhenj, duke patur parasysh edhe mjekimet neoadjuvante janë kandidatë për Trucut biopsi, pasi aty mund të realizohen imunohistokimia si dhe biologji molekulare përpara një kirurgjie që nga radikale mund të bëhet konservative pas mjekimit neoadjuvant.

FNAB është një ekzaminim me kosto të ulët por me vlera diagnostike të kufizuara, prandaj në kushtet e një mjekësie të shpejtë dhe të saktë ka filluar të humbasë terren sidomos në strukturat spitalore private.

Pritshmëria e jetës së pacientit është zakonisht mbi 10 vjeçare, prandaj në rastet e metastazimeve lokale apo gjenerale përsëri konsultimi interdisiplinor për të arritur në diagnozën e pakontestueshme dhe për të përcaktuar terapinë e personalizuar ndaj pacientit me anë të ekzaminimeve IHC mbetet thelbi i suksesit të trajtimit të kancerit të gjirit.

# Konferenca Mjekësore e Infektivit



## “Gripit - parandalimi, ecuria klinike dhe ndërlikimet e mundshme të tij”

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
24 Tetor 2019 | 15:00 - 18:00

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderator: Prof. Dr. Tritan Kalo

15:00-15:25

Veçoritë epidemiologjike  
ndër vite të Gripit në  
Shqipëri dhe më gjerë.  
Dr. Monika Dede, Mjeko  
Infeksioniste - QSUT



15:25-15:55

Parandalimi i Gripit, grupet  
më të rrezikuara prej tij dhe  
ko-morbozitetet më të  
eksponuara për ndërlikime  
edhe vdekjeprurëse prej tij.  
Dr. Shk. Edmond Puca,  
Mjek Infeksionist -  
Spitali Amerikan dhe QSUT



15:55-16:25

Ndërlikimet kryesore  
sekondare bakterore  
gjatë Gripit.  
Prof. Dr. Tritan Kalo,  
Mjek Infeksionist,  
Spitali Amerikan dhe QSUT



16:55-17:00

Manifestimet e ndryshme të  
prekjeve neurologjike dhe evolucimi  
tyre gjatë Gripit.  
Dr. Valbona Gashi, Mjeko  
Infeksioniste - Spitali Hygeia



17:00-17:25

Veçoritë kliniko-evolutive të Gripit  
në moshat fëmijërore.  
Dr. Florinda Imeraj, Mjeko Neonate  
dhe Pediatre - Spitali Amerikan



17:25-17:50

Mundësitë e sotme dhe  
perspektiva e mjekimit  
etiologjik të Gripit.  
Dr. Iris Koshovari, Mjeko  
Infeksioniste - Spitali Hygeia



17:50- 18:00

Diskutime, Konkluzione

### Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association

Kategoria e pjesëmarrësve: klinicistë, infeksionistë, pediatër, neonatë, mjekë familjeje, mjekë të përgjithshëm dhe urgjence, radiologë, teknikë radiologjike, obstetër-gjinekologë, infermierë- mami, laborantë, teknikë laboratorë, farmacistë, studentë të mjekësisë apo shkencave teknike mjekësore, etj.

#### KOMITETI ORGANIZUES

Klodian Allajbeu  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

Lindita Shosha  
Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

Mario Karaj  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan


Onejda Ymeraj  
Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

#### Sekretaria Organizative

Albana Mehmeti  
Koordinatorë e Edukimit në Vazhdim

Email: [secretary@amea.al](mailto:secretary@amea.al)  
Web: [www.lmca.al](http://www.lmca.al)

Mob: 0684032151



Spitali Amerikan | Albanian Medical Education Association

**Prof. Dr. Tritan Kalo** | Konferenca Mjekësore e Infektivit

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 24 Tetor 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Albanian Medical Education Association

**Dr. Monika Dede** | Konferenca Mjekësore e Infektivit

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 24 Tetor 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Albanian Medical Education Association

**Dr. Shk. Edmond Puca** | Konferenca Mjekësore e Infektivit

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 24 Tetor 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Albanian Medical Education Association

**Dr. Iris Koshovari** | Konferenca Mjekësore e Infektivit

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 24 Tetor 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Albanian Medical Education Association

**Dr. Valbona Gashi** | Konferenca Mjekësore e Infektivit

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 24 Tetor 2019 / 15:00-18:00



Spitali Amerikan | Albanian Medical Education Association

**Dr. Florinda Imeraj** | Konferenca Mjekësore e Infektivit

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë | 24 Tetor 2019 / 15:00-18:00

**PO 50 Parandalimi i Gripit, grupet më të rrezikuara dhe ko-morbozitetet më të ekspozuara, për ndërlikime edhe vdekjeprurëse prej tij.**

*Puca<sup>1</sup> E., Puca<sup>2</sup> E., Bitri<sup>3</sup> S., Huti<sup>4</sup> E., Xhabija<sup>5</sup> N.*

**Hyrje:**

Influenza ose gripi është një sëmundje virusale, ngjitetëse që shkaktohet nga viruset e gripit. Këto viruse janë mjaft ngjitetëse dhe shkaktojnë probleme serioze, si për pacientin ashtu edhe për sistemin shëndetësor.

**Qëllimi:**

Qëllimi i këtij prezantimi është të vëmë në dukje metodat e parandalimit të gripit, të evidentojë grupet me rrezik më të lartë dhe ndërlikimet e tij.

Materiali dhe metodat: Janë marrë në studim, materiale të literaturës nga udhërrefyeshit kombëtarë dhe ata ndërkombëtarë, si edhe të Shoqatave profesionale europiane dhe amerikane.

**Rezultatet:**

Lista e patologjive kryesore që rekomandohen për vaksinim në vendet e Komunitetit Europian dhe USA përfshijnë sëmundje që prekin:

Sistemin e frymëmarrjes si psh: Astma, SPOK.

Sistemin kardiovaskular si psh: Sëmundjet e arterjeve koronare.

Sistemin endokrin si psh: Diabeti.

Sistemin hepatic si psh: Cirroza hepatike.

Sistemin renal si p.sh.: Insuficienca renale kronike.

Sistemin neurologjik si psh: Parkinsoni apo demencat etj.

Sigurisht, që përveç patologjive të mësipërme, klasifikohen si subjekte me rrisht edhe ata me MBI > 40, personat nën terapi me preparate imunosupresive, pacientët me HIV dhe ata me patologji hematologjike.

**Konkluzioni:**

Pavarësisht se gripi duket si një ndër sëmundjet më të vjetra infektivologjike, për një seri problematikash, që ai shkakton, në subjektet me rrisht të lartë dhe sistemin shëndetësor, dëmet janë mjaft të mëdha. Personeli shëndetësor duhet të jetë gjithmonë i gatshëm, të paraprijë dhe parandalojë infektimin, si edhe të menaxhojë komplikacionet e infektimit nga gripi në subjektet me rrisht të lartë.

**PO 51 Veçoritë kliniko-evolutive të gripit në moshat fëmijërore**

*Imeraj F.*

**Hyrje:**

Gripi përbën një sëmundje me impakt të rëndësishëm në popullatën pediatrike, me incidencë që varion nga 10 - 30 % të kësaj popullate (deri 60 % tek fëmijet e moshës shkollore). Njohja e karakteristive klinike të kësaj grupmoshe, komplikacioneve apo identifikimi i grupeve high-risk, janë pjesë e rëndësishme e kujdesit parandalues dhe trajtues të gripit në fëmijë.

**Metoda:**

Studimi bën një rishikim teorik të materialeve kryesore, referencave kryesore pediatrike, lidhur me të dhënat specifike, kliniko-evolutive, shpërndarjen e komplikacioneve sipas grupmoshave, mundësitë e trajtimit/parandalimit të komplikacioneve, indikacionet dhe kufizimet në përdorimin e medikamenteve antivirale.

**Rezultati:**

Gripi përbën një shkak të rëndësishëm të sëmundshmërisë respiratore në fëmijë, me prekje më të rëndësishme të grupmoshës nën 5 vjeç dhe sidomos asaj nën 2 vjeç. Shumica e rasteve të gripit shihen në kujdesin pediatrik primar me shfaqjet klinike tipike (temperaturë, kollë, dhimbje fyti, rinit,

dhimbje trupi, muskujsh, dhimbje koke dhe dobësi të përgjithshme). Shumica e rasteve zgjidhen për 3-7 ditë, por shenjat si kolla dhe dobësia mund të shkojnë deri në dy javë. Shenjat gastro-enterale, të vjella, nauze, diare hasen me shpesh tek fëmijët sesa tek pacientët adultë. Gjithsesi, gripi mund të jetë i rëndë e të çojë në hospitalizim dhe në vdekje tek fëmijët. E rëndësishme diagnoza diferenciale me sëmundje të tjera respiratore (rrufa e zakonshme). Gripi karakterizohet nga inkubation i shkurtër 2-3 ditë, predominim të shenjave respiratore dhe dobësisë së përgjithshme, si edhe përfshirje të njëkohësishme me familjarë të tjerë.

Komplikacione të zakonshme nga gripi janë pneumonia primare (10- 50 %), otit media (3-5 %), eksacerbime të sëmundjeve të nënvendosura (pulmonare, metabolike apo kardiake). Gjithashtu, të zakonshme janë pneumonia bakteriale sekondare (me predominim ajo nga streptokoku pneumonia dhe staphilokoku aureus), ko-infeksionet me sëmundje të tjera virale apo bakteriale. Më të rralla janë komplikacionet neurologjike nga gripi, duke filluar nga konvulsionet febrile ose jo, me incidencë të konvulsioneve febrile deri në 20 % të fëmijëve nën 5vjeç të shtruar për grip, me 1/3 e këtyre konvulsioneve atipike. Gjithashtu mund të kemi të tjera komplikacione neurologjike më të rënda, por dhe më të rralla (2 -4 për njëqind mijë fëmijë me grip) si sindroma Guillain-Barre, stroke, encefalomyeliti akut i diseminuar, encefalopatia, deficit neurologjik fokal apo mieliti transvers. Mbetet e paqartë nëse ka ndonjë lidhje mes shfaqjes së komplikacioneve neurologjike dhe shtameve specifike të virusit të gripit. Fëmijët më në risk për komplikacione të rënda janë fëmijët nën 5 vjeç, ata me kushte sëmundjesh kronike sidomos sëmundjeve kronike pulmonare (astem bronkiale), sëmundjeve kardiovaskulare, hepatike, renale, neurologjike, hematologjike, metabolike (diabet mellitus), ata me kushte imunosupresive (medikamentoze apo HIV, etj), ata nën terapi afatgjatë me aspirinë për shkak rreziku të vendosjes së sindromës Rey nëse infektohen nga virusi i gripit.

### **Konkluzioni:**

Gjatë periudhave të shpërthimit të gripit, mjekët duhet të jenë vigjilentë lidhur me identifikimin e hershëm të komplikacioneve të ndryshme të gripit, duke konsideruar paraprirjen e tyre nga shenja dhe simptomat respiratore, me qëllim nisjen e hershme të trajtimit antiviral specifik. Mënyra më e mire për parandalimin e komplikacioneve nga influenza mbetet parandalimi përmes vaksinimit, sidomos të grupeve high-risk.

## **PO 52 Mundësitë e sotme dhe perspektiva e mjekimit etiologjik të Gripit**

*Koshovari I., Pilaca A.*

### **Hyrje:**

Gripi është një nga sëmundjet më të shpeshta infektive, mjaft kontagioze, që përhapet nëpërmjet ajrit dhe manifestohet me sëmundje febrile akute me simptomatikë sistematike të shkallëve të ndryshme, në format e lehta e mesatare, deri në humbje të jetës. Shtamet e viruseve gripale përbëjnë një problem të vazhdueshëm të shëndetit publik, jo vetëm si shkaktare të epidemive sezonale, por edhe si kërcënim riemergjent nga shtamet e reja. Aktualisht, vaksinimi vjetor si dhe medikamentet antivirale: frenuesit e neuraminidazës (Oseltamivir, Zanamivir, Peramivir) dhe frenuesit e endonukleazës (Baloxavir marboxil), përbëjnë shtyllat kryesore të trajtimit dhe parandalimit të gripit. Për shkak të efektivitetit të limituar në faza të vonshme të sëmundjes dhe zhvillimit të rezistencës ndaj antiviraleve aktuale ka lindur nevoja e hulumtimit në drejtime të reja.

### **Metoda:**

Ky material është një rishikim i literaturës.

### **Rezultati:**

Për shkak të natyrës multifaktoriale të infeksionit gripal, ndërhyrjet e reja synojnë jo vetëm faktorin viral, por edhe përgjigjen immune të bujtësisë. Terapitë e reja, ende në faza klinike, përfshijnë antivirale me dritare terapeutike më të gjerë dhe compliance më të lartë, si frenuesit e ARN-polimerazës (Favip-

iravir). Studime të reja klinike dhe eksperimentale kanë nxjerrë në pah rëndësinë e ndërhyrjes gjatë 'stuhisë së citokinave' nëpërmjet INF $\alpha$  $\beta$ , celecoxibeve, statinat, të cilat modulojnë përgjigjen inflamator imune dhe mbrojnë qelizat epiteliale, duke u përdorur ose jo në kombinim me antiviralet. Synimi i çrregullimeve metabolike të shkaktuara nga virusi për të rikthyer metabolizmin normal të bujtësit mund të jetë një drejtim i ri për të luftuar sëmundjen e gripit. Studime të mëtejshme në fushën e imunometabolizmit, krahas studimeve për modulimin e përgjigjes imune, do të krijonte një drejtim të ri për studimet e ardhshme dhe pritet të sjellë zbulime të rëndësishme që mund të ofrojnë mundësi të reja terapeutike në trajtimin e gripit.

## **PO 53 Veçoritë epidemiologjike ndër vite të Gripit në Shqipëri dhe më gjerë**

*Dede M.*

### **Hyrje:**

Gripit (influenca) është sëmundje akute ngjitëse që shkaktohet nga viruset e familjes Orthomyxoviridae: virusi i gripit A, virusi i gripit B dhe virusi i gripit C.

Gripit është një sëmundje virale që mund të shkaktojë komplikacioni të rënda dhe vdekje sidomos tek personat me sëmundje kronike, gratë shtatzëna, fëmijët dhe të moshuarit megjithëse për shumicën e njerëzve është sëmundje kalimtare. Mënyra më e mirë për të parandaluar gripin është vaksinimi ndaj tij.

### **Rezultati:**

Sipas raportimit si në vendet e Rajonit apo më tej, në vendet evropiane edhe në Shqipëri mbizotëron qarkullimi i virusit të tipit A, nëntipi A/H1 pdm09. Nga të dhënat e raportimit sipas survejancës së infeksioneve akute respiratore të sipërme dhe të poshtme të sistemit ALERT, survejancës sentinel të sëmundjeve të ngjashme me Gripin (ILI) në rrethin e Tiranës, survejancës së infeksioneve respiratore akute të rënda (SRRA) në

spitalet kryesore në të gjithë vendin si dhe raportimit rutinë, vërejmë se aktiviteti i tyre është i lartë por i qëndrueshëm.

Ndërsa aktivitetit i gripit është i përhapur me intensitet të lartë, me mbizotërim të qarkullimit të virusit të tipit A, nëntipi A/H1 pdm09.

Në javet e para të vitit 2019 vërehet prirje e qëndrueshme e numrit të infeksioneve respiratore të sipërme dhe të poshtëme dhe ky numër është 19% më i ulët krahasuar me të njëjtën periudhë të vitit të kaluar.

Sipas të dhënave të ISHP, për vitin 2019, janë 379 raste pozitive për virusin e tipit A Gripit.

Nga këto 330 (87.0%) viruse janë nëntipi A/H1pdm09,37(9.7%) viruse nëntipi A/H3 dhe 12(3.1%) viruse të tipit A nëntipizimi është në proces. Virusit A (H1N1) pdm09 u izloui për herë të parë gjatë Pandemisë së Gripit të Derrit të vitit 2009, i cili nga Meksika valë-valë u shtri në të gjithë Botën, përfshirë edhe vendin tonë.

Situata epidemiologjike në rajon dhe botë. Influenca Sezonale 2018/2019 në Evropë

Aktiviteti i Influcës ka përfshirë tërë rajonin evropian. Mostrat e grumbulluara nga pacientët e qendrave sentine I me ILI ose ARI tregojnë për një pozitivitet në Influcë prej 53. Influcë A virusi me subtipin A (H1N1) pdm09 vazhdon të qarkullojë dhe dominon pak ndaj subtipit A(H3N2). Ndërsa virusi B është detektuar vetëm në disa mostra.

Rreth 36 % e mostrave të marra nga pacientët e hospitalizuar me Infeksion të rëndë akut respirator (SARI) gjatë javës së 7/2019 kanë rezultuar pozitive në Influcë dhe gati të gjitha në tipin A.

Të dhënat nga 22 shtetet dhe rajonet që raportojnë në EuroMOMO tregojnë për nivel të rritur të mortalitetit te popullata mbi 65 vjeç por edhe te ajo adulte prej 15-64 vjeç.

Shtetet të cilat raportojnë aktivitet mesatar të qarkullimit të virusit janë: Spanjë, Holandë, Belgjikë, Poloni, Skotlandë, Çeki, Sllovaki, Rumani, Shqipëri, Slloveni, Kroaci, Serbi dhe Bosnjë e Hercegovinë ndërsa shtetet që raportojnë aktivitet të lartë të qarkullimit të virusit janë: Francë, Gjermani, Greqi dhe Hungari.

Nga të gjithë virusët e Influcës të izoluar në qendrat sentinel për 2019, 30.3% i përkasin tipit A të

pasubtipizuar, 40.7 % subtipit A (H1), 28 % subtipit A (H3), 0.6 % tipit B (no lineage), 0.4 % tipit B/Yamagata dhe 0.1 % tipi B/Victoria.

#### **PO 54 Ndërlikimet kryesore sekondare bakterore gjatë gripit.**

*Kalo T.*

**Hyrje:** Gripi sezonal, i cili shpesh merr karakteret e një Gripi epidemik, shoqërohet me një sërë ndërlikimesh dytësorë bakterore kryesisht të aparatit respirator dhe jo vetëm. Qëllimi i këtij prezantimi është të vejë në dukje shumë prej tyre, por kryesisht ndërlikimet më të shpeshta të vijave të sipërme dhe të poshtëme respiratore, të cilat variojnë midis 3-15% të të sëmurëve në këto raste.

**Metoda:** Prezantimi bazohet në studimin retro-prospektiv të rastetve personale të observuara dhe trajtuara si në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT “Nënë Tereza”, po ashtu edhe në të sëmurët e ndjekur ambulatorisht në Spitalin Amerikan 3, në këto tre vitet e fundit 2016-2018.

**Rezultati:** Prezantimi ynë bazohet vetëm në rastet personale të diagnostikuara, të ndjekura dhe të trajtuara si ambulatorisht, ashtu edhe në mjediset spitalore të Shërbimit të Sëmundjeve Infektive, QSUT “Nënë Tereza” dhe në strukturat e Spitalit Amerikan nr. 3, Tiranë. Ndërlikimet më të shpeshta të observuara në vijat e sipërme respiratore ishin faringjitet purulente dhe sinuzitet si frontale edhe ato maksilare. Ndërlikimet e observuara në vijat e poshtëme respiratore kishin elementë klinikë imazherikë të variueshëm nga Trakeitet, Trakeobronkitet, Bronkitet, Bronkopneumonitë, Pneumonitë, Pleuropneumonitë e deri në Abceset pulmonare.

Moshat dominuese në ndërlikimet e vijave të poshtëme respiratore ishin ato mbi 45-60 vjeç, në dallim me prekjet e vijave të sipërme respiratore ku dominonin grup-moshat nga 18-35 vjeç. Mikroorganizmat më shpesh të izoluar ishin Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus dhe Klebsiella pneumoniae.

Dekursi klinik ishte mjaft i favorshëm nën trajtimin antibakteror, me përjashtim të dy rasteve fatale me SDRA/ARDS dhe insuficiencë kardio-respiratore në subjekte imunodepresë, DM2 dhe Arthrit rheumatoid nën kortikoterapi.

#### **PO 55 Manifestimet e ndryshme të prekjeve neurologjike dhe evoluimi i tyre gjatë Gripit.**

*Gashi V., Pilaca A.*

**Hyrje:** Infeksionet e shkaktuara nga viruset e gripit mund të jenë tepër serioze dhe mund të çojnë deri në vdekje si pasojë e ndërlikimeve post infektive. Ndërlikimet më të shpeshta janë ato pulmonare, kardiake dhe Otitis Media.

Grupi tjetër i rëndësishëm janë komplikacionet neurologjike të SNQ dhe atij periferik.

1. Ndërlikimet neurologjike post gripale përfshijnë: çrregullimet epileptike, konvulsionet febrile ose afebrile, sëmundjet cerebrovaskulare, encefalopatine toxike, encefalitin, meningitin, hemoragjinë subaraknoidale, neuritin, sindromën Guillain –Barre, sindromën Rey dhe Ataksinë Cerebellare.

2. Ndërlikime të vona neurologjike përfshijnë: Encefalitin letargjik, psikozen, etj.

Megjithëse të dy tipet A dhe B të virusit të gripit mund të akuzohen për ndërlikime neurologjike, akuzohet me shpesh tipi A i virusit si Neurotropik.

Tipi B i virusit jep ndërlikime neurologjike më të rralla. Studimet e publikuara japin të dhëna për prekje në fëmijë dhe adoleshente më tepër se në adultë.

**Metoda:** Riview e literaturës.

**Rezultati:** Viruset e Gripit prekin çdo etni, seks dhe moshë, si dhe personat pa sëmundje shoqëruese. Grupet më vulnerable janë mosha fëmijërore, mosha e tretë, gratë në shtatzëni, personat që vuajnë nga sëmundje kronike si: Kardiake, respiratore, diabeti Mellitus, sëmundje Autoimune, apo pacientë që trajtohen me Imunosupresorë. Përgjigja imune duket të ketë një rol kyç në patogjenezën e virusit. Bazuar në literaturë prezantimet më të shpeshta neurologjike janë: konfuzioni mendor, letargjia dhe disorientimi. Konvulsionet dhe çrregullimet e lëvizjes kanë një përqindje më të ulët, por paraqesin mortalitet më të lartë.

Progresi i komplikacioneve neurologjike varet shumë nga sëmundjet shoqëruese, statusi imun, koha e paraqitjes në spital, terapia suportive si dhe fillimi i terapisë specifike me antivirale.

Ne rekomandojmë që testet diagnostike, për viruset e gripit të kryhen në të gjithë pacientët me simptoma të Traktit Respirator, të shoqëruar me komplikacione neurologjike. Gjatë stinës së gripit sezonal, të vlerësohen të gjithë rastet të cilat paraqiten me simptoma neurologjike jo shumë të shprehura apo që vetëpërmirësohen.



Drejtoria e Strategjisë  
Akademike dhe  
Edukimit Mjekësor



Takim sensibilizues nën sloganin  
**“ Fjongo e shpresës - Fuqia e një gruaje ”**

28 Tetor 2019 / 14.30-15.30 | Spitali Amerikan 3, Tiranë



**Moderatore: Dr. Lindita Shosha**  
**Programi:**

*Si diagnostikohet tumori i gjirit -  
Dr. Albana Shahini, Spitali Amerikan*

*Kirurgjia e tumorit të gjirit -  
Dr. Lindita Shosha, Spitali Amerikan*

*Trajtimi onkologjik i tumorit të gjirit -  
Dr. Emiljana Huti, Spitali Hygeia*

*Fushata sensibilizuese, dhe ofertat e  
Spitalit Amerikan per muajin tetor -  
Amarda Kapaj, PR Marketing, Spitali Amerikan*

*Edukimi dhe Kultura shëndetësore e brezit të ri -  
Promovimi i një jetese të shëndetshme -  
Albana Mehmeti, Koordinatore e  
Edukimit në Vazhdim, Spitali Amerikan*

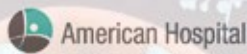
*Diskutim i lirë*

Spitali Amerikan ka një platformë të strukturuar jo vetëm për kurimin dhe trajtimin e pacientëve, por edhe për informimin, ndërgjegjësimin dhe edukimin mjekësor të popullatës mbi sëmundjet që dëmtojnë shëndetin.

Në kuadër të fushatës së ndërgjegjësimin kundër kancerit të gjirit u zhvillua në Spitalin Amerikan 3 takimi sensibilizues me nxënës të shkollave të mesme të Tiranës nën sloganin "Fjongo e shpresës - Fuqia e një gruaje".

*Spitali Amerikan, kontribut për rritjen e kulturës shëndetësore, sensibilizimin dhe ndërgjegjësimin se kontrollet e hershme mund të parandalojnë shumë sëmundje! ❤️*





# CONFERENCE

FOCUS: NEW TRENDS ON CEREBRAL GLIOMAS  
AND CANCER OF THE HEAD AND NECK

14 November 2019 | 14:00-15:00



## Scientific Program

**Intraoperative radiotherapy (IORT) for locoregionally persistent or recurrent head and neck cancer: A study of immune therapy in combination with IORT -**  
Prof. Dukagjin Blakaj, Professor of Radiation Oncology, The Ohio State University, USA



**Overview of the Department of Radiation Oncology at The Ohio State University.**  
Monica Fullenkamp, Associate Director at The Ohio State University - USA



**Evolvement of Precision-based Biomarkers for Patients with Gliomas -**  
Assoc. Prof. Erica Bell, Associate Professor and Radiobiologist in Radiation Oncology, The Ohio State University, USA

**Jamie Ciccone: Program Manager, the International Training Center in Radiation Oncology -**  
The Ohio State University, USA

© Lightspring / shutterstock.com

## Organizing Committee

**Klodian Allajbeu**  
CEO, American Hospital  
Albania

**Mario Karaj**  
Director of Hospital Management  
American Hospital, Albania

**Lindita Shosha Mano MD, PhD**  
Director of AMEA and  
Head of Academic Strategy &  
Medical Education  
American Hospital, Albania

**Onejda Ymeraj**  
Chief Operating Officer  
American Hospital, Albania

**Albana Mehmeti**  
Coordinator of Continuing Education  
Amea - American Hospital

Tirana, Albania  
Email: secretary@amea.al



American Hospital



MEDITERRANEA SOCIETY OF COLOPROCTOLOGY



INTERNATIONAL SOCIETY UNIVERSITY COLON RECTAL SURGEONS



ALBANIAN SOCIETY OF COLOPROCTOLOGY



Albanian Medical Education Association

# Masterclass

**FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY**

**23 November 2019**  
**Plaza Hotel, Tirana, Albania**



**MODERATORS: L. Shosha Mano, M. Pramateftakis**

8:00-9:00	<b>Registration opened</b>
9:00-11:00	<b>Surgery of the Colon &amp; Rectum</b>
9:00-9:20	<b>Right hemicolectomy - V. Drakopoulos (GREECE)</b>
9:20-9:40	<b>Transverse colon &amp; Splenic Flexure approaches - J. Nunoo-Menshah (UK)</b>
10:00-10:20	<b>Left hemicolectomy &amp; sigmoidectomy - B. Celep (TURKEY)</b>
10:20-10:40	<b>Lapar. Low Anterior Resection - M. Pramateftakis (GREECE)</b>
10:40-11:00	<b>LAR – the Albanian experience - A. Beqiri (ALBANIA)</b>
11:00-11:30	<b>Coffee Break</b>
11:30-13:30	<b>Minim invasive approach to rectal cancer</b>
11:30-11:50	<b>Robotic indications for TME - K. Mavrantonis (GREECE)</b>
11:50-12:20	<b>TaTME - S. Shawki (USA)</b>
12:20-12:40	<b>TaTME vs Robotic Resection - Ph. F. Caushaj (USA)</b>
12:40-13:10	<b>Local resection in rectal cancer - G. Salgado (SPAIN)</b>
13:10-13:30	<b>ERAS protocol for rectal cancer - S. Ramuscello &amp; A. Boscolo (ITALY)</b>
13:30-14:30	<b>Lunch Break</b>
14:30-16:30	<b>Transanal &amp; minim invasive approach to diseases of the pelvic floor &amp; perineum</b>
14:30-14:50	<b>TAMIS - G. Theodoropoulos (GREECE)</b>
14:50-15:10	<b>Transanal approach for VRA - L. Shosha (ALBANIA)</b>
15:10-15:40	<b>VAAFT &amp; EPSIT - E. Kanavos (GREECE)</b>
15:40-16:00	<b>Minimally invasive surgery for anismus - M. Pescatori (ITALY)</b>
16:00-16:20	<b>Robotic ventral mesh rectopexy - X. Delgadillo (SWITZERLAND)</b>
16:30	<b>Closing remarks and comments - L. Shosha, M. Pramateftakis</b>



## Organizing Committee

**Klodian Allajbeu**  
CEO, American Hospital  
Albania

**Mario Karaç**  
Director of Hospital Management  
American Hospital, Albania

**Lindita Shosha Mano MD, PhD**  
Director of AMEA  
Head of Academic Strategy  
Colorectal Consultant  
Trauma Consultant  
American Hospital  
Albania

**Manos Pramateftakis MD PhD FICS**  
Prof. Dr. of Surgery,  
Laparoscopic Surgeon  
Colorectal Consultant  
Aristotle University of Thessaloniki,  
Greece

**Albana Mehmeti**  
Coordinator of Continuing Education  
Amea - American Hospital  
Tirana, Albania  
Email: secretary@amea.al



# Masterclass

23 November 2019  
Plaza Hotel, Tirana, Albania

**FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY**



**MODERATORS: L. Shosha Mano, M. Pramateftakis**

8:00-9:00	Registration opened
9:00-11:00	<b>Surgery of the Colon &amp; Rectum</b>
9:00-9:20	Right hemicolectomy - V. Drakopoulos (GREECE)
9:20-9:40	Transverse colon & Splenic Flexure approaches - J. Nuno-Menshah (UK)
10:00-10:20	Left hemicolectomy & sigmoidectomy - B. Celep (TURKEY)
10:20-10:40	Lapar. Low Anterior Resection - M. Pramateftakis (GREECE)
10:40-11:00	LAR – the Albanian experience - A. Beqiri (ALBANIA)
11:00-11:30	Coffee Break
11:30-13:30	<b>Minimally invasive approach to rectal cancer</b>
11:30-11:50	Robotic indications for TME - K. Mavrantonis (GREECE)
11:50-12:20	TaTME - S. Shawkí (USA)
12:20-12:40	TaTME vs Robotic Resection - Ph. F. Caushaj (USA)
12:40-13:10	Local resection in rectal cancer - G. Salgado (SPAIN)
13:10-13:30	ERAS protocol for rectal cancer - S. Ramuscello & A. Boscolo (ITALY)
13:30-14:30	Lunch Break
14:30-16:30	<b>Transanal &amp; minimally invasive approach to diseases of the pelvic floor &amp; perineum</b>
14:30-14:50	TAMIS - G. Theodoropoulos (GREECE)
14:50-15:10	Transanal approach for VRA - L. Shosha (ALBANIA)
15:10-15:40	VAAFT & EPSIT - E. Kanavos (GREECE)
15:40-16:30	Minimally invasive surgery for anismus - M. Pescatori (ITALY)
16:00-16:20	Robotic ventral mesh rectopexy - X. Dolgado (SWITZERLAND)
16:30	Closing remarks and comments - L. Shosha, M. Pramateftakis

**Organizing Committee**



Klodian Alifera  
CEO American Hospital  
Albania



Marko Karaj  
Director of Hospital Management  
American Hospital, Albania



Ljoshka Shosha Mano MD, PhD  
Director of AMEA  
Head of Academic Strategy  
Colorectal Consultant  
Trauma Consultant  
American Hospital  
Albania



Manos Pramateftakis MD PhD FJCS  
FRCGS, FRCR  
Laparoscopic Surgeon  
Colorectal Consultant  
Aristotle University of Thessaloniki,  
Greece



Miriam Rafanelli  
Coordinator of Continuing Education  
American Hospital  
Tirana, Albania  
Email: miriam@ah.com.al



# Masterclass

**FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY**



**23 November 2019**

**Venue: Plaza Hotel, Tirana, Albania**

**Directors: L. Shosha Mano, M. Pramateftakis**

**Lindita Shosha Mano MD, PhD**  
Director of AMEA  
Head of Academic Strategy  
Colorectal Consultant  
Trauma Consultant  
American Hospital  
Albania

**Manos Pramateftakis MD PhD FJCS**  
Prof. Dr. of Surgery,  
Laparoscopic Surgeon  
Colorectal Consultant  
Aristotle University of Thessaloniki,  
Greece


# MASTERCLASS - CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Lindita Shosha Mano (Albania)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY




**Manos Pramateftakis (Greece)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY




**Gervasio Salgado Mijael (Spain)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Evaggelos Kanavos (Greece)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Sherief Shawki (USA)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY




**Salvatore Ramuscello (Italy)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY




**Ruchan Bahadır Celep (Turkey)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Konstantinos Mavrantonis (Greece)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Phillip Caushaj (USA)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Xavier Delgado (Switzerland)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Vasileios Drakopoulos (Greece)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Mario Pescatori (Italy)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Arben Beqiri (Albania)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Joseph-Nunoo-Mensah (UK)**

**Masterclass**  
23 November 2019  
Prishtine, Kosovë, Shqipëri  
FOCUS: CURRENT TRENDS IN MINIMALLY INVASIVE COLORECTAL SURGERY



**Georgios Theodoropoulos (Greece)**

# CERTIFICATE OF ATTENDANCE

THIS IS TO CERTIFY THAT

*Dr. Teuta Bardhi*

Attended the

## INTERNATIONAL MASTERCLASS ON COLORECTAL SURGERY

*“Current Trends in Minimally Invasive Colorectal Surgery”*

at

Plaza Hotel, Tirana, Albania

on

23 November 2019



The Masterclass on Colorectal Surgery has been accredited by the National Albanian Accreditation Center (QKEV) for Continuing Medical Education with \_\_\_\_\_ Credits. Each medical specialist should claim only those hours of credits that he/she actually spent in the educational activity.

  
Lindita Shosha Mano

  
Manos Pramateftakis

## OP 56 Laparoscopic Low Anterior Resection for treatment of Rectal Cancer - The Albanian experience at American Hospital

*Beqiri A.*

**Introduction:** Since the early days of introduction of laparoscopic surgery, the sound and obvious success of this method in treating gallbladder stones, ovarian cysts, acute appendicitis etc., inspired doctors and industry to work together and come up with new techniques and instruments to broaden the spectrum of diseases treated with such method.

American Hospital in Tirana embraced laparoscopic surgery since Day One of his activity. Based on excellent results in basic laparoscopic procedures, after having gathered a very good experience and achieved a high level of performance, together with new investments in the field, the introduction of other more complex procedures was made possible.

The last four years represent a huge step forward in the treatment of patients with rectal cancer, with the introduction of Laparoscopic Low Anterior Resection.

Curative Laparoscopic LAR was performed in 28 patients aged 46-77 years old for adenocarcinoma within 5 cm towards the dentate line. Endoscopy and biopsy are used in all patients preoperatively to determine the level of tumor in relation to the dentate line and its histology characteristics. Contrast - enhanced CT of thorax- abdomen-pelvis is performed in all cases. Patient's consent was achieved in all cases that underwent Laparoscopic LAR.

In this presentation we describe the technique used, trocar placement, medial to lateral approach, IMV first than IMA, left ureter identification, splenic flexure mobilization, total mesorectal excision, rectal transection at least 2cm from tumor, extracorporeal resection of the recto-sigmoid through a Pfannenstiel incision, intraabdominal colo-rectal anastomosis using circular stapling device.

We give the results with these initial cases and lessons learned from it.

## OP 57 Laparoscopic Left Hemicolectomy & Sigmoidectomy

*Celep B.*

**Introduction:** Cancer in the descending colon, including the splenic flexure, accounts for 5-6% of all colon cancer; thus, its incidence is low. Colon cancer easily causes obstruction so emergency treatment is required in many cases. In addition, descending colon cancer has the lymphoid system draining to the superior mesenteric artery and the inferior mesenteric artery, so problems are that the lack of standardized lymph node dissection and technical difficulties pertinent to splenic flexure dissection essential to providing sufficient resection margins. Laparoscopic colectomy is the standard of care for a variety of colorectal disease processes. Enhanced recovery pathways have revolutionized the post-operative recovery of these patients. In brief, the left colectomy consists of sigmoid and descending colon mobilization, isolation and transection of the vascular pedicle, and anastomosis. A laparoscopic left hemicolectomy has clinical advantages in indices such as operation time, transfusion volume during surgery, recovery of bowel movement, and mean hospitalization days and simultaneously that it is safe oncologically regarding for pathological indices of specimens or postoperative complications. Such satisfactory results could be obtained due to an improvement the of surgeon's techniques, systemized surgical methods, and the development of laparoscopic surgical equipment, such as ultrasonic instruments like the Harmonic scalpel.

The most common indication for left colectomy is colon cancer. Other indications for resection include diverticulitis, ischemic colitis, segmental Crohn's disease. The work-up also depends on the pathology, but normally consists of blood work, cross sectional imaging and colonoscopy. We instruct the patient for mechanical bowel preparation and oral antibiotics to facilitate an enhanced recovery protocol.

**Positioning:** The patient is placed in the lithotomy position with both arms tucked and the thighs positioned at no more than a 10-degree angle to the torso. A beanbag or similar device is used to secure the patient to the table, and care should be taken to avoid any pressure points. We use a 5 mm port above the umbilicus, a 5 mm right upper quadrant port, a 5 mm left sided port, and a 12 mm right lower quadrant port, typically placed 2 fingerbreadths medial and 2 fingerbreadths cephalad to the anterior superior iliac spine.

Post-operatively, the patients are placed on an enhanced recovery pathway. The orogastric tube is removed in the operating room prior to awakening from anesthesia. Following the operation, the patient is given a clear liquid diet and intravenous fluids. Their diet is normally advanced to a low residue diet on post-operative day 1. Intravenous fluids are discontinued once the patient is tolerating adequate oral intake. Pain is controlled in multimodal ways, post-operatively, intermittent intravenous narcotics control pain. Pain control is transitioned to oral medications as their diet is advanced. A Foley catheter remains post-operatively and is normally discontinued on post-operative day 1.

The anastomosis could have conducted with the use of a linear stapler. The anastomosis could be performed Intracorporeal or Extracorporeal

**Conclusion:** Laparoscopic approach seems to be safe for treatment of colon cancer, as it offers better surgical field view and less postoperative complications. Laparoscopic colectomy has similar effects to open colectomy on long term survival outcomes for the treatment of colon cancer. The restoration of the continuity of the intestinal tube with anastomosis is safe. It is a demanding operation with extended learning curve, and requires adequate experience in laparoscopic surgery and colorectal surgical oncology. In a select subset of patients, a totally laparoscopic approach may not be able to be safely performed. These operations could be amenable to a hand-assisted approach rather than converting to open. Hand-assisted laparoscopy gives the added benefits of tactile feedback, additional dissection and helps facilitate retraction. This approach has been shown to be helpful in cases where dense adhesions, unresolved diverticular phlegmon, bulky tumors and inability to gain adequate exposure are encountered

### **OP 58 Laparoscopic low anterior resection of the rectum**

*Mavrantonis C.*

**Introduction:** Total mesorectal excision is the standard of care for treatment of rectal cancer. Laparoscopic TME has been proven safe and effective, and oncologically equivalent to the open technique. Lesions of the distal 1/3d of the rectum present challenges that are often hard to overcome when applying the double staple technique. Namely, negative distant resection margins (DRM) can sometimes not be achieved, and anastomotic leaks occur more often when the rectum is divided at the level of the levator ani muscles.

**AIM** In this video session we describe the technique for laparoscopic TME for distal rectum rectal cancer, and explore the technique's variants, benefits and limitations.

**METHOD** We present videos of laparoscopic Double Staple TME (DST), laparoscopic Transanal Specimen Extraction (TaSE) and laparoscopic InterSphincteric Resection (ISR) cases. All operations entail laparoscopic TME to the level of the levator muscles. Once this is completed, the rectum is divided by use of an endoscopic linear cutter (DST), or a perineal approach is employed and the rectum is divided through the anus at the level of the internal anal sphincter (TaSE) or at the plane between the internal and external anal sphincters (ISR). The rectum and sigmoid are then extracted and the colon is divided extracorporeally through a small Pfannenstiel incision (DST) or through the perineal incision (TaSE, ISR). Finally, an anastomosis is fashioned via circular stapler (DST) or hand-sewn (TaSE, ISR).

**DISCUSSION** DST TME is the way TME for rectal cancer has been carried out either open or laparoscopically. Variants of this technique have been utilized in an effort to overcome significant obstacles in treating patients with distal rectal cancer. With TaSE or ISR we can achieve acceptable resection margins for tumors located within 2 cm of the internal anal sphincter, or even manage patients whose pelvic anatomy presents us with less than ideal conditions for rectal division via endoscopic linear cutter.

### **OP 59 VAAFT - Video-Assisted Anal Fistula Treatment - & EPSIT - Endoscopic Sinus Pilonidal Treatment**

*Kanavos E.*

**VAAFT** - Although many attempts have been made to advance the treatment of complex anal fistula, it continues to be a difficult surgical problem.

does not affect sphincter efficiency, no intra- and postoperative complications were observed. As compared to other minimally invasive procedures a comparable recovery rate is observed without the risk of incontinence. It is the only method enabling the intraoperative identification of the internal ostium and fistula canal under visual control. As the main aim in treating fistula is proper identification of the internal opening, excision of the tract and sparing the sphincter function, VAAFT achieves all aims with additional benefits of patient satisfaction and negligible scarring.

VAAFT is a safe video-endoscopic method to treat fistula-in-ano with an overall success rate of 76% (net Proportion Meta-analysis pooled rate).

Key steps are visualization of the fistula tract using the fistuloscope, correct localization of the internal fistula opening under direct vision, endoscopic treatment of the fistula and closure of the internal opening using a staple or sutures or a mucosal flap advancement.

Diagnostic fistuloscopy under irrigation is followed by an operative phase of fulguration of the fistula tract, closure of the internal opening and suture reinforcement with cyanoacrylate.

**Conclusion:** The main feature of the VAAFT technique is that the procedure is performed entirely under direct endoluminal vision. With this approach, the internal opening can be found in 82.6% of cases. Moreover, fistuloscopy helps to identify any possible secondary tracts or chronic abscesses. The VAAFT technique is sphincter-saving, and the surgical wounds are extremely small. The main benefit of the procedure is minimal risk to incontinence, minimal hospital stay and early return to work.

**EPSIT** - Pilonidal sinus is a disease affecting predominantly young people. Postoperative pain, huge wounds, bad aesthetic result and long recovery time often characterize standard treatment techniques (wide excision, marsu-

pialization, different kinds of flaps).

The mini-invasive treatment using the Meirero's fistuloscope, called EPSiT (Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment) allows the destruction of the pilonidal cyst under endoscopic direct vision and the complete removal of all hairs.

Surgery performed under local anaesthesia with endovenous analgesia-sedation. The post-operative home wound care consisted of daily self-application of water (jet-wash like) of the wound with a 20 ml syringe.

EPSiT procedure is divided in two steps: firstly a diagnostic fistuloscopy to retrieve hairs and further occult incomplete fistulous tract and then a therapeutic removal of all hairs and the destruction of all inflammatory fistula wall tracts by under-vision electrocauterization and mechanical curettage.

Conclusion: EPSiT revealed to be a valid mini-invasive method to treat the pilonidal sinus disease, with promising low recurrence rate (none in our short term experience), a low post-operative pain, a low complication rate (none in our short term experience) allowing a short return to work time and a very good aesthetic result.

## **OP 60 Transanal minimally invasive surgery (TAMIS)**

*Theodoropoulos G.*

Transanal Minimally Invasive Surgery (TAMIS) is a safe, ergonomically superior and efficient method of transanally removing benign rectal neoplasms and histologically favourable T1 rectal carcinomas. Tips and tricks of the technique are highlighted. With the patient at lithotomy position, the GelPOINT® Path TRANSANAL ACCESS PLATFORM (Applied Medical) is inserted transanally. Three 10 mm trocars are used via the gel cap that is accommodated on the access channel and pneumorectum of 15 mmHg is established. A full thickness, incorporating the mesorectal fat, dissection is carried out starting distally and moving proximally utilizing an energy source, such as Thunderbeat® (Olympus Inc). The remaining gap edges are tightly approximated with a V-lock suture. The procedure is usually completed in less than 1 hour. The use of energy devices as a dissecting and sealing tools offer a bleeding-free operative field and minimized visualization-obstructing smoke production, both of which significantly facilitate working at the narrow space provided during TAMIS-guided rectal neoplasms resection. Results from current literature support the comparable to the traditionally used TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery) results of TAMIS.

The treatment of benign and early tumours hinges on a balance between curative intent and functional preservation. The TAMIS technique is safe and effective for removing rectal lesions with good functional and oncological outcomes.

The TAMIS technique can be both a curative and staging procedure for lesions in the grey zone between benign and malignant on preoperative assessment.

Some complications like , rectal stenosis is more likely to occur when the circumference of the lesion is large. Likewise, urinary retention occurs more often when the lesion is more circumferential.

In malignant cases, TAMIS is undertaken only for early lesions without features of aggressiveness, such as poor differentiation, lymphovascular invasion (LVI), perineural invasion (PNI), T2 or positive lymph node. The only exceptions will be in patients with significant medical morbidities that prevent them from undergoing a radical intervention. In some cases, we cannot establish with certainty whether a patient has any malignancy, therefore TAMIS can be considered the ultimate biopsy. In some cases these biopsies can lead to a more radical procedure. In order to prevent increasing complexity at the time of radical surgery, full thickness of the mesorectum is avoided at all cost, as it will be a direct violation of the mesorectal plane.

## **OP 061 Local Resection of Rectal Cancer**

*Salgado G.*

**Introduction:** Basil Morrison described in 1966 the concept of "early rectal cancer" and "total biopsy" for selected distal 1/3 rectal lesions, showing the lower incidence of regional lymph node involvement in T1 lesions, with excellent long-term oncologic outcomes.

Recent meta-analysis has shown level 1B evidence for local resections T1 low risk distal rectal tumors, which are defined as: SMV1, well differentiated, without lymphovascular or perineural invasion. The goal of treatment for early stage rectal cancer is to optimize oncologic control while minimizing the long-term impact of treatment on quality of life. The standard of care treatment for most stage I and II rectal cancers is radical surgery alone, specifically total mesorectal excision (TME). For early rectal cancers, this procedure is usually curative but can have a substantial impact on quality of life, including the possibility of permanent colostomy and the potential for short and long-term bowel, bladder, and sexual dysfunction. However, some institutions have reported up to 18% incidence of local recurrence rates for T1 lesions after "Parks" transanal excision.

Given the morbidity associated with radical surgery, alternative approaches to management of early rectal cancer have been explored, including local excision (LE) via transanal excision (TAE) or transanal endoscopic



microsurgery (TEM) and transanal minimally invasive surgery (TAMIS) and, more recently, transanal robotic surgery utilizing different robotic allow us to avoid positive resections margins, pice-meal resections, and conning of the final specimen . Compared to the gold standard of radical surgery, local procedures for strictly selected early rectal cancers should lead to identical oncological results and even better outcomes regarding morbidity, mortality, and quality of life.

Results: Neoadjuvant therapy followed by trans-anal excision have similar local recurrence rates when compared to radical oncologic resections.

Key factors in order to minimize local recurrence rates include adequate patient selection, preoperative staging, and optimal surgical technique.

However, in carefully selected patients with early (T1) rectal cancer, LE by means of the newer methods of TEM and TAMIS is a promising alternative to radical surgery with minimal morbidity and acceptable oncological outcomes. Currently, there are minimal studies evaluating combined use of neoadjuvant therapy and LE for  $\geq$  T2 lesions which limits its generalizability. Furthermore, several authors are supporting no surgery with a "watch and wait" approach for patients with a cCR because the oncological outcomes are no different than radical surgery. Further prospective clinical trials are needed to determine the most promising roles for LE in the management of rectal cancer.

### OP 62 Trans anal Excision Approach (TAE) for Villous Rectal Adenoma (VRA)

*Mano Shosha L.*

**Introduction:** Villous adenoma is a premalignant polyp of the gastrointestinal tract. Up to two-thirds of these lesions occur in the rectum. Malignancy been reported in 4% to 40% of cases. Biopsy is inaccurate, missing invasive cancer about 40% of the time. Whenever possible, local excision and sphincter preservation is the procedure of choice for accessible lesions. Despite complete excision, recurrence is seen in up to 40% of cases. The risk of carcinoma developing in a colorectal polyp of 1 cm or larger is 2.5% and 8% at 5 and 10 years, respectively. A transanal approach to rectal polyp, villous adenoma and cancer excision is often an appropriate alternative to conventional rectal resection, and has a lower associated morbidity. TE of lower rectal adenoma, first reported by Parks, is one the most frequently adopted approaches for excision of rectal polyps of any dimension, situated as far as 6 cm from the anal verge, and has very few complications, low recurrence and mortality

**Purpose:** The purpose of this study is the show the surgeon experience with villous adenoma of the rectum with regard to surgical procedure, tumor characteristics, complications, recurrence rate, cancer incidence, concordance of preoperative and postoperative diagnoses and curability of the patients treated in the American Hospital from 2009-2019, as well comparison with other surgical techniques.

**Methods & Results:** The data was review for 32 patients who underwent TAE surgical transanal excisions for villous adenoma of the rectum. Mean age was 56 years (range, 41-76 years) and mean follow-up was 24-60 months. Female 19, 60, 8%, male 13, 39, 2%, Mean tumor size was 3.4 cm (range, 0.7-10 cm) and the mean distance of the tumor from the anal verge was 4,3 cm (range, 0-10 cm). Preoperative pathology reports were available in all 32 cases and were divide into 3 categories: no dysplasia, low-grade dysplasia; high-grade dysplasia. 18 (57, 6%) lesions had low-grade dysplasia while 10(32%) had no displazia at all, and 4 (12,8%) had high-grade dysplasia. Postoperative pathology was discordant in 8 cases, 25, 64% of patients, including 2 of 32 lesions (6,4%) that were re-categorized as invasive cancer. There were 2 (6.4%) benign recurrences, after transanal excisions. A mean follow-up of 24 months was possible in 21 of 32 patients (67,2%), 11 patients 32,8% did not answer follow up. The overall complication rate, minor bleeding, mild anal stenosis, moderate pain, was 12%, no mortality. Maximum number of attempts for TA excision, in all patients, was up to three. Tumor size, distance from the anal verge, and positive margins were not associated with recurrence. Mean hospital day was 5 days.

**Conclusions:** Management of villous adenoma of the rectum remains a diagnostic and treatment challenge. Complete excision is necessary for rectal villous adenomas. Transanal excision with negative margins is associated with low recurrence and complication rates, and is the preferred approach, even with large lesions. TAE of rectal villous adenoma is a feasible, frequently used technique, would provide good oncologic outcome with acceptable complication and recurrence rates, and mortality, but its use is limited to the lower rectum. TEM offers better access to lesions in the middle and upper rectum, with superior endoscopic magnification and better illumination, superior visualization and pneumorectum, with accurate and complete resection allowing better histological analysis, and secure suture closure. According to the current data, Robotic TAMIS and Transanal TME require long-term data to define their exact role in the surgical armamentarium. High-grade dysplasia (HGD) in colorectal adenomas is recognized as a risk factor for malignant transformation. Patient selection is the key to good outcomes of life. The surgeon should be familiar with the different treatment options, and present them in a way that the patient can make the ultimate decision regarding the best operative approach to their disease

## OP 63 Robotic indications for TME

*Pramateftakis M.*

**Introduction:** Over the last decades, laparoscopic surgery for colorectal cancer has created a new era for the treatment of this disease and it has been widely accepted and performed in centres worldwide. Looking at guidelines, indications for laparoscopic low anterior resection for rectal cancer take into consideration the surgeon's experience and skills, as well as specific tumor characteristics (location from the anal verge, tumor progression etc.). Several clinical trials have yet to demonstrate the superiority of the long-term outcomes of laparoscopic low anterior resection over those of open surgery for rectal cancer.

The lower conversion rate and better surgical specimen quality of robotic compared with laparoscopic surgery potentially improves survival. Earlier recovery of voiding and sexual function after robotic total mesorectal excision is another favorable outcome. Long-term survival data are sparse with no evidence that robotic surgery offers major benefits in oncological outcomes. Although initial reports are promising, more rigorous scientific evaluation in multicenter, randomized clinical trials should be performed to definitely determine the advantages of robotic rectal cancer surgery.

Robotic surgery is a fairly new player in the management of colorectal cancer, but it is an approach that seems the help overcome some of the limitations imposed by laparoscopic surgery. Wristed instruments with seven degrees of freedom, stable three-dimensional vision of the abdomen and pelvis and comfort of use of the surgeon are only few of the benefits offered by robotic surgery. Although the largest randomized trial to date (ROLLAR) failed to demonstrate a superior conversion rate or oncological results over laparoscopic surgery, several favourable outcomes have been reported in terms of the clinical benefits of robotic-assisted surgery in rectal cancer patients. Recent Japanese studies have shown that robotic surgery for rectal cancer was safe and technically feasible with favorable short and long-term oncological outcomes when performed by experienced surgeons.

This presentation looks at the indications and benefits of using the robotic DaVinci platform in managing patients with rectal cancer.

**Conclusion:** Although robotic rectal cancer surgery is expensive, its safety and feasibility are well established. Its lower conversion rate and better surgical specimen quality compared to laparoscopic surgery may potentially improve survival. Although initial reports are promising, randomized clinical trials should be performed to definitely determine the safety, efficacy, and long-term oncological and functional benefits of robotic rectal cancer surgery.

As the technology for surgical robots continues to advance rapidly, future robotic systems will become increasingly affordable and more refined. Adoption of new technology occurs over time, and technological advantages will ensure that robotic surgical systems are eventually part of the normal armamentarium for routine surgical tasks.

## OP 64 Mini invasive surgery for anismus and obstructed defecation

*Pescatori M.*

**Introduction:** PFDD occur in about 18% of the population and have a considerable impact on health costs and quality of life. PFDD encompasses both functional and mechanical causes. Before defaecation occurs the rectum dispense and the somatic sensation leads to a relaxation of the internal anal sphincter and if it is an appropriate time defaecation occurs. If it is not an appropriate time there is voluntary contraction of the external anal sphincter and pelvic floor muscles until the sensation to defecate passes and an appropriate time. In order to defecate the recto-anal angle straightens by squatting and correct defecatory dynamics are required (using the abdominal muscles and diaphragm). Pelvic floor defecatory dysfunction is the difficulty in evacuation of the rectum. It can be classified into several groups: 1. Functional outlet obstruction (Inefficient relaxation of the anal sphincters, Internal anal sphincter, External anal sphincter and pelvic floor muscles, Neurological causes) 2. Mechanical outlet obstruction (Intrarectal intussusception/rectal prolapse, Enterocoele) 3. Defaecatory force and direction (Rectocoele, Perineal descent, Poor propulsive effort) 4. Colorectal Compliance (Mega rectum, Rectal hyposensitivity, Slow transit) Patients with defecatory difficulties complain of symptoms of straining, feeling of incomplete evacuation, pain, digital assistance during defecation and unsuccessful attempts. They may also spend an extended time on the toilet, have decreased bowel frequency; complain of post defecation soiling and fragmented defecation. They often complain of concomitant urinary and/or sexual symptoms.

**Surgery:** The partial bilateral myotomes of puborectalis in patients with anismus and obstructed defecation syndrome is a mini-invasive procedure in which the muscles postero lateral sides are gently pulled down to the perianal skin and then partially divided to correct the lack of relaxation on straining causes anismus, When necessary, endovaginal Ultrasound may be used to better identify the puborectalis muscle. The complications are few and minor; the obstructed defecation score decreases significantly after the operation and most patients are either improved or cured. Thus, choosing appropriate transanal surgical procedures for the treatment of

ODS remains a challenge for all surgeons. In addition, surgeons should not only pay attention to surgery itself but also conservative treatments such as a change of lifestyle, psychotherapy, pelvic floor and abdominal muscle relaxation exercises and so on in order to improve patient satisfaction.

### **OP 65 Rectal Cancer: Watch and Wait Treatment with Neoadjuvant Chemoradiation**

*Caushaj F. Ph.*

Deficits in the literature for the watch-and-wait (WW) strategy after clinical complete response (cCR) include (1) lack of a true denominator encompassing the entire patient population treated with neoadjuvant chemoradiotherapy (CRT); (2) variable application and timing of diagnostic tools, including magnetic resonance imaging, physical examination, and endoscopy-defining cCR; and (3) no appropriate control group to provide context to oncologic outcome data. Prospective studies will provide more complete data; however, finding an optimal control group to precisely define the association between WW and patient survival and other oncologic outcomes is difficult. The optimal trial design of randomizing patients with cCR to WW vs radical resection will not be accepted by most patients and is thus impractical.

Despite clear limitations, retrospective audits of WW outcomes are valid and useful.<sup>1-3</sup> For example, the 20% local regrowth rate in the WW group (n = 22 of 113 patients) found in previous studies<sup>4</sup> conforms with that reported in other studies,<sup>3</sup> indicating that patients in the cCR group achieved a high rate of cancer eradication and were therefore well selected. Furthermore, the 98% pelvic tumor control rate associated with WW is important and sets a high bar for future studies. Of note, the 5-year disease-free survival rate of 75% that we observed in the WW group was driven downward in part by the deaths of older patients from causes unrelated to rectal cancer during the follow-up period, a finding supporting the use of WW in older patients. Finally, our observation that local regrowth correlated with metastatic progression was a provocative finding that has been observed by others.<sup>3</sup> Interestingly, the rate of systemic recurrence (8%, n = 9) among patients in the WW group in our study<sup>4</sup> was not markedly different from the rate of distant metastasis (6.2%) in patients with rectal cancer who had pathological complete response after CRT and rectal resection as reported by Park et al.<sup>5</sup> The Organ Preservation in Rectal Adenocarcinoma trial<sup>6</sup> will provide prospective information about the risk of distant metastasis in patients selected for WW who have received systemic chemotherapy.

The Organ Preservation in Rectal Adenocarcinoma trial has accrued more than 300 patients from 17 centers in the United States to study WW prospectively using a 3-tiered approach to determine response along with predefined end points. In this phase 2 study, magnetic resonance imaging is used to stage cancer, and patients with stage II or III rectal cancers are randomized to receive either induction chemotherapy with FOLFOX (leucovorin calcium [folinic acid], fluorouracil, and oxaliplatin) then CRT or consolidation chemotherapy (CRT then FOLFOX). The primary outcome that is being evaluated is 3-year recurrence-free survival in patients treated with induction chemotherapy or consolidation chemotherapy and selective WW vs standard historical control participants treated with CRT, TME, and adjuvant chemotherapy.

Avoiding the time, emotional, and monetary costs as well as the morbidity and quality-of-life risks associated with rectal resection is a powerful draw for patients. The question for patients and clinicians is whether oncologic outcomes are markedly affected by WW and if so, whether WW is a strategy worth pursuing. Although new and better data will come, lessons from the past remain useful guides that deserve our attention.

### **OP 66 The ERAS protocol**

*Ramuscello S.1 & Boscolo A.1*

The ERAS "Enhanced Recovery After Surgery" protocol is a multiprofessional perioperative care pathway designed to achieve early recovery of patients undergoing major surgery, especially in the treatment of stomach and colorectal diseases. The protocol has also been designed for our hospital to ensure better recovery after surgery and an early and safe return to daily activities. Obviously a period of study and preparation was necessary which involved several professionals already present in our structure: Surgeons, Anesthesiologists, Nurses, OSS, Nutritionists, Physiotherapists, Enterostomists.

The ERAS protocol foresees the active collaboration of the patient (and, if possible, of his family mem-

bers) and is based on some precautions that must be taken in the previous phase and in the post-intervention phase. Before the operation it is necessary that the patient is adequately prepared through a healthy and balanced diet, the cessation of smoking at least 30 days before hospitalization and physical activity (even light). In the run-up to the operation, the group's professionals will indicate the actions to be taken to complete this preparation. This procedure is also applied postoperatively compared to the traditional organization.

In the ERAS protocol, the patient who must undergo a surgical procedure, is received into the Surgery a few weeks before the operation in order to make known first the place of admission and the professionals who will have it under care, thus reducing psycho-physical stress linked to hospitalization.

An evaluation of the nutritional and physical status is carried out, to improve where necessary the reference functional parameters. A properly trained patient with an acceptable nutritional status and an improved physical / respiratory status reduces the risk of postoperative pulmonary and infectious complications and improves comfort. Particular attention is given to pain control.

At discharge, through the company website, the patient or relative, fill in a form already programmed to check the most important parameters, data that will then be processed by ERAS TEAM. Surgical technologies such as laparoscopic surgery and anesthetic techniques already available in our hospital have allowed the start-up and consolidation of this type of organization. The ERAS Team meets weekly to analyze the results.

### **OP 67 Current trends in minimally- invasive Colorectal Surgery - Laparoscopic Right Hemicolectomy**

*Drakopoulos V.*

**Introduction:** Colorectal cancer is the second most common cause of cancer death in westernized countries. Approximately 130,000 new cases of colorectal cancer are diagnosed per year in the United States, of which 75% occurred in people who have no predisposing risk factors. In recent years, there has been a paradigm shift towards minimally invasive approaches even for cases of malignancies. Laparoscopic right hemicolectomy gives all benefits of laparoscopy as well as helps in radical removal of tumor. It is now an established method based on the safety and the good results as shown by international bibliography. It should, however, be applied in centers providing the appropriate laparoscopic equipment and the experienced surgical team holding the corresponding training curve for each operation to avoid complications.

It is very important to perform a complete workup to allow the previous localization of the tumor by means of barium enema, ultrasonography, computed tomography (CT) scan with contrast, and colonoscopy-guided biopsy. A baseline chemical profile including complete blood count, carcinoembryonic antigen, preoperative electrocardiogram, and chest radiograph should be performed as needed. Pulmonary function tests for patients with compromised respiratory function and additional tests according to patient's specific problems are also in order

**Method:** The typical placement of trocars included one supraumbilical 5 mm trocar, two right sided 10mm trocars in the midclavicular line, one 5mm in the left midclavicular line and one 5mm trocar in the suprapubic midline. The approach could be medial to lateral, lateral to medial, inferior to superior and top down. We prefer the medial to lateral approach. The anastomosis could conduct with the use of a linear stapler for the posterior wall and the convergence of the anterior wall with laparoscopic sutures in two layers. The anastomosis could be performed Intracorporeal or Extracorporeal. We prefer the Intracorporeal method.

**Conclusion:** Laparoscopic approach seems to be safe for treatment of colon cancer, as it offers better surgical field view and less postoperative complications. Laparoscopic colectomy has similar effects to open colectomy on long term survival outcomes for the treatment of colon cancer. The restoration of the continuity of the intestinal tube with anastomosis is safe. It is a demanding operation with extended learning curve, and requires adequate experience in laparoscopic surgery and colorectal surgical oncology.

## OP 68 Robotic Ventral mesh repair for Rectal prolapse in adults

*Delgadillo X.*

**Introduction:** Many procedures have been proposed for the treatment of rectal prolapse. The first goal of surgery is to correct the anatomical modifications. The second goal is to relieve associated symptoms such as bleeding, pain, incontinence, discharge and finally, paradoxical constipation.

The best results are those with the lowest complication rate, lowest recurrence rate and lowest economic expenses. Most of these objectives can be achieved applying a ventral rectopexy to sacral promontory.

It is important to underline that specific symptoms present and secondary to a “true” prolapse” in order for the condition to be considered pathological, that is why some publications must be interpreted with caution, keeping in mind the proportion of patients with either external rectal prolapse or intussusception, tools used to confirm the diagnosis and a precise surgical technique proposed.

**Aim:** With a broad availability of surgical robots in major institutions dealing with colorectal diseases, they include rectal prolapse surgery [3, 4].

**Evaluation target:** The first major analysis is patients’ selection for the studies about robotic surgery. Following most authors’ assertions, one of the advantages of the robot- assisted rectal surgery is mainly the capability for dissection in a narrow and deep pelvis in obese patients. However, most of included patients are women (who have, by anatomical definition, a wide pelvis) with normal body mass index. This is obviously the case in the majority of patients with pelvic floor disorders, who are women with a history of hysterectomy in nearly one-third of cases [1].

The second major commentary about the articles reporting on robotic rectal surgery is the lack of a frank description of the drawbacks of the robot-assisted rectal surgery. The longer time spent for robotic operation should be considered as corresponding to decreased surgical performance and increased physical demands on the surgeon.

A third important study is the robot- assisted rectal surgery performed with the patient in the same position throughout all the procedure, with no table tilting or rolling as done in open or laparoscopic surgery.

Finally, the fourth major review concerns morbidity. It has to be mentioned that a deleterious aspect of robot-assisted rectal surgery that is rarely published in the literature: if a sudden accident such as significant bleeding should occur, the surgeon is far from the patient and the assistant might be not competent enough to promptly address the problem or even correctly use the suction device to allow prompt hemostasis by the surgeon at the console. That is the reason why very often, the first assistant in robotic surgery is a senior and not a junior surgeon.

**Results:** Our preliminary results operated on for full-thickness rectal prolapse associated to symptomatic enterocele using ventral laparoscopic rectopexy and douglassectomy assisted by da Vinci robot x-ii are actually in evaluation. Those are presented as a day case surgery setting as effective and safe inspired on J.L. Faucheron works. Our preliminary results showed longer operative times and higher expenses with the assistance of the robot. The relative advantage of the robotic approach came with a cost of 35,000 CHF, which is below than the usual cutoff point of 40,000 euros.

**Conclusions:** In favor of the robotic approach, most of published series used the first-generation da Vinci systems robot. Currently, the third generation of the da Vinci surgical robot, which is more compact than before, is being developed and used. As this technology evolves, new and more advanced robots will be developed, and undoubtedly will lead to improvements in results of the role of robotic assistance in rectal surgery.

Only randomized, blinded, controlled studies should be performed to provide evidence of the superior role of robots in rectal surgery. Finally, robot-assisted rectal surgery has several advantages over laparoscopic approach and robot- assisted surgery will probably become a gold standard in few years.

# KONFERENCA MJEKËSORE PEDIATRI-NEONATOLOGJI



## “Debatet dhe kujdesi primar në përditshmërinë e Pediatriisë klinike”

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
19 Dhjetor 2019 | 15:00 - 19:00

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: **Dr. Niketa Koliçi**

**15:00-15:25**

**Suplementet: kur dhe çfarë?**  
Dr. Niketa Koliçi, Mjeko  
Pediatre-Neonatologe,  
Spitali Amerikan



**17:40-18:05**

**Konvulsionet febrile.**  
Dr. Shk. Artan Haruni, Mjek  
Pediater-Neurolog,  
Spitali Hygeia



**15:25-16:50**

**Ikteri neonatal – Sfidat  
diagnostike dhe terapeutike.**  
Dr. Shk. Eda Jazexhiu Postoli,  
Mjeko Pediatre-Neonatologe,  
Spitali Hygeia



**18:05-18:25**

**Otiti media akut (OMA) dhe  
komplikimet e hershme të tij.**  
Dr. Holta Sulaj, Mjeko ORL,  
Spitali Hygeia



**16:50-17:15**

**Ushqyerja dhe zhvillimi i  
trurit të të porsalindurit.**  
Dr. Gertiana Mullalli Bime,  
Mjeko Pediatre-Neonatologe,  
Spitali Amerikan



**18:25- 18:45**

**Dermatiti atopik në moshën  
pediatrike. Dr. Maria Zoto,  
Mjeko Alergologe-Imunologe,  
Spitali Hygeia**



**17:15-17:40**

**Infeksionet pneumokoksike  
pediatrike në erën pre dhe post  
vaksinale. Prof. Dr. Gjeorgjina  
Kuli Lito, Mjeko Pediatre-  
Infeksioniste, QSUT**



**18:45-18:55**

**Diskutime, Konkluzione**

**18:55-19:00**

**Plotësimi i Formularit  
të Vlerësimit**

Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association

Kategoria e pjesëmarrësve: klinikistë, pediatër-neonatologë, mjekë të urgjencës, mjekë familjeje, infeksionistë, mjekë ORL, infermierë, mami, farmacistë, studentë të mjekësisë, etj.

### KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**  
Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**  
Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

**Sekretaria Organizative**

**Albana Mehmeti**  
Koordinator e Edukimit në Vazhdim

Email: [secretary@amea.al](mailto:secretary@amea.al)

Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

Mob: 0684032151



**Dr. Niketa Koliçi**  
Konferenca Mjekësore  
Pediatri-Neonatologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë 19 Dhjetor 2019 / 15.00-19.00




**Dr. Maria Zoto**  
Konferenca Mjekësore  
Pediatri-Neonatologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë 19 Dhjetor 2019 / 15.00-19.00



**Dr. Gertiana Mullali Bime**  
Konferenca Mjekësore  
Pediatri-Neonatologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë 19 Dhjetor 2019 / 15.00-19.00



**Dr. Holta Sulaj**  
Konferenca Mjekësore  
Pediatri-Neonatologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë 19 Dhjetor 2019 / 15.00-19.00




**Dr. Shk. Artan Haruni**  
Konferenca Mjekësore  
Pediatri-Neonatologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë 19 Dhjetor 2019 / 15.00-19.00



**Prof. Dr. Gjeorgjina Kuli Lito**  
Konferenca Mjekësore  
Pediatri-Neonatologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë 19 Dhjetor 2019 / 15.00-19.00



**Dr. Shk. Eda Jazexhu Postoli**  
Konferenca Mjekësore  
Pediatri-Neonatologji

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë 19 Dhjetor 2019 / 15.00-19.00

## PO 69 Konvulsionet Febrile

Haruni A., Haruni M.

Konvulsionet Febrile janë lloji me i shpeshtë i konvulsioneve tek fëmijët nën moshën 5 vjeç. Është një problematikë jo e rrallë me të cilën haset mjeku pediater në praktikën e përditshme, pasi prekin rreth 5 % te fëmijëve.

Ato diferencohen nga llojet e tjera të konvulsioneve qysh prej mesit të shekullit të XIX. Në këtë kohë trajtimi konsistonte në eliminimin e shkaktarit të temperaturës. Konvulsionet Febrile janë dy llojesh të thjeshta dhe komplekse.

Konvulsionet febrile “të thjeshta” karakterizohen nga kriza të shkurtra, përgjithësisht të gjeneralizuara me kohëzgjatje deri 5 apo më shumë minuta të shoqëruara nga temperatura e lartë.

Forma e dytë e konvulsioneve është forma “komplekse”.

Karakterizohet nga konvulsione të zgjatura mbi 15 minuta, kriza fokale, shpesh të dhëna EEG jonormale.

Zgjatja e krizës ndryshon nga pacienti në pacient. Kriza mund të paraqitet në temperaturë të ndryshme disa herë gjatë një dite apo periudhe të zgjatjes së temperaturës.

Piku i incidencës së Konvulsionve Febrile është grupmosha 9-18 muaj.

Këto kriza janë të shoqëruara nga infeksione si: tonsilitet, faringitet, otitet, etj

Konvulsionet febrile vazhdojnë të jenë subjekt i interesit dhe kundërshtive që vazhdojnë të lidhen me mënyrën se si duhet te trajtohen. Aktualisht ka një konsensus për Konvulsionet Febrile të thjeshta të cilat nuk duhet të mjekohen me antiseptike sipas Akademise Amerikane të Pediatrisë. Por ende nuk ka një konsensus për trajtimin e Konvulsioneve Febrile Komplekse, por ka ende diskutime nëse duhet të mjekohen me terapi intermitente apo profilaksi antiepileptike për të parandaluar rekurencat.

Ende mbeten shumë pyetje pa përgjigje në lidhje me konvulsionet febrile për të cilat do të diskutojmë gjatë këtij referimi.

## PO 70 Ushqyerja dhe zhvillimi i trurit te të porsalindurit

Mullalli-Bime G.

Lëndët ushqimore dhe faktorët e rritjes rregullojnë zhvillimin e trurit gjatë jetës fetale dhe asaj postnatale të hershme. Ushqyerja e hershme optimale me sasi të duhura të makro e mikronutrientëve është thelbësore për një zhvillim normal të trurit. Truri, i cili zhvillohet shpejt në këto faza, është më i ndjeshëm nga mungesa e lëndëve ushqimore, megjithëse ai paraqet një shkallë të lartë plasticiteti. Kjo sepse ndjeshmëria e trurit ndaj mungesave ushqimore e tejkalon plasticitetin e tij, gjë që shpjegon pse mungesat ushqimore të hershme çojnë në disfunktion të trurit jo vetëm për sa kohë mungon lënda ushqimore, por edhe pas ngopjes me të. Mungesat e lëndëve të caktuara ushqimore prekin zhvillimin e trurit si neurogjenezën, migrimin dhe diferencimin qelizor dhe funksionin e qelizave gliale. Lëndë ushqimore të caktuara kanë efekte më të mëdha mbi zhvillimin e trurit sesa disa të tjera. Këto përfshijnë proteinat, disa yndyrna, hekurin, zinkun, bakrin, jodin, seleniumin, vitaminen A dhe folatet. Efekti mbi zhvillimin e trurit i mungesës së ndonjëres prej këtyre elementeve ose konsumimi i tepërt i tyre do të përcaktohet nga parimi i kohës, sasisë apo zgjatjes së fenomenit. Aftësia për të përcaktuar efektet specifike të mungesave ushqimore varet nga, njohuria se cila zonë e trurit preket në mënyrë preferenciale nga këto mungesa, vlerësimi neurologjik i funksioneve të këtyre zonave specifike të trurit. P.sh, kequshqyerja proteinike shkakton si deficite globale, të cilat përcaktohen me testet e zhvillimit të përgjithshëm, ashtu edhe efekte mbi zona të veçanta si hipokampusi apo korteksi. Mangësitë në hekur alterojnë mielinizimin, sintezën e neurotransmetorëve monoaminike dhe metabolizmin energjistik të hipokampusit në periudhën neonatale. Vlerësimi i këtyre efekteve mund të bëhet nëpërmjet testeve që matin shpejtësinë e proceseve të mielinizimit, ndryshimet në aktivitetin motorik (monoaminat) dhe memorjen njohëse (hipokampusi). Mungesa e zinkut alteron rregullimin e sistemit nervor autonom dhe zhvillimin cerebelar dhe atë të hipokampit. Acidet yndyrore të pangopura me zinxhir të gjatë janë të rëndësishme për: formimin e sinapseve, funksionin membranor dhe mielinizimin. Teknika si MRI e avancuar bëjnë një vlerësim me specifik e objektiv se testet tradicionale të zhvillimit. Dhe mund të japin sinjale më të hershme për të ndërhyrë në ushqyerje, për të mos humbur kohë për ndjekje më afatgjata.



**PO 71 Ikteri neonatal – Sfidat diagnostike dhe terapeutike***Jazexhiu–Postoli E.*

**Hyrje:** Ikteri neonatal është i zakonshëm tek te porsalindurit, (në 60% të të porsalindurve në term dhe të shëndetshëm dhe në 80% të pretermëve). Në shumicën e rasteve ikteri është fiziologjik dhe konsiderohet si rrethanë klinike përgjithësisht e padëmshme. Por në disa raste ikteri është shfaqje e një çrregullimi apo sëmundjeje. Ikteri përbën një nga shkaqet kryesore të rihospitalizimeve në periudhën neonatale së bashku me problemet e ushqyerjes dhe infeksionet.

**Qëllimi:** Unifikim i protokolleve dhe i qëndrimit klinik të profesionistëve të kujdesit foshnjor, me synim reduktimin e rasteve me Hiperbilirubinemi të rëndë dhe eliminimin e Encefalopatisë hiperbilirubemike si entitet klinik.

**Materiali dhe metoda:** Gjatë prezantimit do të mbulohen këto nënçështje:

1. Përkufizime dhe diagnoza diferenciale e Ikterit fiziologjik me Ikterin patologjik
2. Situatat më të shpeshta të ikterit patologjik
3. Faktoret e rrezikut për ikter dhe kernikter
4. Algoritmi diagnostik i ikterit
5. Algoritmi terapeutik i ikterit tek termi dhe pretermi
6. Vlerësimi i kujdesshëm në ikterin e zgjatur (vlerësimi klinik, laboratorik si dhe rëndësia e Depistimit metabolik dhe Hormonal).
8. Rekomandime dhe përditësime në trajtimin e Hiperbilirubinemisë neonatale (Eksanguinotransfuzioni, Fototerapia, Trajtimi me Imunoglobuline intravenoze.)

**Përfundim:** Ikteri neonator duhet të vlerësohet si potencialisht i rrezikshëm dhe çdo i porsalindur me ikter duhet të ndiqet me kujdes për të evituar Hiperbilirubineminë e rëndë dhe Encefalopatinë Hiperbilirubemike. Rekomandohet matja e Bilirubines të foshnjat para daljes nga spitali dhe interpretimi i saj në grafiket përkatës.

**PO 72 Infeksionet pneumokoksike pediatrike në erën pre dhe post vaksinale***Kuli-Lito GJ.*

**Hyrje:** Streptococcus pneumoniae është mikroorganizmi kryesor që shakton Otitis media, pneumoninë, si dhe infeksione invasive të tilla si : Bakteremia . Më rrallë, pneumokoku shkakton meningit që mund të jetë fatal. Risku i prekjes nga infeksionet invasive është i ulur në krahasim me otitin dhe pneumoninë, por komplikacionet janë shumë më të rënda, duke indikuar hospitalizimin dhe mund të përfundojnë fatalisht. Në vendet në zhvillim, vdekjet nga sëmundjet e shkaktuara nga Streptococcus pneumoniae janë të zakonshme tek fëmijët nën 5 vjet. Gjithashtu, S. Pneumonia është përgjegjës për mbi 800 000 vdekje në vit të fëmijët e moshës ≤5 globalisht shumica e të cilave mund të parandalohen nga aplikimi i vaksinës.

Shumë prej tyre kanë në strukturë një kapsulë të jashtme, e cila është faktor i virulencës dhe përcakton dhe serotipat e tyre dhe ndjeshmërinë ndaj antibiotikëve.

Vaksinimi është mënyra më e mirë për të parandaluar dhe ulur shkallën e gravitetit të sëmundjes pneumokoksike.

Vaksina e pneumokokut është dy llojesh: e konjuguar (7, 10, 13 valente) dhe polisaharidike (23 valente). CDC rekomandon vaksinimin e gjithë fëmijëve më të vegjël se 2 vjet dhe të rriturve mbi 65 vjet për pneumokokun. Gjithashtu, rekomandohet edhe vaksinimi i të gjithë individëve në situata të caktuara:

- Fëmijët apo individët që vuajnë nga drepanocitoza, HIV, Diabeti, imunodeficienca të tjera të lindura apo fituara, sindromi nefrotik, sëmundje kronike të zëmres, mushkërisë apo veshkave.
- Fëmijët apo individët që kanë inplante kokleare, shunte cerebrospinale.

**Qëllimi:** Përditësimi i literaturës mbi infeksionet pneumokoksike te fëmijët dhe paraqitja e incidencës së tyre në erën pre dhe post vaksinale.

**Konkluzione:** Infeksionet pneumokoksike luajnë një rol të rëndësishëm në sëmundshmërinë pediatrike. Aplikimi i vaksinës pneumokoksike të konjuguar që në muajt e parë të jetës ka ulur në mënyrë të dukshme incidencën e tyre, sidomos të infeksioneve invasive.

**Rezultatet:** Paraqitja e serotipave pneumokoksike të lidhura me virulencën dhe invazionin te fëmijët. Evidentimi i të dhënave të serokonversionit pas aplikimit të vaksinës pneumokoksike te fëmijët shqiptarë.

**PO 73 Otiti media akut (OMA) dhe komplikimet e hershme të tij***Sulaj H.*

Otiti media akut (OMA) është një inflamacion i mukozës së veshit të mesëm, shumë i përhapur tek fëmijët, me predominim në moshën 6 muaj deri në 3 vjeç, si dhe shkaku më i shpeshtë i përdorimit të antibiotikëve. Otitis media akut (OMA) është një proces inflamator në hapësirën e veshit të mesëm. OMA është një patologji e shpeshtë te fëmijët, duke përbërë shkakun kryesor të konsultave dhe përdorimit e antibiotikëve te fëmijët në vendet e zhvilluara. Si shkaktarët më të shpeshtë të OMA-s njihen : S. pneumonia, S. Pyogenes dhe S. aureus. Kjo patologji mbivendoset më tepër gjatë dekursit të një infeksioni respirator viral. Evolucionit i kësaj sëmundjeje është shpesh benign, por komplikacionet e rënda loko-regjionale si paraliza faciale, mastoiditi akut, apo komplikacionet meningoencefalike mund të ndodhin duke justifikuar trajtimin me antibiotikë. Përveç këtyre komplikimeve të mundshme, klinicistët duhet të përballen dhe me otitet recidivante apo otitet e zgjatura që mund të shfaqin probleme terapeutike. Duke marrë parasysh impaktin ekologjik dhe të antibioretencës në përdorimin e antibiotikëve gjatë një OMA, duhet bërë një vlerësim sa më i mirë diagnostik, duke diferencuar otitet kongjeste nga ato purulente, si dhe duke precizuar pritshmëritë nga antibioterapia.

Incidenca dhe komplikacionet e otiteve media akute janë reduktuar ndjeshëm me përdorimin e antibiotikëve në trajtimin e tyre. Por, gjithsesi, këto komplikacione mbeten akoma të rënda dhe të rrezikshme, duke vënë në lojë prognozën vitale apo duke qenë shkak i sekelseve të rënda tek fëmijët. Është e rëndësishme të vihet theksi tek rëndësia e diagnozës së otitit media akut që ndonjëherë mbetet e vështirë si dhe në njohjen e shenjave klinike që mund të çojnë në dyshimin e një evolucioni jo të favorshëm. Paralelisht me avancimin teknologjik mjekësor, studimet avancojnë si në zhvillimin e vaksinave të reja, si edhe në përdorimin e antibioterapisë. Pavarësisht se komplikimet e OMA janë reduktuar ndjeshëm, ato shoqërohen me një morbiditet të rritur. Komplikacionet akute të OMA janë kryesisht me origjinë infeksioze, pasojë e agresivitetit të mikrobit të implikuar dhe mund të shoqërohen me bakteremi. Ekzistojnë tipe të ndryshme të komplikimeve akute të OMA që prezantohen sipas topografisë në intra dhe ekstratemporale.

**PO 74 Dermatiti atopik në moshën pediatrike***Zoto M.*

Dermatiti atopik, ose ndryshe ekzeme/rrjebull është sëmundja kronike më e shpeshtë e lëkurës. Mund të shfaqet në të gjitha moshat, por është më e shpeshtë në fëmijëri. Në nivel global prek 5-30% të fëmijëve. Shpesh shfaqet që në muajt e parë të jetës, duke u bërë kështu, manifestimi i parë i alergjisë tek fëmijët. Fëmijët me dermatit atopik mund të shfaqin alergji ushqimore, astëm ose rinit alergjik.

Dermatiti atopik është një sëmundje inflamatore e lëkurës në të cilën është prishur barriera mbrojtëse. Kjo bën që lëkura të humbi lagështinë dhe të bëhet e thatë. Në zonat e acaruar lëkura është e ashpër, e skuqur, me fluska të vogla që lëngëzojnë. Në qoftë se këto simptoma persistojnë për kohë të gjatë, lëkura në këto zona paraqitet e trashë, me shenja të gërvishtjes dhe hiperpigmentim. Tek foshnjat dermatiti atopik shfaqet më shpesh në kokë dhe në fytyrë. Te fëmijet më të rritur është karakteristikë shfaqja në palosjen e bërrylave, gjunjëve dhe qafë.

Të gjitha këto karakteristika klinike ndihmojnë në vendosjen e diagnozës së dermatitit atopik. Duhet të kemi parasysh që ketu luan një rol të rëndësishëm trashëgimia.

Faktorët që ndikojnë në acarimin e dermatitit atopik përfshijnë: detergjentët, ndryshimet e temperaturës dhe lagështisë në ambjent, stresi, alergenët ushqimorë në fëmijërinë e hershme dhe më pas alergenët e ajrit, etj.

Testet e alergjisë ndihmojnë për të përcaktuar faktorët acarues, si dhe për të ndihmuar në diagnostikimin e sëmundjeve të tjera alergjike bashkëshoqëruese.

Qëllimi kryesor i trajtimit është përmirësimi i cilësisë së jetës. Hapi i parë është shmangia e faktorëve irritues si dhe përdorimi i kremrave hidratues. Duhet të përdoret krem me faktor të lartë mbrojtës gjatë ekspozimit në diell.

Edhe pse dermatiti atopik mund të acarohet nga ushqimet, vendimi për heqjen e ndonjë ushqimi nga dieta e fëmijës, do të merret vetëm pas konsultimit me mjekun alergolog. Gjithashtu, mjeku alergolog mund të japë këshilla mbi shmangien e alergenëve të ajrit.

Në trajtimin medikamentoz përfshihet trajtimi lokalisht me kortizonikë apo me inhibitorët e kalcineu-

Në trajtimin medikamentoz përfshihet trajtimi lokalisht me kortizonikë apo me inhibitorët e kalcineurinës, antihistaminikët oral, preparatet imunosupresor etj. Këto duhet të përdoren vetëm pas përkrahimit nga mjeku.

### **PO 075 Suplementet: Kur dhe çfarë?**

*Koliçi N.*

Suplementet (vitaminat, probiotikë apo mineralet) janë nga preparatet më shumë të përshkruara në praktikën e përditshme. Përcaktimi i nevojave të plota ditore dhe protokolleve të sakta për to varet nga dieta e çdo individi.

Fetusi shumicën e vitaminave i merr nga nëna, vitaminat e tretshme në ujë Vit. C dhe ato të grupit B përmes placentës gjithë shtatzëninë dhe ato të tretshme në yndyrna vit. A, D, E në fund të shtatzënisë dhe një sasi të papërfillshme të Vit. K.

Përmes gjumështit të gjirit kur nëna ka një dietë të mirë balancuar fëmija mund të marrë shumicën e vitaminave përveç Vit. D dhe Vit. K.

Kështu për vitaminën K, ka një protokoll të mirëpërcaktuar që nga profilaksia që në lindje, për parandalimin e sindromit hemoragjik të hershëm të të porsalindurit. Po ashtu, ky protokoll është i përcaktuar edhe për Vit. D, pavarësisht nga periudha e vitit në të cilën lind fëmija, apo edhe pse mund të ushqehet vetëm me gji. Ka evidenca të qarta që mbështesin dhënien e vit D gjithë vitin e parë të jetës 400UI në ditë. Por n.q.s. fëmija ushqehet me formula, pavarësisht nga lloji, n.q.s. merr 150ml/kg peshë në ditë, nuk duhet të marrë suplemente me vitamina, pasi formulat janë të fortifikuara me mikroelemente.

Ajo që duhet pasur kujdes është mbidozimi me vitamina, pasi shumica e multivitaminave kanë Vit. A, D, C dhe shpesh edhe Vit. të grupit B.

Mjaft i rëndësishëm është hartimi i strategjive kombëtare dhe përcjellja e protokolleve të unifikuara për suplementet gjatë fëmijërisë.



## SEMINAR INFERMIEROR

**Fokus: “Zbatimi korrekt i teknikave infermiere në parandalimin e infeksioneve spitalore si mjet për rritjen e sigurisë së pacientëve në spitale”**

**Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Shkurt 2019 | 14:00 - 17:00**

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatorë: Edlira Cako, Arjeta Deda ( Kola)

**14:00-14:25 - Infeksionet spitalore dhe ndikimi i tyre në cilësinë e shërbimit të kujdesit shëndetësor.**

Edlira Cako, Spitali Amerikan

**14:25-14:50 - Higjiena e duarve dhe përdorimi korrekt i dorezave si element kryesor në parandalimin e infeksioneve spitalore.**

Elona Areza, Spitali Amerikan

**14:50-15:15 - Diferencimi, transporti, depozitimi dhe trajtimi i mbetjeve spitalore.**

Ardita Shkëmbi (Plaku), Spitali Amerikan

**15:15-15:40 - Parandalimi i infeksioneve të lidhura me kateterin venoz central, kateterin urinar dhe tubin endotrakeal në reanimacion.**

Jonida Pëllumbi, Spitali Amerikan

**15:40-16:05 - Zbatimi i masave parandaluese dhe përdorimi korrekt i pajisjeve të mbrojtjes personale gjatë kujdesit për pacientët në izolim.**

Arjeta Deda ( Kola), Spitali Amerikan

**16:05-16:30 - Menaxhimi i incidenteve nga shpimet me age të personelit gjatë kujdesit për pacientët.**

Arjeta Deda (Kola), Elona Areza, Spitali Amerikan



## SEMINAR INFERMIEROR

**Fokus: "Roli i infermierëve në menaxhimin dhe edukimin e pacientëve me sëmundje kronike të veshkave"**

**Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
25 Mars 2019 | 14:00 - 17:00**

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatorë: Edlira Cako, Anduela Zaka

**14:00-14:20 "Përdorimi i antikoagulantëve në Hemodializë".**

Gentjana Hasa, Spitali Amerikan

**14:20-14:40 "Tromboembolia pulmonare te pacientët në trajtim me Hemodializë".**

Erjola Troplini, Spitali Amerikan

**14:40-15:00 "Aspekte multidisiplinore të menaxhimit të dhimbjes te pacientët me Hemodializë".**

Anduela Zeka, Spitali Amerikan

**15:00-15:20 "Menaxhimi i fistulave dhe komplikacionet e tyre".**

Xheni Ballabani (Kajo), Spitali Amerikan

**15:20-15:40 "Dializa peritoneale dhe komplikacionet e saj".**

Entela Toma, Spitali Amerikan

**15:40-16:00 "Transplanti i veshkës me donator të gjallë në Spitalin Amerikan dhe kujdesi infermieror".**

Klara Duli, Spitali Amerikan

**16:00-16:20 "Diabeti, shkak i sëmundjes kronike të veshkës dhe komplikacionet e tij te pacientët në Hemodializë".**

Nexhip Rucaj, Spitali Amerikan

**16:20-16:40 "Obeziteti dhe sëmundja renale kronike". Shpresa Martinaj, Spitali Amerikan**

**16:40-17:00 "Regjimi ushqimor te pacientët që trajtohen me Hemodializë".**

Adiona Muharremi, Spitali Amerikan

**17:00-17:15 Diskutime-Konkluzione**



American Hospital

Albanian Medical  
Education Association



Drejtoria e Strategjisë Akademike dhe Edukimit Mjekësor



## SEMINAR INFERMIEROR

Fokus: "Menaxhimi i pacientit pas kirurgjive të mëdha abdominale - Një sfidë për pacientin dhe stafin"

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë

18 Prill 2019 | 14:00 - 17:00

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatorë: Edlira Cako, Esmeralda Rapo

14:00-14:20 "Trajtimi kirurgjikal i Kancerit Kolorektal - kujdesi infermieror".  
Lisjona Sevdari, Spitali Amerikan

14:20-14:40 "Kolostomia dhe kujdesi infermieror tek pacientët që mbarin Stome".  
Arjeta Deda, Spitali Amerikan

14:40-15:00 "Menaxhimi infermieror i Kancerit të Ezofagut dhe Kujdesi për Gastrostomën endoskopike perkutane".  
Mbarime Gremi, Spitali Amerikan

15:00-15:20 "Menaxhimi infermieror i pacientëve që i nënshtrohen Procedurës Whipple".  
Nexhmije Bici, Spitali Amerikan

15:20-15:40 "Kujdesi infermieror në Kirurgjinë e riparimit të aneurizmës së aortës abdominale".  
Redina Ilazaj, Spitali Amerikan

15:40-16:00 "Transplanti i Heparit dhe kujdesi infermieror".  
Katerina Bixheku, Spitali Amerikan

16:00-16:20 "Kujdesi infermieror në Trombozën e Mezentorit".  
Ethem Arapi, Spitali Amerikan

16:20-16:40 "Kujdesi infermieror në trajtimin e Obezitetit morbid me teknika kirurgjikale".  
Elisa Gjika, Spitali Amerikan

16:40-17:00 Pyetje, Diskutime

## Seminar Infermieror

Data: 23 MAJ 2019  
14:00 - 17:00

Fokus: "Ndikimi i sëmundjeve kardiake  
në cilësinë e jetës së pacientëve"

Salla e Konferencave  
Spitali Amerikan 3, Tiranë

### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatorë: Edlira Cako, Anida Zalla



14:00-14:20 "Kujdesi infermieror në trajtimin e stenozës së aortës".

Nertila Leli, Spitali Amerikan



15:40-16:00 "Elektrofiziologjia, si metodë inovative në trajtimin e çrregullimeve të ritmit, kujdesi infermieror".

Evisa Hysa, Spitali Amerikan



14:20-14:40 "Kujdesi infermieror në pacientët që i nënshtrohen kirurgjisë së valvulës mitrale".

Jonisa Myftari, Spitali Amerikan



16:20-16:40 "Kujdesi infermieror tek pacientët me pace makerprovizor".

Emirjaldo Goga, Spitali Amerikan



14:40-15:00 "IAM në grupmoshat e reja nën 40 vjeç në eksperiencën tonë".

Liz Papekaj, Spitali Amerikan



16:00-16:20 "Edema pulmonare si pasojë e insuficiencës kardiake".

Lavdie Shala, Spitali Amerikan



15:00-15:20 "Komplikacionet e lidhura me aksesin arterial post-koronarografi".

Erna Goga, Spitali Amerikan



16:40-17:00 "Hipertensioni arterial, menaxhimi i tij dhe ndikimi në stilin e jetës".

Elisa Cecja, Spitali Amerikan



15:20-15:40 "Aritmitë kardiake - kujdesi infermieror".

Manjola Shehi, Spitali Amerikan

17:00-17:15

Pyetje, Diskutime

## Seminar Infermieror

Data: 20 qershor 2019  
14:00 - 17:00

Salla e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë

**“Komplikacionet e hershme dhe të vona që sjellin  
çrregullimet endokrine kronike në organizmin e njeriut”**



### PROGRAMI SHKENCOR:



14:00-14:20 **“Komplikacionet akute të  
Diabetit Mellitus”.**  
Brunilda Abdija, Spitali Amerikan



14:20-14:40  
**“Retinopatia diabetike dhe kujdesi infermieror  
në trajtimin e saj”.** Orketa Roko, Spitali Amerikan



14:40-15:00  
**“Ulçera e këmbës diabetike dhe psikologjia  
e pacientit që do i nënshtrohet amputacionit”.**  
Klodiana Kuka, Spitali Amerikan



15:00-15:20  
**“Ovari policistik dhe ndikimi i tij në fertilitet”.**  
Albana Sani, Spitali Amerikan



15:20-15:40  
**“Menopauza e induktuar në moshë të re, çrregullimet  
dhe pasojat psikologjike tek gratë”.**  
Xheorxhina Hoxhaj, Spitali Amerikan



Moderatore: Edlira Cako, Jonida Vrenozaj

15:40-16:00  
**“Tumoret e testikujve tek meshkujt në moshë të re”.**  
Elida Kabilo, Spitali Amerikan



16:00-16:15  
**“Adenomat e hipofizës”.**  
Ledia Kadiu, Spitali Amerikan



16:15 -16:30  
**“Kujdesi infermieror në menaxhimin e pacientëve që i janë  
nënshtuar tiroidektomisë me kriza hipokalcemike”.**  
Blertkena Lalollari, Spitali Amerikan



16:30-16:50  
**“Çrregullimet e hormoneve të gjëndrës surenale dhe roli  
i tyre në depozitimin e indit adipoz”.**  
Arjeta Deda, Spitali Amerikan

16:00-17:00  
**Pyetje, Diskutime**

**Organizuar nga Shoqata AMEA- Albanian Medical Education Association**

**Kategoria e pjesëmarrësve: Infermierë, mami dhe studentë të shkencave mjekësore.**



## Seminar Infermieror

Data: 19 Shtator 2019  
14:00 - 17:00

Salla e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë

*“Kujdesi infermieror tek pacientët e hospitalizuar në Njësitë e  
Kujdesit Intensiv në stadet e fundit të jetës”*



**PROGRAMI SHKENCOR:**  
Moderator: Edlira Cako, Eugen Ismulli,  
Elona Areza



**14:00-14:20**  
*“Roli i infermieres në kujdesin e pacientit në stadet e fundit të jetës”*  
Arjeta Deda ( Kola), Spitali Amerikan



**14:20-14:40**  
*“Monitorimi i pacientit në ICU- Kujdesi Infermieror”*  
Liz Papekaj, Spitali Amerikan



**14:40-15:00**  
*“Ventilimi mekanik dhe Kujdesi infemieror për pacientin nën frymëmarrje të drejtuar në ICU”*  
Eugen Ismulli, Spitali Amerikan

**15:00-15:20**  
*“Ruajtja e ekuilibrit acido-bazik tek pacienti në stadin e fundit të jetës në ICU dhe Kujdesi infemieror”*  
Xhulja Shahaj, Spitali Amerikan



**15:40-16:00**  
*“Ushqyerja e pacientit në stadet e fundit të jetës, Kujdesi infermieror”*  
Lavdie Rexha (Shala), Spitali Amerikan



**16:00-16:20**  
*“Dilemat etike të personelit për pacientin në stadin e fundit të jetës. Të ndërhysh apo jo? Rishikimi i Kodit të etikës dhe ligjit në Shqipëri”*  
Arjeta Deda, Spitali Amerikan

**16:20-16:40**  
*“CPR në pacientin e shtruar”*  
Elona Areza, Spitali Amerikan

**16:40-16:50**  
Diskutime, Konkluzione

**16:50-17:00**  
Plotësimi i Formularit të Vlerësimit

Organizuar nga Shoqata AMEA- Albanian Medical Education Association

Kategoria e pjesëmarrësve: Infermierë, infermierë-mami, studentë të shkencave mjekësore teknike, etj.

## Seminar Infermieror

Data: 17 Teator 2019  
14:00 - 17:00

Salla e Konferencave,  
Spitali Amerikan 3, Tiranë

*“Menaxhimi infermieror i impaktit fizik dhe psikologjik që  
Sëmundja Malinje shkakton tek pacienti”*



### PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: Edlira Cako dhe Elona Areza



14:00-14:25

*“Roli i infermieres në aplikimin e kimioterapisë,  
kujdesi infermieror”*  
Ilda Zaimi, Spitali Amerikan



14:25-14:50

*“Kujdesi dhe menaxhimi i kimioterapisë  
nëpërmjet porta-cath”*  
Arbina Isufi, Spitali Amerikan



14:50-15:15

*“Të përzierat dhe të vjellat tek pacientët  
që marrin trajtim me kimioterapi”*  
Arjeta Deda (Kola), Spitali Amerikan



15:15-15:40

*“Kanceri i gjirit, depistimi, parandalimi dhe trajtimi  
- efektet anësore të kimioterapisë”*  
Morena Peti, Spitali Amerikan



15:40-16:05

*“Rikonstruksioni i gjirit pas mastektomisë si metodë  
për përmirësimin e imazhit trupor tek femrat”*  
Grisilda Fusha (Dosti), Spitali Amerikan



16:05-16:25

*“Studim rasti - kujdesi infermieror në reseksionin  
pankreato-lienal”*  
Sidorela Hajderlli, Spitali Amerikan



16:25-16:50

*“Kujdesi infermieror në rehabilitimin post-operator -  
histerektomi laparatomike vs laparoskopike vaginale”*  
Brunilda Qose, Spitali Amerikan

16:50- 17:00

*Diskutime, Konkluzione*

Organizuar nga Shoqata AMEA- Albanian Medical Education Association

# LEKSIONE INFERMIERORE

“Kujdesi infermieror për nënën dhe fëmijën  
gjatë dhe pas lindjes së komplikuar”

Salla e Konferencave, Spitali Amerikan 3, Tiranë  
12 Dhjetor 2019 | 14:00 - 18:00



## PROGRAMI SHKENCOR:

Moderatore: Edlira Cako, Brunilda Pino (Qose)

14:00-14:25

Tokokardiografia dhe kujdesi infermieror -  
Brunilda Pino, Spitali Amerikan

14:25-14:50

HELLP Sindrom dhe menaxhimi infermieror -  
Albina Ismahili, Spitali Amerikan

14:50-15:15

Placenta Previa dhe kujdesi infermieror -  
Fatmira Cenameri, Spitali Amerikan

15:15-15:35

Prolapsi i kordonit umbilikal -  
Urgjence madhore obstetrikale -

Suada Kerkoti, Spitali Amerikan

15:35-16:00

Hiperbilirubinemia dhe kujdesi  
infermieror për foshnjat nën fototerapi -  
Medina Borova, Spitali Amerikan



16:00-16:25

Detresi respirator tek neonati dhe kujdesi  
infermieror – Jonida Dimo, Spitali Amerikan

16:25-16:50

Studim prospektiv lidhur me depistimet  
kardiake - Sidorela Beqiraj Spitali Amerikan

16:50-17:15

Ushqyerja parenterale tek neonati dhe kujdesi  
infermieror - Joniada Sefa, Spitali Amerikan

17:15-17:40

Kujdesi infermieror tek fëmijët që i  
nënshtrohen kirurgjisë së Labiopalatoschisis -

Manuela Lleshi, Spitali Amerikan

17:40- 17:50

Diskutime, Konkluzione

17:50-18:00

Plotesimi i Formularit të Vlerësimit



Organizuar nga Shoqata AMEA – Albanian Medical Education Association  
Kategoria e pjesëmarrësve: Infermierë, mami dhe studentë të Shkencave Teknike Mjekësore.

## KOMITETI ORGANIZUES

**Klodian Allajbeu**  
Drejtor i Përgjithshëm  
Spitali Amerikan

**Lindita Shosha**  
Drejtoresh e Strategjisë Akademike  
dhe Edukimit Mjekësor

**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit Spitalor  
Spitali Amerikan

**Onejda Ymeraj**  
Drejtoresh Operacionale  
Spitali Amerikan

**Sekretaria Organizative**  
**Albana Mehmeti**

Koordinatorë e Edukimit në Vazhdim

Email: [secretary@amea.al](mailto:secretary@amea.al)  
Web: [www.imca.al](http://www.imca.al)

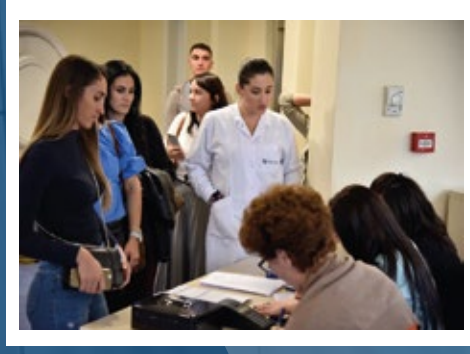
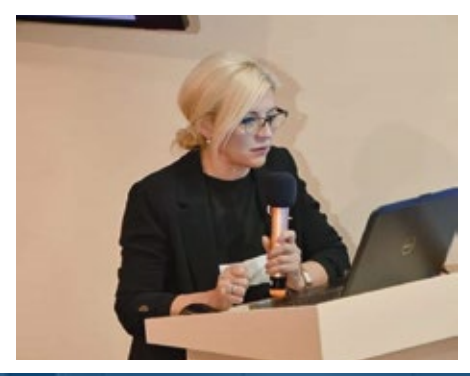
Mob: 0684032151



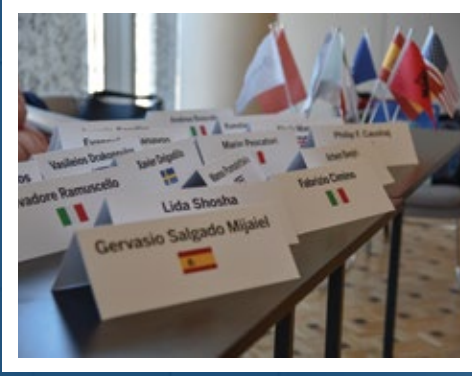
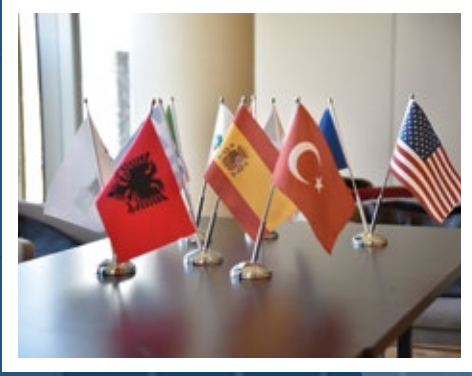














Albanian Medical Education Association



Drejtoria e Strategjive Akademike dhe Edukimit Mjekësor

# 5<sup>th</sup> INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY MEDICAL CONGRESS IN ALBANIA



2-4 APRIL 2020 Plaza Hotel, Tirana, Albania  
Best Key Lecture from USA, EU, UK and Balkan

[www.imca.al](http://www.imca.al)

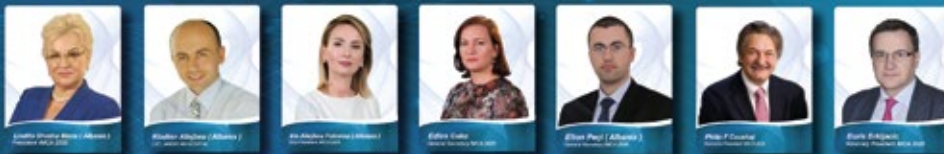


Albanian Medical Education Association



Drejtoria e Strategjive Akademike dhe Edukimit Mjekësor

# 5<sup>th</sup> INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY MEDICAL CONGRESS IN ALBANIA



2-4 APRIL 2020 Plaza Hotel, Tirana, Albania  
Best Key Lecture from USA, EU, UK and Balkan

[www.imca.al](http://www.imca.al)



# 5<sup>th</sup> INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY MEDICAL CONGRESS IN ALBANIA

2-4 APRIL 2020 Plaza Hotel, Tirana, Albania  
Best Key Lecture from USA, EU, UK and Balkan



## PROGRAM AT A GLANCE

Thursday, 2 April, 2020

08:00 - 16:00	<b>Registration opened</b>		
<b>Venue</b>	Marlin Barleti	Dora D'Istria	Jeronim De Rada
09:00 - 12:00	<b>WORKSHOP RAD-AID</b> Focus: "Essential of ER-Emergency Radiology, interactive Workshop with case studies"	<b>SATELLITE SYMPOSIUM</b> Focus: "Trauma-multidisciplinary approach. The right team at the right time"	<b>PRECONGRESS MULTIMODAL NURSING PRACTICAL TRAINING STATIONS</b> Focus: • Tracheostomy ( laryngectomy) emergencies • introduction to "can not intubate can not ventilate" algorithm ( plan A, B, C,D)
12:00 - 12:30	<b>Coffee break</b>		
12:30 - 15:30	<b>WORKSHOP RAD-AID</b> Focus: "Interventional procedures in Breast imaging. Breast biopsies. Hands on practice"	<b>WORKSHOP AESTHETIC MEDICINE &amp; PLASTIC SURGERY</b> Focus: "Aesthetic procedures and surgical modalities for face beautification"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulmonary Embolism profilaxis</li> <li>• Recognition and treatment of hypoglycaemia</li> <li>• Treatment of anaphylaxis</li> <li>• Arterial Blood Gas interpretation</li> <li>• NG tube and feed</li> <li>• ECG workshop (how to do ECG and basic interpretation)</li> <li>• Breaking bad news (simulation)</li> </ul>
16:00 - 18:30	<b>Welcome Ceremony</b> Queen Geraldine Awards & Honorary Certificates - Excellent Medical Student Bursary - The Art of Lecture		

## PROGRAM AT A GLANCE

Friday, 3 April, 2020

08:00	<b>Registration opened</b>			
<b>Venue</b>	Queen Geraldine 1	Dora D'Istria	Jeronim De Rada	Marlin Barleti
09:00 - 11:30	<b>COLORECTAL SUMMIT 3</b> Focus: "Colorectal cancer, Pathogenesis, early detection, prevention, prognosis, new technologies and management"	<b>NEUROSURGERY</b> Focus: "Cranial Base Different approaches"	<b>HEART AND CARDIOTHORACIC SURGERY</b> Focus: "Minimal access Valvular Heart Surgery"	<b>BREAST CANCER SYMPOSIA</b> Focus: "Trends in Diagnostic and Treatment in Breast Lesions"
11:30 - 12:00	<b>Coffee break</b>			
12:00 - 14:30	<b>GENERAL SURGERY</b> Focus: "Minimal invasive trends in General Surgery"	<b>HEAD &amp; NECK</b> Focus: "Skull Base Surgery, ENT Perspective"	<b>VASCULAR SURGERY</b> Focus: "Endovascular Treatment of Peripheral Atherosclerotic Pathology"	<b>ADVANCED IMAGING</b> Focus: "Update in Advance Imaging 2020"
14:30 - 15:30	<b>Buffet lunch break</b>		<b>Poster Gallery</b>	
15:30 - 18:00	<b>ONCOLOGY</b> Focus: "Updates 2020 - New strategies for treating Cancer Disease"	<b>ORTHOPEDIC</b> Focus: "New Techniques un Orthopedic and Trauma Surgery"	<b>CARDIOLOGY</b> Focus: "Arrhythmology- diagnostic and therapeutic challenges"	<b>OPHTHALMOLOGY</b> Focus: "Vision 20/20"
20:30	<b>Awards &amp; Gala Dinner</b>			

## PROGRAM AT A GLANCE

Saturday, 4 April, 2020

08:00	<b>Registration opened</b>			
<b>Venue</b>	Queen Geraldine 1	Dora D'Istria	Jeronim De Rada	Marlin Barleti
09:00 - 11:30	<b>CLINICAL LABORATORY</b> Focus: "Molecular biology and cytogenetics for a personalized diagnosis and treatment"	<b>GYNECOLOGY &amp; OBSTETRICS</b> Focus: "Minimal Invasive surgery in Gynecology"	<b>INTERN MEDICINE 1</b> Focus: "Autoimmune Disease"	<b>NEPHROLOGY</b> Focus: "Future Challenges in the Treatment of Renal Diseases"
11:30 - 12:00	<b>Coffee break</b>			
12:00 - 14:30	<b>NURSING FORUM</b> Focus: "Together to improve patient safety and the quality of nursing care"	<b>GYNECOLOGY &amp; OBSTETRICS</b> Focus: "Endometriosis- State of Art"	<b>INTERN MEDICINE 2</b> Focus: "Antibiotic therapy in Clinical practice & Antibiotic Resistance"	<b>HEMATOLOGY</b> Focus: "Bone marrow transplant update"
14:30 - 15:30	<b>Buffet lunch break</b>		<b>Poster Gallery</b>	
15:30 - 18:00	<b>STUDENT FORUM TIRANA 2020</b> Focus: "Leading The Way The importance of medical studies and overall experience in Albania. Motivation and Expectations"	<b>PEDIATRIC &amp; NEONATAL MEDICINE</b> Focus: "Immunization during childhood in daily life and specific cases. Debates and Challenges"	<b>ANESTHESIOLOGY &amp; INTENSIVE CARE</b> Focus: "Perioperative care & Operating Room Management of the surgical patient"	<b>ANATOMICAL PATHOLOGY</b> Focus: "Melanocytic Proliferations"
18:00 - 18:30	<b>CLOSING CEREMONY</b>	<b>AWARDS</b>	<b>BEST POSTER</b>	<b>BEST PRESENTATION</b>



**30 SEKSIONE KLINIKE MULTIDISCIPLINORE**

- Samiti Kolorektal 3
- Kirurgji e përgjithshme
- Onkologji-Radioterapi
- Kirurgjia kardiotorakale
- Kirurgjia Vaskulare
- Kardiologji dhe Kardiologjia Intervencioniste
- Neurokirurgji
- Kirurgjia e kokës dhe qafës
- Ortopedi
- Imazheri e avancuar
- Oftalmologji
- Laboratori klinik
- Obstetrikë dhe Gjinekologji 1 & 2
- Pediatri dhe Neonatologji
- Mjekësia interne 1 & 2
- Anestezia dhe Kujdesi Intensiv ICU
- Nefrologji
- Hematologji
- Patologji

**UORKSHOPE DHE SIMPOZIUME**

- Uorkshopi i Radiologjisë RAD-AID
- Uorkshopi i Kirurgjisë plastike dhe estetike
- Simpoziumi i Traumës
- Simpoziumi i Kancerit të gjirit

**STACIONI MULTIMODAL I TRAJNIMIT PRAKTIK PËR INFERMIERINË**

**FORUMI INFERMIEROR**

**FORUMI STUDENTOR TIRANA 2020**

**KOMITETI ORGANIZATIV**

- Klodian Allajbeu (CEO, Spitali Amerikan)
- Lindita Shosha Mavo (Presidentë IMCA V 2020)
- Iris Allajbeu (Zëvendës-presidentë IMCA V 2020)
- Eron Peçi (Sekretar i përgjithshëm IMCA V 2020)
- Edlira Cako (Sekretare e përgjithshme IMCA V 2020)
- Albana Mehmeti (Sekretare Organizative IMCA V 2020)

Sekretaria / Email: secretary@imca.al / info@imca.al / Web: imca.al / spitaliamerikan.com  
 Mob: +3555684032151



Albanian Medical Education Association

Regjistri i Shkencave dhe Edukimit Shkencor

**KONGRESI V NDËRKOMBËTAR MJEKËSOR MULTIDISCIPLINOR NË SHQIPËRI**



**"Rruga drejt suksesit, arritjet e fundit në Mjekësinë moderne dhe sfidat e së ardhmes"**

(Lektorë të huaj nga SHBA, UK, EVROPA dhe BALLKANI)

**2-4 PRILL 2020**  
HOTEL PLAZA, TIRANË



**Çfarë risish duhet të presim nga KONGRESI V NDËRKOMBËTAR MJEKËSOR MULTIDISCIPLINOR NË SHQIPËRI?**

Pas eksperiencave mbresëlënëse të katër kongreseve të mëparshme, në këtë përvojë, ne ndihemi akoma më të motivuar për të sjellë për botën akademike mjekësore shqiptare dhe ndërkombëtare, të reja më të fundit të mjekësisë bashkëkohore.



Fokusi kryesor i këtij viti do të jetë "Rruga drejt suksesit, arritjet e fundit në Mjekësinë moderne dhe sfidat e së ardhmes". Ndryshe nga vitet e tjera, dita e parë e Kongresit do të ketë disa Kurse Prekongres si: Uorkshopi i RAD-AID për trajnim të teknicienëve dhe stafit të Radiologjisë në imazherinë e gjoksit dhe Radiologjinë e urgjencave, Simpoziumi i Traumës dhe përgjësia multidisiplinore e trajtimit të saj, etj. Gjithashtu, për herë të parë në Shqipëri do organizohet Stacioni Multimodal me trajnim të ndryshme praktike për infermierinë. Këtu herë, një hapësirë do t'u kushtohet studentëve të mjekësisë me Forumin Studentor Tirana 2020, ku diskutimet interaktive do fokusohen në arritjet dhe rrugëtimin e tyre në këtë proces.

Si edhe çdo vit, pjesëmarrja dhe interesi për këtë event shkencor, ka qenë shumë e lartë me mbi 2000 pjesëmarrës nga Shqipëria, Maqedonia Veriore, Kosova, Evropa dhe më tej. Mbi 120 profesorë ekselence nga rajoni dhe mbarë bota, do të vijnë në Shqipëri për të ndarë eksperiencën e tyre mjekësore dhe arritjet më të fundit në mjekësi, me mbi 300 lektorë nga trevat mbarëshqiptare dhe audiencën pjesëmarrëse. Kjo padyshim është një arritje e madhe për vendin tonë, duke bërë që ky Kongres të jetë vendtakimi i risive dhe përvoja më e mirë e mundshme që një profesionist i fushës mjekësore mund të marrë. Në të njëjtën kohë, përveç edukimit profesional mjekësor të një niveli të lartë shkencor, Kongresi do të jetë i akredituar dhe pjesëmarrësit mund të përfitojnë edhe kredite shtesë në edukimin e tyre në vazhdim.

Ky Kongres do të zhvillohet me përkrahjen dhe mbështetjen e Ministrisë së Shëndetësisë dhe Ministrisë së Arsimit, Sportit dhe Rinisë. Nuk do të mungojë edhe në IMCA V 2020 Galeria e Posterave elektronike, ku do të paraqiten kërkime origjinale dhe praktikat më të mira mjekësore. Për të dytin vit radhazi, do shpërndahen Bursa për studentët e Ekselencës në Mjekësi. Ndaj ju ftojmë të bëheni pjesë e magjisë së këtij Kongresi madhështor, duke dërguar abstraktet tuaja në gjuhën angleze në Web-in tonë [www.imca.al](http://www.imca.al) sipas formatit të mëposhtëm në:

[www.imca.al](http://www.imca.al) - Congress info

Ju mirëpresim në datat 2-3-4 Prill 2020, Hotel PLAZA, Tirana, në eventin më të madh të Mjekësisë shqiptare!



**KONGRESI V NDËRKOMBËTAR MJEKËSOR MULTIDISCIPLINOR NË SHQIPËRI**

"Rruga drejt suksesit, arritjet e fundit në Mjekësinë moderne dhe sfidat e së ardhmes" 2-4 PRILL 2020 HOTEL PLAZA, TIRANË

**PROGRAM AT A GLANCE**  
Thursday, 2 April, 2020

Registration opened			
Time	Marin Barlet	Dora D'Amico	Jeronim De Paola
08:00 - 12:00	<b>WORKSHOP RAD-AID</b> Focus: "Essential of ER, Emergency Radiology interactive Workshop with case studies"	<b>SATELLITE SYMPOSIUM</b> Focus: "Trauma-multidisciplinary approach: The right team at the right time"	<b>PRE-CONGRESS MULTIMODAL RUSHING PRACTICAL TRAINING STATIONS</b> Focus: "Emergency (traumatized) emergencies & emergencies: how not to miss anything" (workshop) - ages 6, 8, 9, 10
12:00 - 12:30	<b>Coffee break</b>		
12:30 - 13:30	<b>WORKSHOP RAD-AID</b> Focus: "Interventional procedures in Breast imaging, Breast biopsies, Hands on practice"	<b>WORKSHOP</b> <b>AESTHETIC MEDICINE &amp; PLASTIC SURGERY</b> Focus: "Aesthetic procedures and surgical modalities for face beautification"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulmonary Embolism: prevention</li> <li>• Recognition and treatment of hypoglycemia</li> <li>• Treatment of emphysema</li> <li>• Arterial Blood Gas Interpretation</li> <li>• NG tube and feed</li> <li>• ECG workshop (How to do ECG and lead interpretation)</li> <li>• Fracturing bad news presentation</li> </ul>
15:00 - 18:30	<b>Welcome Ceremony</b> Queen Geratrine Awards & Honorary Certificates - Excellent Medical Student Summary - The Art of Lectures		

**PROGRAM AT A GLANCE**  
Friday, 3 April, 2020

Registration opened				
Time	Queen Geratrine 1	Dora D'Amico	Jeronim De Paola	Marin Barlet
08:00	<b>Registration opened</b>			
09:00 - 11:30	<b>GENERAL SURGERY 1</b> Focus: "Colorectal Cancer: Pathogenesis, early detection, diagnosis, prognosis, new techniques and management"	<b>ANDROUROLOGY</b> Focus: "Orchid Test: Different approaches"	<b>HEART AND CARDIO-PULMONARY SURGERY</b> Topic: "Minimal access thoracic heart surgery"	<b>BREAST CANCER SYMPOSIUM</b> Focus: "Trends in Diagnosis and Treatment in Breast Lesions"
11:30 - 12:00	<b>Coffee break</b>			
12:00 - 14:30	<b>GENERAL SURGERY 2</b> Focus: "Minimal invasive trends in General Surgery"	<b>HEAD &amp; NECK</b> Focus: "Head Base Surgery ENT Perspective"	<b>VASCULAR SURGERY</b> Focus: "Endovascular Treatment of Peripheral Arteriovascular Pathology"	<b>ADVANCED IMAGING</b> Focus: "Updates in Advance Imaging 2020"
14:30 - 15:30	<b>Buffet lunch break</b>			
15:30 - 18:00	<b>ONCOLOGY</b> Focus: "ESOPHAGUS 2020 - New strategies for healthy Gastric Cancer"	<b>ORTHOPEDIC</b> Focus: "New Techniques on Orthopedic and Trauma Surgery"	<b>CARDIOLOGY</b> Focus: "Arrhythmology: diagnosis and therapeutic challenges"	<b>OPHTHALMOLOGY</b> Focus: "Vision 2020"
20:30	<b>Awards &amp; Gala Dinner</b>			

**PROGRAM AT A GLANCE**  
Saturday, 4 April, 2020

Registration opened					
Time	Queen Geratrine 1	Dora D'Amico	Jeronim De Paola	Marin Barlet	
08:00	<b>Registration opened</b>				
09:00 - 11:30	<b>CLINICAL LABORATORY</b> Focus: "Molecular biology and applications for a personalized diagnosis and treatment"	<b>GYNECOLOGY &amp; OBSTETRICS</b> Focus: "Minimal invasive surgery in Gynecology"	<b>INTERNAL MEDICINE 1</b> Focus: "Autoimmune Diseases"	<b>NEPHROLOGY</b> Focus: "Future Challenges in the Treatment of Renal Diseases"	
11:30 - 12:00	<b>Coffee break</b>				
12:00 - 14:30	<b>RUSHING FORUM</b> Focus: "Strategies to improve patient safety and the quality of nursing care"	<b>GYNECOLOGY &amp; OBSTETRICS</b> Focus: "Technological Advances in ART"	<b>INTERNAL MEDICINE 2</b> Focus: "Ankle/foot Fracture in Clinical practice & Operating Room Management of the surgical patient"	<b>NEPHROLOGY</b> Focus: "State of the art in dialysis"	
14:30 - 15:30	<b>Buffet lunch break</b>				
15:30 - 18:00	<b>STUDENT FORUM (HOW TO WIN)</b> Focus: "Guidelines for the submission of medical studies and award experiences through Mentoring and Supervision"	<b>NEURONAL &amp; MUSCULAR REHABILITATION</b> Focus: "Rehabilitation during COVID-19: challenges and specific tasks, studies and challenges"	<b>ANESTHESIOLOGY &amp; INTENSIVE CARE</b> Focus: "Neurological care & Operating Room Management of the surgical patient"	<b>NEPHROLOGY</b> Focus: "Mineralocorticoid Phosphatase"	
18:00 - 19:30	<b>CLOSING CEREMONY</b>	<b>AWARDS</b>	<b>BEST POSTER</b>	<b>BEST PRESENTATION</b>	



KONGRESI I 5 NDËRKOMBËTAR MJEKËSOR - EVENTI MË I MADH I MJEKËSISË SHQIPTARE



Albanian Medical Education Association



Drejtoria e Strategjisë Akademike dhe Edukimit Mjekësor

[WWW.IMCA.AL](http://WWW.IMCA.AL)

Bashkoku me ne  
Në datat 2 - 4 Prill 2020  
Plaza Hotel Tirana

*"The success of the previous Congress regarding speakers, topic and valuable feedback, guarantees that the coming 5th Congress will provide excellent opportunities for all participants ... In a path of continuous improvement to achieve success it is important to continue to meet healthcare needs of our community, bring new and improve diagnostic tests and tools, wide range of services, innovative technology and promote better standards of care. It is our goal to find ways to make the healthcare more affordable and more accessible for the people who trust their lives in our hands."*

Klodian Allajbeu  
CEO, American Hospital

# Kalendari i Ndërgjegjësimit Shëndetësor

Kalendari i Ndërgjegjësimit Shëndetësor përfshin muajt, javët dhe ditët kryesore nga Janari deri në Dhjetor për të rritur ndërgjegjësimin në popullatë, për t'u njohur me patologjitë që dëmtojnë shëndetin e njerëzve dhe për të informuar stafet mjekësore që ofrojnë kujdes shëndetësor.

## JANAR

- Muaji i ndërgjegjësimit të sëmundjes së Glaukomës
- Muaji i Donatorëve Vullnetarë të Gjakut
- Muaji i ndërgjegjësimit të shëndetit të qafës së mitrës
- Muaji i ndërgjegjësimit për gjendrën tiroide
- Muaji për parandalimin e defekteve të lindjes

Ditë për t'u shënuar:

- 25 Janar: Dita e Infermierisë, që bën trajtimet intravenoze

## SHKURT

- Muaji i zemrës shqiptare
- Muaji i ndërgjegjësimit për AMD/vizion të ulët, shikimit të dobët
- Muaji i Parandalimit të Kancerit
- Muaji Ndërkombëtar i parandalimit të Infeksioneve Prenatale

Javë për të shënuar:

- 7 Shkurt - 14 Shkurt: Java e ndërgjegjësimit të defekteve kongjenitale të zemrës
- 12 Shkurt - 18 Shkurt: Java e Rehabilitimit të pacientit kardiak
- 14 Shkurt - 21 Shkurt: Java e Edukimit të Stafit për sëmundjen Alzheimer dhe Dementia

Ditë për t'u shënuar:

- 3 Shkurt: Dita e Veshjeve të Kuqe, për shëndetin e zemrës së grave
- 4 Shkurt: Dita Botërore e Kancerit
- 22 Shkurt: Dita e Ndërgjegjësimit të Sëmundjeve të Valvulës së zemrës

## MARS

- Muaji i ndërgjegjësimit të Kancerit Kolorektal
- Muaji i ndërgjegjësimit të dëmtimit të trurit
- Muaji i ndërgjegjësimit për pacientët me Aftësi të Kufizuara
- Muaji i shikimit dhe shëndetit të syve
- Muaji i ushqyerjes së shëndetshme
- Muaji i ndërgjegjësimit kundër çrregullimeve të koagulimit të gjakut
- Muaji i Veshkave
- Muaji i ndërgjegjësimit të Endometriozës

### Javë për të shënuar:

- 12 Mars - 18 Mars: Java e ndërgjegjësimit të Sigurisë së Pacientëve
- 12 Mars - 18 Mars: Java e Rehabilitimit Pulmonar

### Ditë për t'u shënuar:

- 8 Mars: Dita e Nutriticionit
- 20 Mars: Dita Botërore e Shëndetit Oral
- 24 Mars: Dita Botërore kundër Tuberkulozit
- 30 Mars: Dita e Mjekut

## PRILL

- Muaji i ndërgjegjësimit kundër sëmundjes së Parkinsonit
- Muaji i Kontrollit kundër Kancerit
- Muaji i ndërgjegjësimit për stresin
- Muaji i ndërgjegjësimit për sindromën e zorrës së irrituar IBS
- Muaji i ndërgjegjësimit të Autizmit
- Muaji i ndërgjegjësimit të Kancerit Oral

### Javë për të shënuar:

- 2 Prill - 8 Prill: Java Botërore e Punonjësve të Shëndetit

- 23 Prill - 29 Prill: Java e ndërgjegjësimit të Sterilitetit

- 23 Prill - 30 Prill: Java Botërore e Imunizimit

### Ditë për t'u shënuar:

- 7 Prill: Dita Botërore e Shëndetit
- 24 Prill: Dita Botërore e Meningjitit
- 25 Prill: Dita Botërore e Malariae

## MAJ

- Muaji i Strokut
- Muaji i ndërgjegjësimit dhe parandalimit të Osteoporozës
- Muaji kundër Presionit të Lartë të Gjakut
- Muaji i ndërgjegjësimit të Melanomës/Kancerit të Lëkurës
- Muaji i Shëndetit Mendor
- Muaji i vetëdijes për Artritin
- Muaji i ndërgjegjësimit të Hepatitit
- Muaji i ndërgjegjësimit të Astmës dhe Alergjisë
- Muaji i ndërgjegjësimit të Preeklampsisë

### Javë për të shënuar:

- 6 Maj - 12 Maj: Java e Infermierëve
- 14 Maj - 20 Maj: Java e Infermierisë që ofron kujdes mjekësor në shtëpi
- 14 Maj - 20 Maj: Java e Shëndetit të Grave

### Ditë për t'u shënuar:

- 5 Maj: Shpëtoni jetën - Pastroni duart
- 31 Maj: Dita botërore kundër duhanit

## QERSHOR

- Muaji i ndërgjegjësimit të Kataraktës
- Muaji për shëndetin e burrave
- Muaji i ndërgjegjësimit të Sklerodermës

### Javë për të shënuar:

- 1 Qershor - 7 Qershor: Java e ndërgjegjësimit të Migrenës
- 24 Qershor - 30 Qershor: Java e kujdesit të pacientëve me shurdhim-verbëri

### Ditë për t'u shënuar:

- 4 Qershor: Dita e të mbijetuarve nga kanceri
- 14 Qershor: Dita Botërore e Donatorëve të Gjakut
- 27 Qershor: Dita e testimit të HIV-it

## KORRIK

- Muaji i parandalimit të dëmtimit të syve
- Muaji i ndërgjegjësimit & parandalimit të Traumës Kraniofaciale

### Ditë për t'u shënuar:

- 28 korrik: Dita Botërore e Hepatitit

## GUSHT

### Javë për të shënuar:

- 1 Gusht deri në 7 Gusht: Java Botërore e Ushqyerjes me Gji
- 14 Gusht deri më 18 Gusht: Java e ndërgjegjësimit të Sëmundjeve Fungale/Mykotike

## SHTATOR

- Muaji i ndërgjegjësimit kundër Dhimbjes
- Muaji i ndërgjegjësimit të Kancerit të Fëmijëve
- Muaji i ndërgjegjësimit të Kolesterolit
- Muaji i ndërgjegjësimit të Leukemisë, Limfomës dhe Myelomës
- Muaji i Shërimit ndaj varësisë së Alkoolit dhe Drogës
- Muaj i ndërgjegjësimit për Kancerin Ovarian
- Muaji i ndërgjegjësimit të Kancerit të Prostatës
- Muaji i ndërgjegjësimit për Obezitetin e Fëmijërisë
- Muaji ndërgjegjësues për Sëmundjet e Trurit
- Muaji i ndërgjegjësimit për Sepsisin



**Ditë për t'u shënuar:**

- 13 Shtator: Dita e ndërgjegjësimit të Sëmundjeve Celiake
- 29 Shtator: Dita Botërore e Zemrës

## TETOR

- Muaji i Farmacistëve
- Muaji i Ndërgjegjësimit të Kancerit të Gjirit
- Muaji i Higjienës së dhëmbëve

**Javë për të shënuar:**

- 1 Tetor - 7 Tetor: Java e ndërgjegjësimit të Sëmundjeve Mendore
- 2 Tetor - 6 Tetor: Java e Kujdesit Parësor
- 12 Tetor deri në 20 Tetor: Java e ndërgjegjësimit shëndetësor të Kockave dhe Artikulacioneve
- 22 Tetor deri më 28 Tetor: Java e Kujdesit të Frymëmarrjes

**Ditë për t'u shënuar:**

- 5 Tetor: Dita e ndërgjegjësimit kundër Depresionit
- 10 Tetor: Dita Botërore e Shëndetit Mendor
- 8 Tetor: Dita Botërore e Kujdesit Paliativ
- 13 Tetor: Dita e Ndërgjegjësimit të Kancerit të Gjirit Metastatik
- 15 Tetor: Dita globale e larjes së duarve

## NËNTOR

- Muaji i Kujdesit Paliativ
- Muaji i Kujdesit Shëndetësor në Shtëpi
- Muaji i ndërgjegjësimit të Alzheimerit
- Muaji i Diabetit
- Muaji i ndërgjegjësimit të Kancerit të Mushkërive
- Muaji i ndërgjegjësimit të Kancerit të Stomakut

**Javë për të shënuar:**

- 12 Nëntor - 18 Nëntor: Java e ndihmës së Kujdesit në Shtëpi
- 13 Nëntor - 19 Nëntor: Javën Botërore e Ndërgjegjësimit të Antibiotikëve
- 20 Nëntor deri më 26 Nëntor: Java e Ndërgjegjësimit të sëmundjeve të refluksit gastroezofageal GERD

**Ditë për t'u shënuar:**

- 14 Nëntor: Dita Botërore e Diabetit

## DHJETOR

**Javë për të shënuar:**

- 3 Dhjetor deri 9 Dhjetor: Java e ndërgjegjësimit të Larjes së Duarve
- 4 Dhjetor deri 11 Dhjetor: Java e Vaksinimit të Gripit

**Ditë për t'u shënuar:**

- 1 Dhjetor: Dita Botërore e SIDA-s

## “By working together we can progress and achieve success”



**Klodian Allajbeu**  
CEO, Spitali Amerikan



**Lindita Shosha**  
Drejtoresh e Akademisë  
Strategjike dhe Edukimit  
Mjekësor



**Mario Karaj**  
Drejtor i Menaxhimit  
Spitalor



**Onejda Ymeraj**  
Drejtoresh Operacionale



**Albana Mehmeti**  
Koordinator e Edukimit  
në Vazhdim



**Nertil Xhaferi**  
Menaxher i Degës  
Spitalit Amerikan 3



**Edlira Cako**  
Drejtoresh Infermiere



**Amarda Kapaj**  
Drejtoresh e Marketingut



**Gentian Cako**  
Menaxher i Degës  
Spitalit Amerikan 2



**Albana Daka**  
Drejtoresh e ALNET



**Oriela Cano**  
Drejtoresh e Marketingut  
(Spitali Hygeia)



**Esmeralda Shehaj**  
Menaxhere e Degës  
Spitalit Hygeia



**Denisa Rrushi**  
Drejtoresh e Burimeve  
Njerëzore



**Geljant Kaleci**  
Drejtor Kreativ



**Dhurata Hysa**  
Menaxhere e Degës  
Spitalit Amerikan 1



**Fatos Bakalli**  
Senior Specialist  
i Prokurimeve



**Senad Xhexhovi**  
Dizenjator



**Igli Larashi**  
Menaxher i Degës së  
Spitalit Amerikan Prishtinë



**Redian Mjeshtri**  
Menaxher i Marketingut



**Blerina Hilaj**  
Analiste Finance



**Dorin Kasa**  
Specialist i Marketingut  
të Mjekëve



**Jeton Hoti**  
Menaxher i Departamentit  
MD Network



**Ervis Gucija**  
Menaxher i Teknologjisë  
së Informacionit



**Eraldo Cenga**  
Specialist i Marketingut  
të Mjekëve



**Enela Muhedini**  
Drejtoresh e Menaxhimit  
të Cilësisë



**Enkeleda Kaçani**  
Specialiste e Marketingut  
të Mjekëve



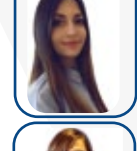
**Genci Hodo**  
Specialist i Marketingut  
të Mjekëve



**Evis Maka**  
Specialiste e Menaxhimit  
të Cilësisë



**Marina Lala**  
Specialiste e Marketingut  
të Mjekëve



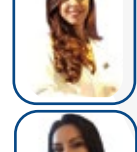
**Besjana Belishaku**  
Specialiste e Marketingut  
të Mjekëve



**Arjeta Deda**  
Kryeinfermiere



**Elona Arëza**  
Kryeinfermiere



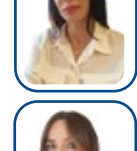
**Dajana Ndreu**  
Specialiste Marketingu



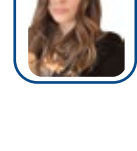
**Manisa (Fetiu) Sulika**  
Specialiste e Prokurimeve



**Ledio Bazaiti**  
Specialist i Marketingut  
të Mjekëve



**Albana Ruzi**  
Specialiste Marketingu



**Ambra Aruçi**  
Specialiste Marketingu



# 5<sup>th</sup> INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY MEDICAL CONGRESS IN ALBANIA

**2-4 APRIL 2020 Plaza Hotel, Tirana, Albania**

*"These 5-yearly international meetings provide an important forum for the dissemination of new research and innovative technological development in the medical field and its multidisciplinary platforms. In addition, the 30 clinical sections covering a full range of themes have proved to be excellent opportunities for productive scientific discussions on various topics, exchange of new ideas and establishing new collaborations between colleagues from more than 30 countries across Balkans, Europe, USA, Asia"*

Lindita Shosha Mano  
President IMCA V 2020





**CIP Katalogimi në botim BK Tiranë**

**Spitali Amerikan Tiranë**

**Annual Report 2019**

**Ideja dhe projekti:**

Lindita Shosha

**Kordinatore e Projektit:**

Albana Mehmeti

**Design:**

Senad Xhexhovi

# **BURSA PËR STUDENTËT E EKSELENCËS** **Fakulteti i Mjekësisë**

**Bursarjes**

**Apliko Tani!**  
**5 Bursa,**  
**100 Euro/muaj**

*Në kuadër të kontributit për përgatitjen e brezit të ri të mjekëve, jemi të lumtur të paraqesim projektin e ri të investimit në Edukimin e Studentëve të Mjekësisë, duke ofruar 5 (pesë) BURSA 100 euro/muaj për kandidatët fitues deri në përfundim të Fakultetit të Mjekësisë.*

Adresa:  
Sekretaria e Kongresit  
Spitali Amerikan 1, Laprake  
Mob: + 355684032151  
Email: secretary@imca.al

# American Hospital “Embrace Knowledge and Science”

