

# Te dhëna epidemiologjike të mielomës multiple në Shqipëri

A. Çyrbja, T. Caja, A. Cili, A. Perolla, P. Pulluqi,  
E. Calliku, A. Ivanaj

Mieloma Multiple është një hemopati malinje e karakterizuar nga një proliferim neoplazik i një kloni të vetëm qelizash plazmocitare, që prodhojnë imunoglobulina monoklonale.

Mieloma Multiple është përshkruar për herë të parë në vitin 1848 nga Otto Kahler. Në vitin 1845 doktor William Macintyre nga Londra vuri re që një grup të sëmurësh kishin dhimbje kockore dhe ndryshime urinare. Pas një viti, në 1846 doktor Henri Bence - Jones, duke analizuar urinat e këtyre të sëmurëve, zbuloi se ata paraqitnin vargje të lehta urinare. Si rezultat i zhvillimeve të mëvonshme, në 1929 u tregua që këta pacientë kishin ndryshime në mielogramë. Në 1937 u vunë re ndryshime në elektroforezën e proteinave. William në vitin 1953 tregoi se në imuno elektroforezë ka një Pik monoklonal, duke përcaktuar diagnozën e monoklonalitetit të një imunoglobine.

Mieloma Multiple përbën 1% të të gjithë neoplazive dhe është neoplazia e dytë hematologjike më e shpeshtë pas Limfomave duke zënë 10% të malinjancave hematologjike, me incidencë vjetore 4.3 raste në 100000 burra të bardhe, 3 raste në 100000 gra të bardha në Shtetet e Bashkuara të Amerikës dhe me vlera të përafërta epidemiologjike dhe në Europë. Haset në të gjitha racat, në racën e zezë është dy herë më e shpeshtë se në atë kaukaziane. Përsa i përket prekje gjinore, më e shpeshtë është në seksin mashkull, me raport mashkull:femër = 1.4:1.

Mosha mesatare e prekur është 66 vjeç, me prekje më të shpeshtë të grupmoshës 61-80 vjeç. Vetëm 2% e pacientëve me mielomë janë më pak se 40 vjeç.

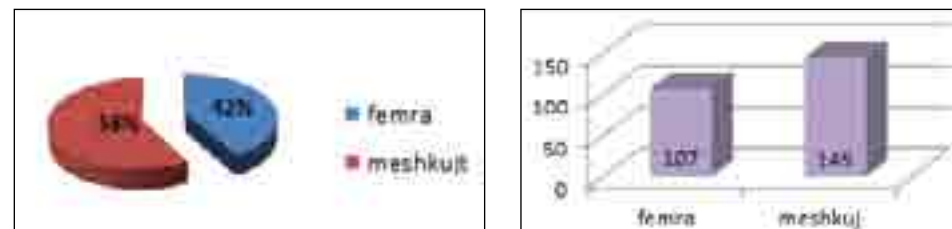
Manifestohet klinikisht me simptomat: lezionet litike kockore, hiperkalcemia, disfunzioni renal anemia, të lidhura me infiltrimin e plazmociteve në palcën e kockave dhe në organet e tjera. Për vendosjen e diagnozës, kriteri kryesor diagnostik

është prania e më shumë se 10 % plazmociteve në palcën e kuqe të kockave. Në varësi të rezultateve të imuno elektroforezës së proteinave dallohen disa tipe: në 67% te rasteve konstatohen IgG, IgM dhe IgA Mieloma Multiple, të cilat në varësi të vargjeve të lehta të prodhuara, nëngrupohen si Kappa ose Lambda, ndërsa në 33% vërehen Mielomat Multiple me vargje të lehtë, oligosekretore dhe asekretore.

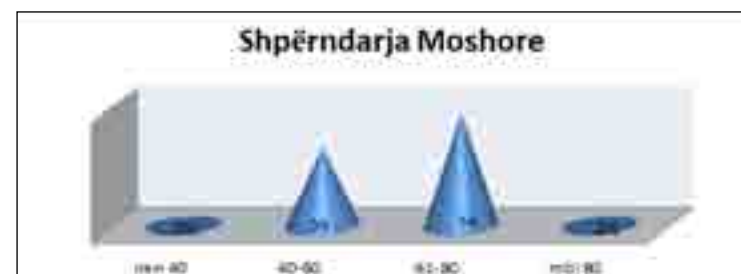
Në sajë të përdorimit të skemave të reja të trajtimit, me preparate me mekanizëm të ndryshëm veprimi, transplantit allogjenik dhe terapisë post transplant, është mundësuar përmirësimi i cilësisë së jetës dhe zgjatja e mbijetesës së pacientëve.

Në këtë studim vlerësohen të dhënat epidemiologjike për vendin tonë të kësaj patologjie, gjatë periudhës kohore Janar 2013-Dhjetor 2017, ku janë përfshirë 252 raste të diagnostikuara me Mielomë Multiple në Shërbimin e Hematologjisë në Qendrën Spitalore Universitare «Nënë Tereza».

U vlerësua **përkatësia gjinore**, ku u konstatua një predominim i seksit mashkull me shpërndarje përkatësisht 58% në seksin mashkull dhe 42% në seksin femër.



U analizua **shpërndarja sipas grupmoshës**, e paraqitur në grafikun më poshtë, ku u konstatua se në 252 pacientë të marrë në shqyrtim, 142 prej tyre, ose 56% i përkasin grupmoshës 61-80 vjeç, 99 pacientë ose 39% i përkasin grupmoshës 40-60 vjeç, 6 pacientë janë nën 40 vjeç, që përbëjnë 3% dhe 5 pacientë ose 2% janë mbi 80 vjeç.



**Vendlindja**, sipas rrethit, është një karakteristikë tjetër që u analizua në studim. Siç është paraqitur dhe në grafikun më poshtë, vihet re probabilitet më i lartë shpërndarje në qendrat e populluara urbane, sikurse është Tirana dhe Fieri apo me problematika në zhvillimin teknologjik të prodhimit si Elbasani për shkak të metalurgjikut.

## Konkluzione

Nga studimi i realizuar u konstatua qe 142 pacientë, ose 56% i përkasin grupmoshës 61-80 vjeç, 99 pacientë ose 39% i përkasin grupmoshës 40-60 vjeç, 6 pacientë janë nën 40 vjeç, që përbëjnë 3% dhe 5 pacientë ose 2% janë mbi 80 vjeç. Gjithashtu u konstatua një predominim i seksit mashkull me shpërndarje përkatësisht 58% në seksin mashkull dhe 42% në seksin femër. Raporti M:F 1.4:1. Përsa i përket shpërndarjes gjeografike vihet re probabilitet më i lartë shpërndarje në qendrat e populluara urbane, sikurse është Tirana dhe Fieri, apo Elbasani për shkak të problematikave në zhvillimin teknologjik të prodhimit.

## Referencat

1. Gahrton G, Durie BGM, Samson DM, Mieloma Multiple and Related Disorders, Oxford university press 2004, ISBN: 0-89603- 706-1
2. SEER stat fact sheet: myeloma. 2013.
3. Hoffbrand's Essential haematology, seventh edition, Multiple Mieloma and related disorders. (228-241)
4. Oxford handbook of clinical haematology, third edition, 2013: Multiple Mieloma. (330-386)
5. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2016. Atlanta, GA: American Cancer Society;2016
6. Surveillance, Epidemiology and End Results Program. SEER Stat Facts Sheets: Myeloma. National Cancer Institute. May 15, 2015.

## *Treatment of Mantle Cell Lymphoma*

***A. Hate, A. Cili, A. Perolla, T. Caja, P. Pulluqi,  
E. Calliku, A. Pushi, A. Ivanaj***

Mantle cell lymphoma (MCL) is a B-cell non-Hodgkin lymphoma with typically aggressive behavior. The genetic signature is the chromosomal translocation t(11;14)(q13;q32) resulting in overexpression of cyclin D1. Asymptomatic newly diagnosed MCL patients with low tumor burden can be closely observed, deferring therapy to the time of disease progression. Although MCL classically responds to upfront chemotherapy, it remains incurable with standard approaches. For patients in need of frontline therapy, the initial decision is whether to proceed with an intensive treatment strategy or a non-intensive treatment strategy. In general, given the unfavorable risk-benefit profile, older MCL patients should be spared intensive strategies, while younger and fit patients can be considered for intensive strategies. The bendamustine and rituximab (BR) regimen is becoming an increasingly popular treatment option among the elderly population, with improved progression-free survival (PFS) and acceptable side-effect profile. Although rituximab maintenance after R-CHOP improves survival outcomes in elderly patients, no clinical trial to date has shown statistical significance to support the use of rituximab maintenance after BR induction in older patients. In young and fit patients with MCL, an intensive strategy to maximize the length of first remission has emerged as a worldwide standard of care. With current high-dose cytarabine-containing immunochemotherapy regimens followed by autologous stem cell transplantation, the median PFS has exceeded 7 years. In the relapsed or refractory (R/R) setting, reduced intensity conditioning allogeneic hematopoietic stem cell transplantation may offer the highest likelihood of long-term survival in young R/R MCL patients, at the cost of increased risk of non-relapse mortality and chronic graft versus host disease. Novel agents targeting activated pathways in MCL cells, such as bortezomib, lenalidamide, ibrutinib and temsirolimus are now available for the management of R/R disease.