

KONTROLLI I KANCERIT TE GJIRIT NE SHQIPERI 2012-2018

Alban Ylli, Kozeta Filipi, Bajram Dedja, Besjan Elezaj.

1. Hyrje mbi qasjet e kontrollit te kancerit te gjirit

Kanceri i gjirit eshte kanceri me i shpeshte ne popullaten e femrave dhe kanceri i dyte me i shpeshte ne popullaten e pergjitheshme ne Shqiperi (1. Raporti NCD). Profili epidemiologjik i kancerit te gjirit ne vendin tone eshte i ngjashem me ate te vendeve te tjera me te ardhura te mesme, ne te cilat incidenca ka qene ne rritje gjate tre dekadave te fundit, kryesisht per arsye te rritjes se moshes mesatare, urbanizimit dhe ndryshimeve ne stilin e jeteses (2. IARC).

1.1 Faktoret e njohur te riskut, parandalimi i kancerit te gjirit dhe integrimi me kontrollin e semundjeve jo te trasmetueshme

Stili perendimor i jeteses lidhur me praktikat riprodhuese dhe dieten (fertiliteti me i ulet, lindja ne moshe me te madhe, ushqyrja me e shkurter e femijes me gji, mbipesha, sedentarizmi, konsumi me i larte i alkoolit) me shume gjase kane ndikuar ne rritjen e riskut per kancer gjiri ne vendin tone gjate dekadave te fundit. Vleresohet se faktoret e riskut te lidhur me stilin e jeteses jane pergjegjes per mbi 20% te kancereve te gjirit. Faktore te tjere si menarka me heret apo menopauza me e voneshme kane gjithashtu ndikim. Faktoret gjenetike si psh mutacionet ne BRCA1, BRCA2, mund te jene pergjegjes per rreth 10% te kancereve te gjirit. Eshte e veshtire te ndertohen programe te parandalimit paresor per kancerin e gjirit duke kontrolluar faktoret risk te lidhur me menyren e jeteses. Megjithate kontrolli i kancerit te gjirit duhet te jete i integruar me kontrollin e semundjeve jo te trasmetueshme (NCD) dhe perpjekjet e pergjitheshme ne drejtim te parandalimit, sidomos lidhur me dieten e shendeteshme, kontrollin e obezitetit dhe konsumit te alkoolit si dhe promovimi i aktivitetit fizik, pritet te japin disa efekte afatgjate ne reduktimin e riskut, me kosto te paperfilleshme per sistemin shendetesor (3. WHO)

1.2 Baza shkencore dhe pervoja nderkombetare lidhur me diagnostikimin e hershem dhe depistimin

Duke qene se parandalimi primar nuk eshte provuar te zgjidhe problemin e incidences se larte te kancerit te gjirit, nje program i kontrollit te ketij kanceri dhe te bazohej para se gjithash ne perpjekjet per te permiresuar diagnostikimin e hereshme dhe trajtimin e pershtatshem, me synim rritjen e vazhdueshme te mbijeteses dhe cilesise se jetes. (4. Anderson).

Diagnostikimi i hershem ka te beje me perpjekjet per rritjen proporcionit te rasteve me kancer gjiri te cilet diagnostikohen ne nje stad sa me hershem kur mundesite per trajtim te suksesshem jane me te medha. Strategjia baze eshte rritja e pergatitjes se mjekeve te kujdesit shendetesor paresor per vleresimin dhe referimin e grave qe dyshohen per kancer gjiri.

Depistimi eshte nje strategji shendetesore me sistematike dhe e organizuar qe ka si objektivi identifikimin e kancerit para se ai te kete dhene shenja klinike. Nderkohe qe programet e depistimit jane nje mundesi e mire per te kontrolluar pasojat e kancerit te gjirit, ato kane kufizime te lidhura me kostot shtese per sistemin shendetesor si dhe potencialin per te shkaktuar deme duke identifikuar gabimisht si kancer probleme te cilat nuk do te cenonin shendetin e gruas nese do te liheshinte ndiqnin rrjedhen natyrore te semundjes.

Per kancerin e gjirit aplikohen disa teknika depistimi, nder te cilat ajo e bazuar ne mamografi, eshte me e perhapura dhe praktikisht e vetmja, per te cilen ka rekomandime te mbeshtetura ne fakte te qendrueshme lidhur me perdorimin si ekzaminim primar depistimi. Megjithate, edhe rekomandimet per depistim te bazuar ne mamografi jane mjaft te kushtezuara nga burimet ne dispozicion dhe niveli i sistemit shendetesor. Organizata Boterore e Shendetesise e rekomandon depistimin e organizuar me mamografi cdo dy vjet per grate e moshes 50-69, vetem ne vende me te ardhura te mjaftueshme dhe me sisteme shendetesore te pergatitura plotesisht (5. WHO). Task Forca Amerikane mbi sherbimet parandaluese (USPSTF) jep graden B te rekomandimit per depistimin me mamografi cdo dy vjet ne grate 50-74 vjec dhe nenvizon potencialin per mbi diagnoze (6. USPSTF). Ne kontrast, USPSTF jep graden A te rekomandimit lidhur me depistimin per kancerin e qafes e mitres dhe te kancerit kolorektal (tabela1).

Tabela 1. Shkalla e rekomandimit te USPSTF lidhur me depistimin me mamografi per kancerin e gjirit krahasuar me rekomandime te tjera mbi depistimin

Lloji i kancerit	Metoda	Grada e rekomandimit (US Task Force on Prevention Services)
Kanceri i cerviksit	HPV	Grada A (perfitim i madh)
Kanceri i kolo-rektal	gFOBT	Grada A (perfitim i madh)
Kanceri i gjirit	Mamografi	Grada B per grate 50-74 vjec (perfitim i moderuar) Grade C per grate 40-49 vjec (rekomandohet ne raste individuale ne bashkepunim me pacientin)
Kanceri i mushkerive (vetem duhanpiresit)	LDCT	Grada B (perfitim i moderuar)
Kanceri i prostates	PSA	Grada C (rekomandohet ne raste individuale ne bashkepunim me pacientin)

Kanceret e lekures, vezoreve,
testeve, tiroideve, pankreasit,
gojes, vezikes se urines

Grada D -I (nuk rekomandohet, fakte te
pamjaftueshme)

Agjensia nderkombetare e kerkimit mbi kancerin (IARC) konkludon se depistimi me mamografi ne grate 50-69 vjec mund te reduktoje mortalitetin deri ne 24% (7. IARC). Per analogji, depistimi i kancerit te qafes se mitres mund te reduktoje vdekshmerine deri ne 80%. Per t'u pasur parasysh: ne rastin e depistimit te kancerit te qafes se mitres, mundesohet identifikimi dhe trajtimi i thjeshte e i lire i lezioneve parakanceroze, nderkohe qe ne rastin e depistimit per kancerin e gjirit, nuk mund te identifikohet problemi vecse ne nje faze relativisht te hereshme, por gjithsesi kanceroze, me te gjitha pasojat qe kjo nenkupton, ne trajtim kompleks, afatgjate dhe te shtrenjte. IARC nenvizon gjithashtu, se nuk ka fakte te mjaftueshme lidhur me perfitimin nga depistimi ne popullaten e pergjitheshme per grate e moshes 40-49 vjec

Teknika te tjera per diagnozen e hereshme jane vete-ekzaminimi i gjirit nga grate dhe ekzaminimi klinik i gjirit nga nje mjek a infermier i trajnuar. OBSH dhe IARC, mbeshtesin idene se aplikimi sistematik i vete-ekzaminimit te gjirit mund te sjelle 'downstaging' ne diagnozen e kancerit te gjirit. Megjithate nuk ka prova te mjaftueshme shkencore per ulje afatgjate te vdekshmerise nga ky kancer. Gjithashtu, nuk ka fakte te plota qe te demonstrojnë ne menyre te qendrueshme, nese ekzaminimi klinik i gjirit do te sillte ulje te vdekshmerise.

Ekzaminimi klinik i gjirit praktikohet ne Bashkimin Europian, si teknike primare e programit te depistimit per kancerin e gjirit vetem ne pak vende (France, Austri, Greqi etj). (8. IARC)

Ekografia e gjirit eshte perdorur rralle si teknike e vetme ose primare per depistimin e kancerit te gjirit dhe efektet e saj jane ende duke u shqyrtuar (7. IARC).

2. Barra per shoqerine shqiptare: Prirjet e vdekshmerise dhe semundshmerise nga kanceri i gjirit ne Shqiperi

Prirjet afatgjate te nivelit te vdekshmerise nga kanceri i gjirit ne Shqiperi deshmojne nje rritje te shpejte gjate viteve 90 te shekullit te kaluar, rritje e cila ka vijuar edhe ne vitet e para te shekullit te 21. Ne vitin 2018 u regjistruan 230 vdekje nga ky kancer. Prej me shume se 6 vitesh niveli i vdekshmerise bruto nuk po rritet me. Ne analizen e vdekshmerise se standartizuar sipas moshes, duket se mund te kete filluar nje prirje per ulje te riskut per te vdekur nese do te shmangnim efektin e rritjes se moshes mesatare (figura 1.1) (1. Raporti NCD). Kjo konfirmohet edhe nga nje prirje e qendrueshme ne renie e nivelit te vdekshmerise ne grupmoshat nen 50 vjec (figura 1.2). Kjo prirje verehet ne shume vende me te ardhura te larta te Bashkimit Europian dhe Amerikes se Veriut prej me shume se dy dekadash. (9. GLOBOCAN).

Figura 1.1 Prirjet e nivelit bruto te vdekshmerise (NBV) dhe nivelit te vdekshmerise se standartizuar sipas moshes (SDR) te kancerit te gjirit ne Shqiperi. (/100000). 2012-2017 INSTAT-ISHP

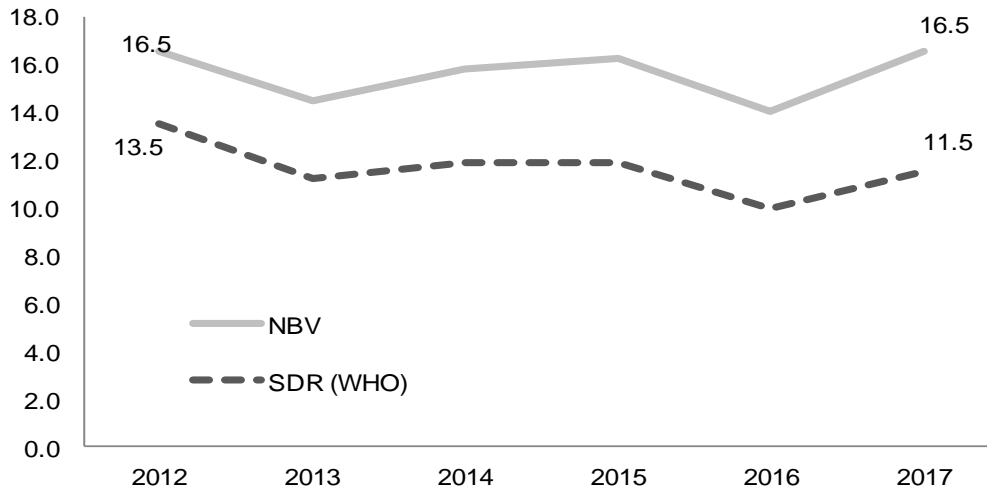
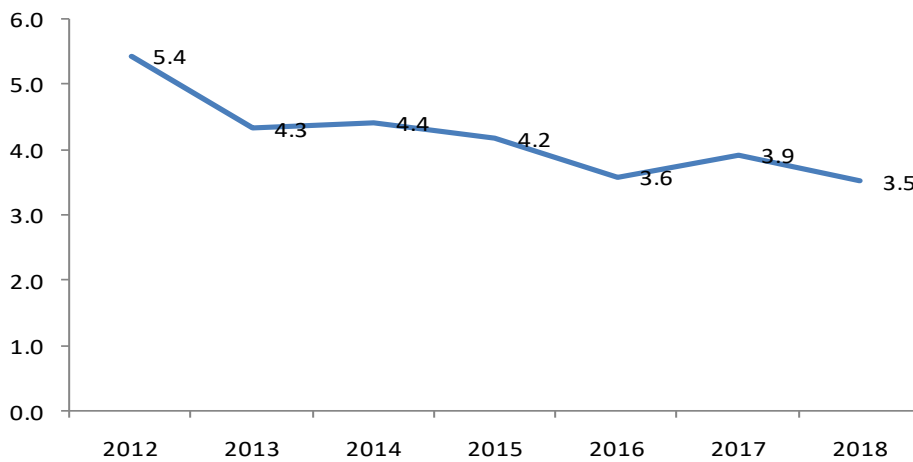


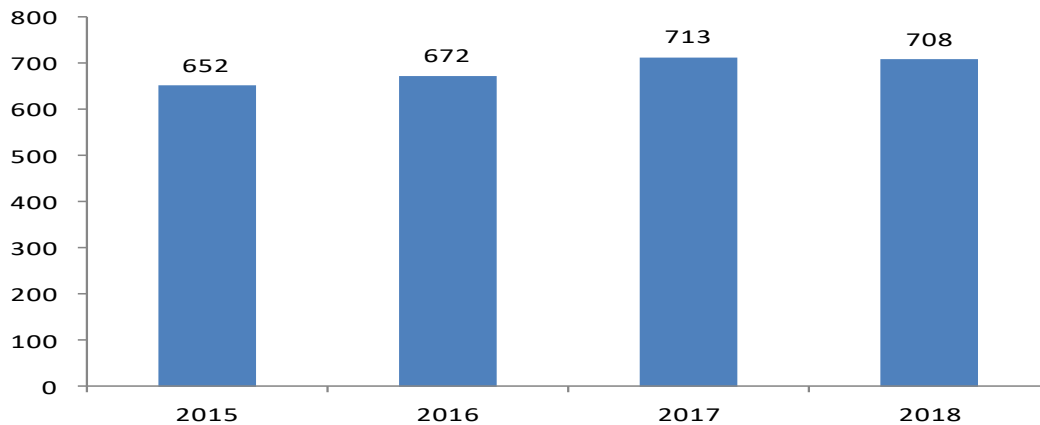
Figura 1.2 Prirjet ne nivelin e vdekshmerise per moshat nen 50 vjec. (/100000). 2012-2018. INSTAT-ISHP



Incidenca e standartizuar sipas moshes per kancerin e gjirit ne Shqiperi eshte me ulet se ne vendet e Bashkimit Europian por me e larte se vendet e Mesdheut Lidhor, te tilla si Turqia, Egjipti apo Tunizia (10. Giordano). Niveli i incidences bruto dhe niveli i vdekshmerise bruto per kete kancer ne Shqiperi jane perkatesisht rreth 50 dhe 16 per 100 000 gra.

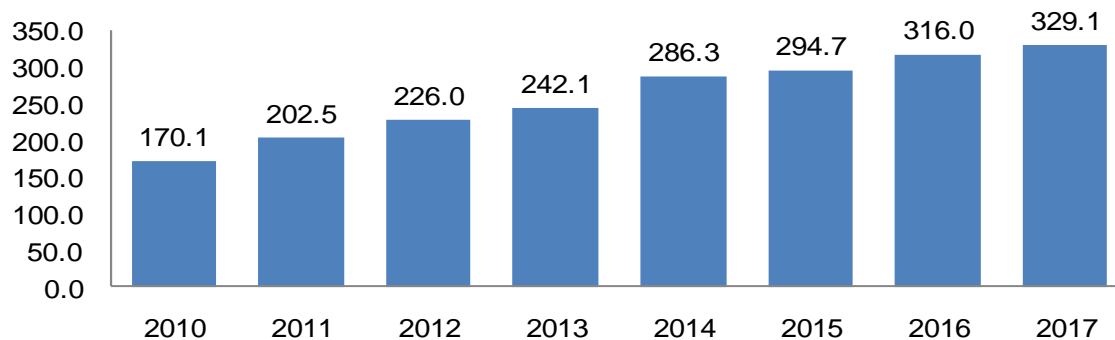
Sipas Regjistrimit kombetar te kancerit, diagnostikohen rreth 700 raste te reja me kancer gjiri ne Shqiperi. Prirja eshte per nje rritje te lehte. Krahasimi me vitet para 2015 eshte i veshtire per arsye te perdorimit vetem te te dhenave te QSUT dhe mungeses se regjistrimit kombetar. Ne vitin 2018 kishte 708 raste te reja te kancerit te gjirit (figura 2).

Figura 2. Numri i rasteve te reja me kancer gjiri cdo vit ne regjistrin kombetar te kancerit. 2015-2018. ISHP



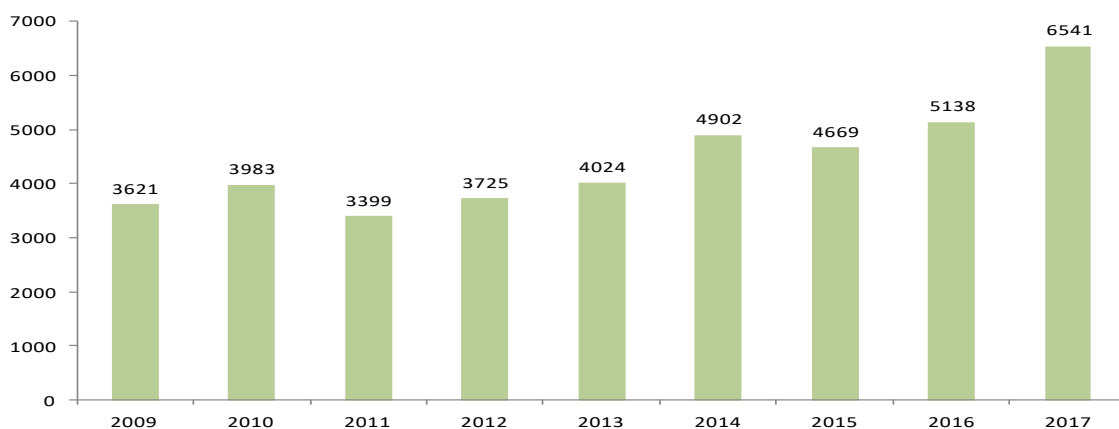
Kanceri i gjirit eshte nje semundje qe zgjat relativisht shume dhe kjo shprehet ne numrin e pergjithshem te rasteve qe jetojne me kete kancer ne popullate. Prevalenca e regjistruar eshte nje tregues i matur permes analizimit te rasteve te identifikuar ne regjistrat e mjekeve te familjes. Nga regjistrat e mjekeve te familjes ne te gjithe vendin jane identifikuar 4 986 raste me kancer gjiri ne vitin 2018. Ky eshte kanceri me i perhapur ne popullate, ne distance nga kanceret e tjere, pavaresisht nga interpretimi i kujdesshem i lidhur me prevalencen e bazuar ne regjistrat e mjekeve te familjes (1. Raporti NCD). Prevalenca e regjistruar e ketij kanceri, eshte pothuajse dyfishuar nga viti 2010 ne vitin 2017 (figura 3).

Figura 3. Prevalenca e regjistruar e kancerit te gjirit. 2010-2017. (/100000). FSDKSH-ISHP



Shttrimet ne spital jane nje tjetër tregues i barres se problemit ne sistemin shendetesor. Ky tregues nuk shpreh numer rastesh individuale te kancerit, por numer episodesh shtrimi, perfshi ato kun je person shtrohet shume here (eshte e zakonshme qe nje rast me kancer gjiri gjate diagnoses se trajtimit te shtrohet 6-8 here ne vit ne spital). Ai eshte gjithashtu i ndikuar nga oferta lidhur me sherbimet e trajtimit; mundesite e reja per trajtim sjellin rritje ne numrin e shtrimeve. Ne menyre te ngjashme me prevalencen, shtrimet ne spital nga kanceri i gjirit jane dyfishuar nga viti 2009 ne vitin 2017 (figura 4)

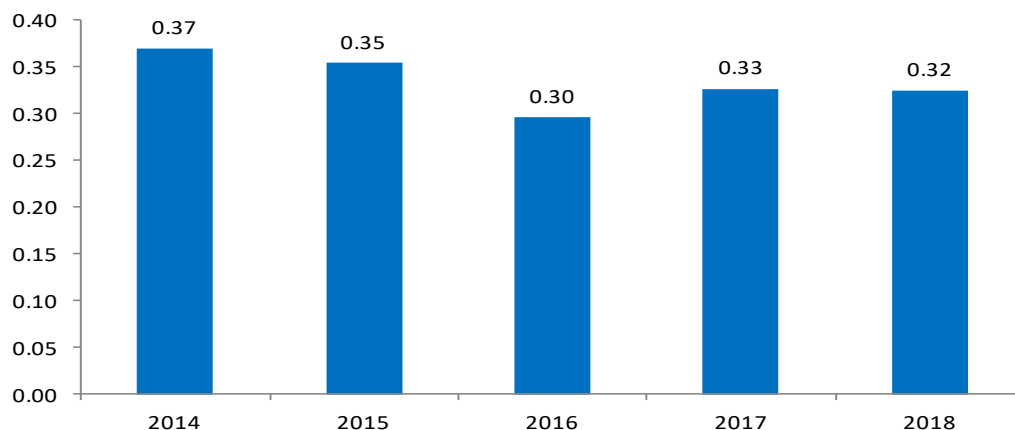
Figura 4. Numri i shtrimeve ne spital ne vit per kancerin e gjirit. 2009-2017. MSHMS-ISHP



3. Situata ne Shqiperi lidhur me kontrollin e kancerit te gjirit ne Shqiperi

Mosha mesatare e personave ne momentin e diagnozes te kancerit te gjirit ne Shqiperi eshte 55 vjec dhe mosha mesatare e vdekjes eshte 76.7 vjec (1. Raporti NCD). Raporti vdekshmeri/incidence, per kancerin e gjirit eshte 32% per vitin 2018 dhe ka ardhur ne ulje gjate viteve te fundit (figura 4). Ky raport eshte shume i ndryshem ne vende te ndryshme dhe pergjithesisht shpreh suksesin e sherbimeve te diagnozes se hereshme dhe trajtimit te ketij kanceri (11. Choi et al.). Ai luhetet nga rreth 16% ne vendet me te ardhura te larta, ne rreth 55% ne vende me te ardhura te uleta. Mbijetesa eshte nje tjetër indikator i ngjashem me raportin vdekshmeri/incidence, por me i veshtire per t'u llogaritur me saktësi. Ai shpreh, proporcionin e personave qe kane mbijetuar te pakten 5 vitet e para pasi jane diagnostikuar me kancer gjiri dhe luhetet nga 80% ne vende te pasura ne 60% ne vende me te ardhura te mesme e ne me pak se 40% ne vende me te ardhura te uleta (12. Coleman et al.).

Figura 4. Raporti i vdekshmerise me incidenen e kancerit te gjirit. (%) 2014-2018. ISHP



Raporti i vdekshmerise me incidencen e kancerit te gjirit ne Shqiperi per periudhen 2002-2014, rezulton te kete qene mjaft me i larte, por interpretimi duhet bere me kujdes per arsye te dhenave mbi incidencen qa jane bazuar vetem ne regjistrin spitalor.

Rreth 65% e kancereve te gjirit ne Shqiperi jane diagnostikuar ne stadin T2, kur tumori eshte i madhesise midis 2 dhe 5 cm. Mbi 20% e kancereve jane diagnostikuar ne stadin T3 ose T4 c'ka do te thote se tumori eshte me i madh se 5 cm dhe/ose mund te kete prekur indet rreth gjirit. Ne rreth 75% te rasteve qelizat tumorale gjenden ne limfonodujt e gjirit dhe ata aksilare (stadet N1, N2, e N3). Te dhenat jane nga regjistri spitalor QSUT 2009-2013. Te dhenat ne regjistrin kombetar per periudhen e mepaseshme jane te pjeseshme dhe nuk lejojne kete analize.

Organizimi i sherbimeve te diagnozes se hereshme te kancerit te gjirit ne vendin tone eshte bazuar ne ekzaminim klinik te kryer nga mjeket e familjes (13. Udherrefyesi ISHP) dhe ekzaminimin me mamografi prane spitaleve rajonale, prane poliklinikes qendrore ne Tirane dhe prane dy njesive te levizeshme te menaxhuara nga ISHP. Ekzaminimet kryhen falas ne momentin marrjes se sherbimit, megjithase spitalet kerkojne rekomandimin e mjekut te familjes.

Mamografite fikse ndodhen prane spitaleve Shkoder, Elbasan, Korce, Durres, Vlore, Gjirokaster, Diber, Kukes, Berat, QSUT, Materniteti 1, dhe Poliklinika Qendrore Tirane. Ne Shqiperi operojne edhe dy mamografi fikse prane Spitaleve private (Spitali Hygiea dhe Spitali Amerikan).

Mamografite fikse kryejne vec ekzaminimeve depistuese ne gra te shendetshme gjate fushatave te informimit (sidomos gjate muajit tetor), edhe mamografi diagnostikuese ne grate e rekomandura nga mjeku apo gjate monitorimit te semundjes. Mamografite e levizeshme ofrojne ekzaminime depistuese ne te gjitha vendin bazuar ne nje kalendar 6 mujor udhetimesh prane zonave ku nuk ka mamografi fikse.

Mjeket e familjes kryejne cdo vit disa qindra mijera ekzaminime klinike te gjirit, por te dhenat e raportuara prane FSDKSH duhet interpretuar me kujdes, pasi shume prej tyre jane fiktive dhe te paverifikueshme.

Gjate viteve te fundit verehet nje rritje e numrit te ekzaminimeve mamografike te kryera ne te gjitha vendin (tabela 2). Megjithate, serish, si potenciali ashtu edhe nevojat jane eshte shume me te larta. Nje pjese e mamografive fikse kryejne me pak se nje te treten e ekzaminimeve qe mund te kryenin ne dite. Keshtu, ne shume raste kryhen vetem 3-4 ekzaminime ne dite nderkohe qe mund te kryhen rreth 15 gjate nje turni. Kjo eshte sidomos e vertete per mamografite e Kukesit, Dibres e Beratit te cilat kryejne shume me pak ekzaminime sesa potenciali. Nderkohe mungojne mamografite ne qytete te tilla si Fieri, Lezha, Lushnja etj, ku nevojat jane te medha.

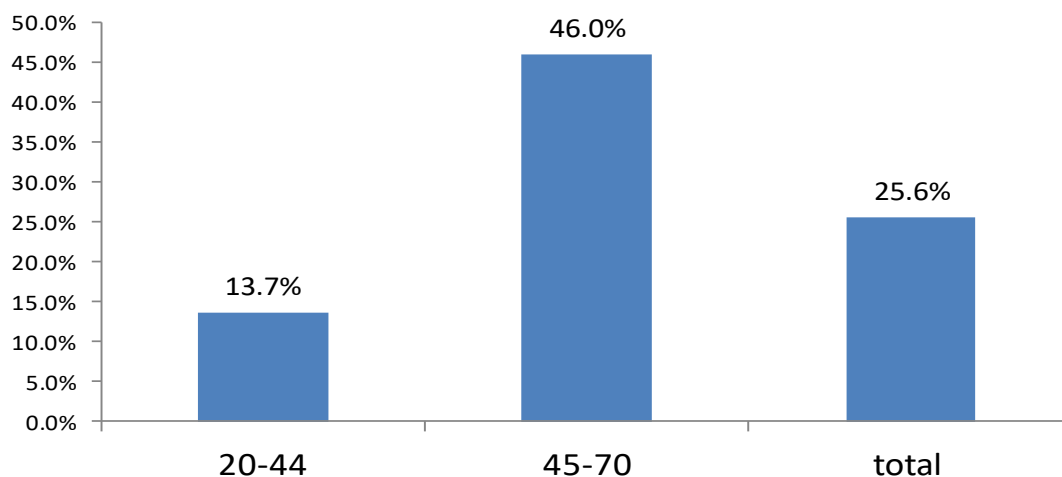
Interpretimi i imazheve nuk eshte i bazuar ne nje protokoll kombetar te unifikuar dhe ne nje sistem te standartizuar kontrollit te cilesise. Gjithashtu, mirembajtja e teknologjise ka kosto te larte.

Tabela 2. Numri i ekzaminimeve mamografike te kryera ne Shqiperi. 2014-2018
MSHMS-ISHP

	Viti 2014	Viti 2015	Viti 2016	Viti 2017	Viti 2018
Mamografi stacionare	5,216	5,717	4,302	6,340	10513
Mamografi te le vizhme	0	4,863	4,535	4,053	5351
Gjithsej	5,216	10,580	8,837	10,393	15,864

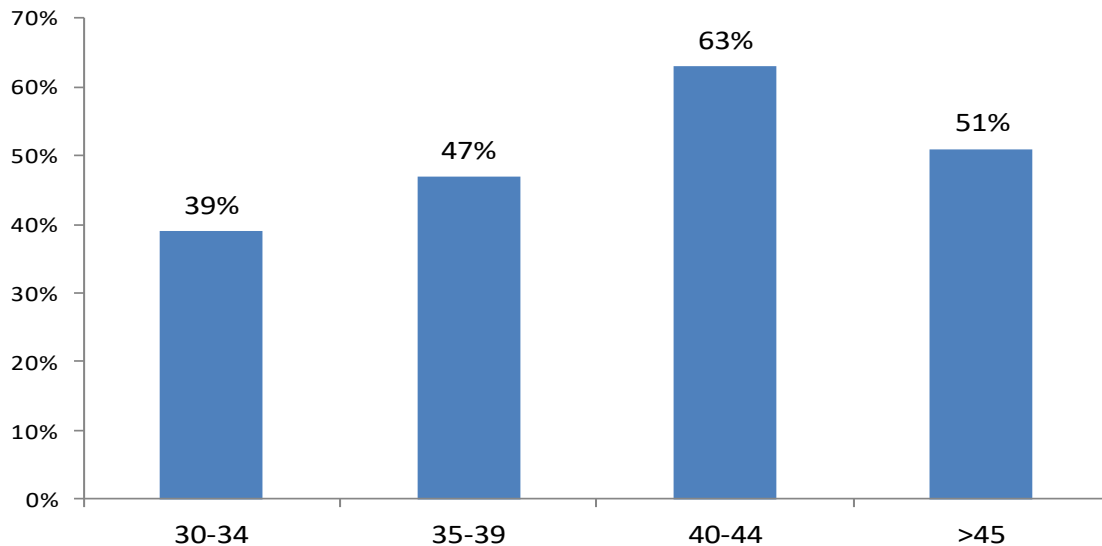
Nga nje studim i kryer ne popullate gjate vitit 2017, rezultoi se me shume se nje ne kater gra adulte ne Shqiperi ka kryer te pakten nje mamografi ne jeten e saj dhe shifra shkon ne 46% per grate e moshes 45-70 vjec (figura 5).

Figura 5. Proporcioni i grave qe raportojne te kene kryer te pakten nje here ne jete mamografi. Sipas grup moshave. Rabiaj et al. 2017



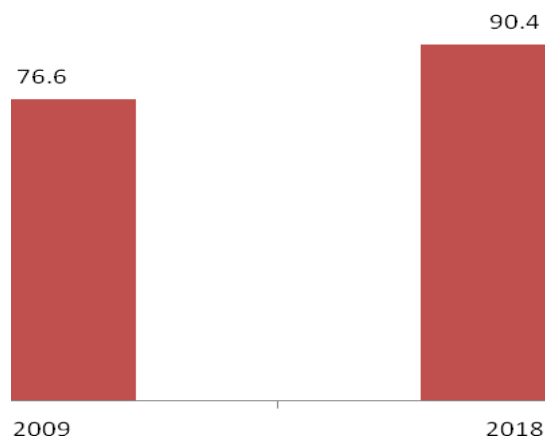
Kjo gjetje konfirmohet nga nje studim tjetër i kryer nga Instituti i shendetit publik ne popullaten e rrethit te Fierit ne te njejtin vit (figura 6).

Figura 6. Proporcioni i grave qe raportojne te kene kryer te pakten nje here ne jete nje ekzaminim per kancerin e gjirit (mamografi dhe/ose ekografi). Sipas grup moshave. ISHP. 2017



Studimi Demografike e Shendetesor (14. ADHS) i kryer ne kampione perfaqesues te populates shqiptare ne 2009 dhe 2018, deshmon nje rritje te ndergjegjesimit te grave lidhur me mundesite e diagnostikimit te hershem te kancerit te gjirit. Ne 2018 mbi 90% e tyre raportojne te jene te informuara mbi mamografine (figura 7).

Figura 7. Proporcioni i grave 15-49 vjec qe kane informacion mbi mamografine. ADHS 2009, 2018)



4. Rekomandime per te ardhmen

Sherbimet e diagnozes se hereshme te kancerit te gjirit ne vendin tone kane ende mundesi per permiresime brenda modelit ekzistues (kombinim i ekzaminimit klinik me mamografine depistuese). Keshtu, nderhyrje te nevojshme mund te ishin: rishikim i protokollit klinik, rishikim i treguesve te performances se mjekeve te familjes dhe qendrave te mamografive, aplikim i standarteve te sigurimit te cilesise, organizimi i nje qendre te gjirit (breast centre) per diagnoze dhe trajtim efikas, etj.

Ne kushtet e nje programi te organizuar depistimi te bazuar ne mamografi dhe te kufizuar vetem ne grup moshen 50-60 vjec dhe me nje mbulesa minimale (ne fillim te programit) prej rreth 40% te popullates target, do te ishte e nevojshme te kryheshin cdo vit rreth 40 000 ekzaminime mamografike depistuese (tabela 3). Do te ishte me e pershtatshme qe nje program i organizuar depistimi te fillonte ne nje rajon te caktuar dhe me tej duke rritur kapacitetet dhe duke fituar pervojte do te mundesohej shtrirja ne gjithe territorin e vendit, apo edhe zgjerimi i grupmoshes deri ne 69 vjec. Nderkohe do te mund te punohej per rritjen e mbuleses, sigurimit te cilesise dhe trajtimin gjithnje e me efikas. Nga analiza e te dhenave lidhur me mamografite e kryera, duket se per momentin Shkodra do te ishte qarku me kapacitete me te pershtatshme per te pilotuar programin. Nese pilotimi do te duhet te fillonte ne Tirane, eshte e nevojshme qe te investohet ne me shume mamografi fikse, per t'u instaluar prane qendres se gruas ne Spitalin Gjinekologjik Obstetrik, ose prane nje poliklinike. Mamografia prane repartit onkologjik ne QSUT, nuk mund te sherbeje per ekzaminime depistuese. Gjithsesi rekomandime me te plota dhe te detajuara ne kete drejtim do te mund te jepeshin duke perdorur edhe asistencen nderkombetare (psh OBSH dhe IARC).

Tabela 3. Volumi baze i ekzaminimeve te nevojshme ne kushtet e programeve te organizuara te depistuesimit ne Shqiperi

Lloji i kancerit	Mosha target	Popullata	Periodiciteti	Mbulesa fillestare	Ekzaminime ne vit
Kanceri i cerviksit	40-50	170 000	Cdo 5 vjet	40%	15 000
Kanceri kolorektal	35-70*	1 200 000	Cdo vit*	40%	300 000
Kanceri i gjirit	50-60	200 000	Cdo 2 vjet	40%	40 000

*Grup moshë dhe periodiciteti i ofruar gjatë testimit për gjak okult në fece nuk janë kosto efektive. Eshtë e nevojshme që këto të rishikohen.

Referenca

1. IARC Database

http://www.dep.iarc.fr/WHODb/Graph4p.asp?cancer%5B%5D=92&female=2&country%5B%5D=4005&country%5B%5D=3068&country%5B%5D=2130&country%5B%5D=4182&country%5B%5D=4270&country%5B%5D=3380&country%5B%5D=4303&country%5B%5D=2460&country%5B%5D=4335&country%5B%5D=2470&sYear=1950&eYear=2020&stat=3&age_from=1&age_to=18&orientation=1&>window=1&grid=1&line=2&moving=1&scale=0&submit=%A0%A0%A0Execute%A0%A0%A0

2. Raporti kombëtar mbi sëmundjet jót e transmetueshme (NCD) ISHP-INSTAT Dhjetor 2018

3. Breast cancer prevention and control: WHO. <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>

4. Anderson BO et al. Guideline implementation for breast healthcare in low-income and middle-income countries: overview of the Breast Health Global Initiative Global Summit 2007. *Cancer*, 113, 2221–43.
5. WHO Position paper on mamography screening. 2014.
6. USPSTF website. August 2017.
<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breast-cancer-screening1>
7. IARC Breast Cancer Screening. Volume 15. 2016
8. CanScreen5 June 2019. IARC breast cancer screening EU fact sheet
9. Globocan database. Mortality trends 87-2012. <https://gco.iarc.fr/>
10. Giordano L, et al. Euromed Cancer working group; The EUROMED cancer network: state-of-art of cancer screening programmes in non-EU Mediterranean countries. *Eur J Public Health*. 2016 Feb;26(1):83-9. doi: 10.1093/eurpub/ckv107
11. Eunji Choi et al., Cancer mortality-to-incidence ratio as an indicator of cancer management outcomes in Organization for Economic Cooperation and Development countries *Epidemiol Health*. 2017; 39: e2017006.
12. Coleman MP Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD).
13. A. Ylli et al. Kontrolli i kancerit te gjirit. Udherrefyesh per sherbimet e kujdesit patesor. Instituti i SHendetit Publik. 2014.
14. ADHS 2009, 2018