

KARAKTERISTIKA TË VDEKSHMËRISË NGA SPOK-u

ELENKA SHEHU, JUL BUSHATI*

Summary

CHARACTERISTICS OF MORTALITY WITH COPD

Were studied characteristics and causes of mortality in patients with COPD. Are analyzed 122 dead patients with COPD, from which 80 (65.6%) males. Mean age was 66.5 ± 8.6 years (min. 40 and max 82), more often 65-74 years, < 45 years – 2 (1.6%) cases. All suffered from recurrent infection, sinusitis 16 (13.1%), allergic 10 (8.2%), TB 19 (15.6%), Ulcer 9 (7.4%), Cardiac alterations 73 (59.8%), Carcinoma 10 (8.2%), Diabetes 18 (14.8%), Renal alterations 15 (12.3%), SAS 22 (18%). Smokers were 71 (58.2%), most of them beginning smoking at age 15-25 years, >20 years long and >20 pack/years. Hypoxemia – 120 (97.6%) of cases; hypocapnia – 2 (1.6%), hypercapnia – 114 (92.7%). Causes of death, except of respiratory insuff. (100% of cases), were infection 60 (49.2%), Cor pulmonale – 43 (35.2%), PE – 32 (26.6%), Carcinoma – 9 (7.4%). According to the sex were no significant correlation to the causes of death, group age, citizens/farmers, degree of education; significant correlation with smoking, profession.

Sëmundjet pulmonare renditen ndër shkaqet kryesore të vdekjeve në botë. Sipas OMS-it në 1990 nga 50.5 milion vdekje 9.4 vdekje (18.7%) ishin për shkak të sëmundjeve respiratore (4.3 nga infeksionet e traktit të poshtëm respirator; 2.2 nga COPD; 0.95 milion nga kanceri i trakesë, bronkeve dhe pulmonit). Sëmundjet ishemike të zemrës shkaktojnë vdekje në 6.26 milion (12.4%) dhe sëmundjet cerebrovaskulare 4.4 milion (8.7%). Në Europë sëmundjet respiratore zënë vendin e dytë (pas sëmundjeve kardiovaskulare) përsa i përket vdekjeve, incidencës, prevalencës dhe kostos. Në disa vende (Britani) zënë vendin e parë.

Numri i vdekjeve nga SPOK-u ka qënë në rritje të vazhdueshme gjatë dy dekadave të fundit. Kjo prirje është në të kundërt me sëmundjet kardiovaskulare dhe shumicën e sëmundjeve të zakonshme kronike. Në

periudhën 1965–1998, vdekjet nga sëmundjet koronare në meshkuj zbriten 59%, vdekjet nga iktusi dhe sëmundjet e tjera kardiovaskulare zbriten respektivisht 64% dhe 35%. Gjate së njëjtës periudhë vdekjet nga SPOK u rritën 163%.

Gjatë vitit 2000 kanë ndodhur afërsisht 2.7 milion vdekje nga SPOK, gjysma prej të cilave në regionin e Pacifikut perëndimor, me shumicën e tyre në Kinë. Çdo vit ka rreth 400,000 vdekje nga SPOK-u në vendet e industrializuara. Rritja globale e vdekjeve nga SPOK ndërmjet viteve 1990 dhe 2000 (0.5 milion) mendohet të jetë pjesërisht reale dhe pjesërisht si pasojë e metodave më të mira dhe e të dhënave me gjithëpërfshirëse në vitin 2000. Prevalenca rajonale (adulte) në 2000 varion nga 0.5% në Vende Afrikane gjer 3–4% Amerikën e Veriut.

* Dërguar në Redaksi në Dhjetor 2007, miratuar për botim Janar 2008

Nga Spitali Universitar i Sëmundjeve të Mushkërive "Shefqet Ndroqi", Tirane.

Adresa për letërkëmbim: Shehu E., Spitali Universitar i Sëmundjeve të Mushkërive "Shefqet Ndroqi", Tirane.

Vdekshmeria varion shumë në vende të ndryshme të Europës. Niveli i vdekjeve është më i lartë në meshkujt në Ukrainë, Irlandë dhe Rumani (mbi 80 për 100 000) dhe ndërmjet femrave në Rumani, Irlandë dhe Danimarkë (mbi 30 për 100 000). Nivel më i ulët për meshkujt është observuar në Greqi, Suedi, Norvegji dhe Islandë (më pak se 20 për 100 000) dhe nivele më të ulta në femra në Greqi, Suedi dhe Finlande (më pak se 10 për 100000).

Qëllimi i punimit

Studimi i karakteristikave dhe shkaqeve të vdekjeve të pacientëve me COPD.

Materiali dhe metoda

Janë marrë në studim 122 të sëmurë me SPOK të vdekur në spital gjatë viteve 2001-2005, prej të cilëve 80 meshkuj (65.6%) dhe 42 femra (34.4%) ; 72 qytetar (59%) dhe 50 fshatar (41%) . Moshë e të sëmurëve ka qënë nga 40 gjer 82 vjeç me moshë mesatare 66.54 ± 8.6 vjeç. Sipas anamnezës, koha mesatare e marrjes në kujdesin mjekësor ka qënë 8.6 ± 4.8 vjet; koha që i sëmuri e konsideron veten të sëmurë 10.9 ± 4.9 vjet; periudha me kollë 11.1 ± 5.2 vjet; periudha me sputum 10.6 ± 5.1 vjet; periudha me dispne 5.1 ± 2.1 vjet. Përpunimi statistikor është kryer me paketën statistikore SPSS 7.5 for Windows.

Rezultate dhe diskutim

Numri më i madh i vdekjeve nga SPOK-u ka qënë në moshën mbi 64 vjeç -78 (64%) raste, ndërsa në moshën nën 45 vjeç vdekja nga SPOK-u është e rrallë, në rastet e marra në studim në 2 (1.6%). SPOK-u tradicionalisht është menduar si sëmundje e meshkujve të vjetër fumatore. Por në vitin 2000 në SHBA pati me tepër vdekje nga SPOK-u në femra se në meshkuj. Megjithëse kuotat e vdekjeve në meshkuj janë më të larta se në femra, kjo reflekton strukturën e ndryshme moshore në popullatën për të dy sekset, me gratë që jetojnë më gjatë, dhe prandaj me më risk zhvillimi të SPOK-ut.

Ka rezultuar se më shpesh pacientët kanë qënë punëtorë dhe bujq, si dhe një përqindje relative e lartë (krahasuar me numrin e personave me këto profesione) vihet re në pacientët me profesione me risk të rritur si shofer apo minator. Gjithashtu vihet re se shpeshtësia më e madhe është në personat me arsim fillor dhe të mesëm.

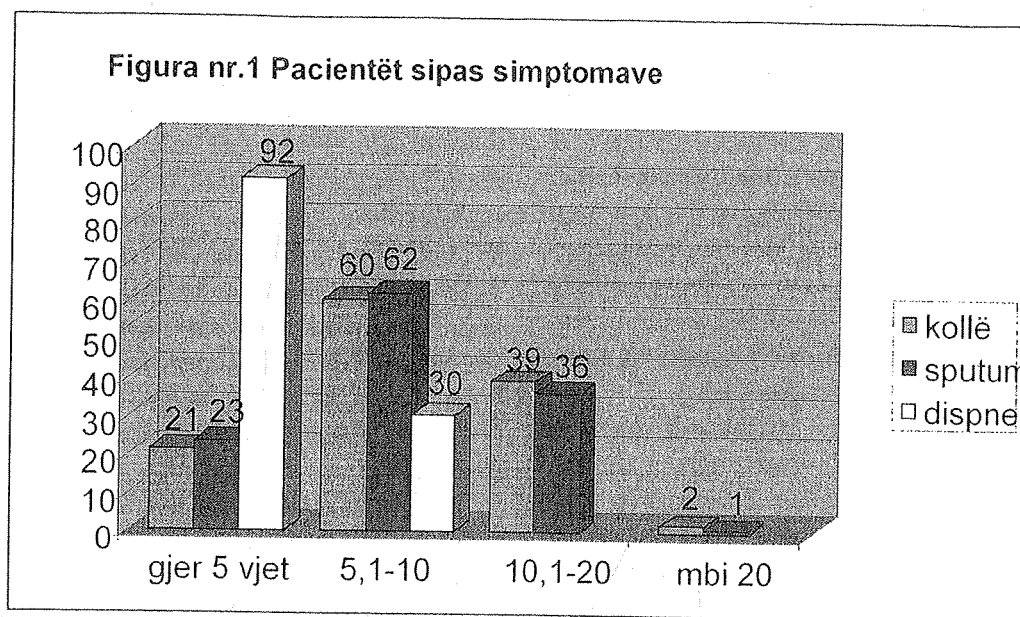
SPOK-u është i lidhur me gjendjen social-ekonomike (të matur me të ardhurat dhe nivelin e edukimit) përse i përket akutizimeve të rënda, prevalencës dhe mortalitetit. Ndonëse një pjesë e madhe e personave të grupit social-ekonomik të ulët janë fumatorë, kjo është e pamjaftueshme të shpjegojë lidhjen. Arsytet e ndërlidhjes janë të shumta, që mund të përfshijnë kushte jo të mira banimi, ushqyerje jo të mirë, përdorim të karburanteve të prapambetura pa kushte të mira ventilacioni dhe shpeshtësinë më të madhe të infeksioneve të traktit respirator. Ndikimi i kushteve social%ekonomike është vështirë të vlerësohet sepse fshihet nga faktorë të tjerë si p.sh duhani. Gjithashtu në një studim në vendin tonë në të sëmurët me SPOK ka rezultuar ndërlidhje me profesionin, arsimin dhe konditat e banimit, ku vihet re se predominojnë profesione të punës fizikë me arsim gjer 8 vjeçar si dhe në 36.8% konditat e banimit nuk kanë qënë të mira.

Fumatore kanë qënë 71 raste (58.2%), ku shumica (77.5%) e kanë filluar fumacionin në moshën 15-25 vjeç; fumatore mbi 20 vjet (77.5%) dhe mbi 20 paketa/vjet (78.9%).

Fumacioni mbetet shkaku madhor i vdekjeve nga SPOK-u. Në 2000 është llogaritur që kanë qënë rreth 1.000.000 vdekje të parakohshme në botë që i atribuohen fumacionit.

Sipas simptomave dhe shenjave klinike në shtrim rezulton se të gjithë të sëmurët kanë pasur dispne, cianoze në 102 raste (83.6%) , rënie në peshë – 91 raste (74.6%), temperaturë – 78 raste (63.9%), edema – 45 (35.9%), pra me shenja të insuficiencës respiratore dhe kardiorespiratore, si dhe shpesh të infeksionit.

Figura nr.1 Pacientët sipas simptomave



Shkak keqësimi i gjendjes dhe i shtrimit në spital janë riacarimet e SPOK-ut. Riakutizimi mund të shkaktohet nga infeksionet trakeobronkiale ose ekspozimi ambjental dhe pacientët shpesh kanë gjendje klinike shoqëruese si pamjaftueshmeri kardiake, infeksione ekstrapulmonare dhe emboli pulmonare. Prandaj riakutizimi është kryesisht një diagnozë klinike. Bakteret konsiderohen zakonisht si shkak i acarimeve akute të SPOK-ut në rreth gjysmën e rasteve. Hyrja tek pacienti i shtameve të reja bakteriale patogjene shoqërohet me rritjen dy herë të riskut të acarimeve. Frekuenca e riakutizimeve e raportuar varion shumë, por zakonisht nga 1.1 gjër 2.5 në vit për pacient; në rastet tona në 63.1% ka qënë 2 në vit, ndërsa në 30.3% - tre në vit. Gjëndje që mund të simulojnë acarimin akut janë pneumonia, pamjaftueshmeria kongjестive e zemrës, pneumotoraksi, versamenti pleural, embolia pulmonare dhe aritmia.

FEV_1 më i ulët se 40% ose FEV_1/FVC më i vogël se 40% ndikojnë në uljen e mbijetesës në mënyrë të njëjtë si PaO_2 më pak se 55mmHg, retencioni i CO_2 , cor pulmonale dhe ulja e kapacitetit të difuzionit. Në përgjithësi këta pacientë me risk të lartë kanë mbijetesë 12-vjeçare në rreth 40%. Si hiperkapnia dhe hipoksemia ndodhin kur funksioni pulmonar bie nën 25-30% të vlerave teorike. Hipoksemi e rëndë mund

të ngjajë në acarimet akute të SPOK-ut, bile dhe kur funksioni pulmonar është në vlerat 50% të teorit. Po ashtu si në astmë, hiperkapni e rëndë ngjan vetëm në obstrukcionin e rëndë bronkial (kur funksioni pulmonar është nën 25% të teorit normal). Ndryshe nga të sëmurët me astmë, pacientët me SPOK mund të zhvillojnë insuficiencë akute respiratore nga marrja e oksigjenit. Që prej kohësh mendohet që acidoza akute respiratore ndodh si rezultat i zvogëlimit të stimulit hipoksik gjatë dhënies së oksigjenit. Gjithashtu kjo mund të shpjegohet me çrregullimet ventilacion perfusion dhe të transferimit të gazrave ndërmjet alveolave me emfizemë sekondare. Në studim 96 raste (94.1%) ka pasur hipoksemi me hiperkapni; acidozë – 79 raste (64.7%), ulje të SO_2 -109 raste (89.3%).

Si rregull i përgjithshëm, analiza e gjakut komplet, nuk është veçanërisht e dobishme si test rutine në acarimet akute të SPOK, neqoftese nuk dyshohet pneumonia, ku në raste të tilla radiografia është më sensibil dhe më specifike. Për më tepër, pacientët me SPOK që përdorin në mënyrë kronike steroidet sistemike mund të kenë rritje të leukociteve. Hematokriti është shpesh i rritur si rezultat i hipoksemisë kronike.

Megjithëse SPOK-u "tradicionalisht" është i lidhur me policitemi, inflamacioni sistematik që njihet

si tipar i SPOK, bën të mundur aneminë. Neqoftese në SPOK është i pranishëm, anemia mund të rëndojë dispneë dhe ul tolerancën në ngarkesë.

Të dhënat sugjerojnë që anemia në SPOK është më e shpeshtë nga sa është menduar, rreth në 10–15% të pacientëve me forma të rënda të sëmundjes. Të dhëna mbi ndërlidhjen ndërmjet të niveleve të ulta të hemoglobinës dhe mortalitetin në pacientët me SPOK janë dhëne nga Association Nationale pour le Traitement a Domicile de l'Insuffisance Respiratoire Chronique (ANTADIR). Në rastet e marra në studim anemi kanë pasur rreth 1/3 e rasteve.

Të gjithë pacientët kanë vuajtur nga sëmundje infektive recidivuese pulmonare, sinusit 16 raste (13.1%), fenomene alergjike 10 raste (8.2%), tuberkuloz 19 raste (15.6%), ulcera gastoduodenale 9 raste (7.4%), dëmtime kardiake 73 raste (59.8%), neoplazi pulmonare 10 raste (8.2%), Diabetes mellitus 18 raste (14.8%), sëmundje renale 15 raste (12.3%), SAS 22 raste (18%). Kështu vihet re se pas sëmundjeve recidivuese respiratore që kanë qënë prezent në të gjithë pacientët, shumë të shpeshta janë konstatuar dëmtimet e zemrës.

Rreth 40% e pacientëve me SPOK që janë paraqitur për rehabilitim, sipas anamnezës në praninë, kanë parashtruar një ose më tepër sëmundje shoqëruese, varur nga mosha dhe seksi, në të cilët nuk është observuar ndërlidhje me shkallën e rëndësisë së obstruksionit bronkal. Ngjarjet akute kardiovaskulare janë shkak primar në vdekjet në pacientët me SPOK, kjo për arsye se inflamacioni sistemik i një shkallë të ulët është i lidhur me aterosklerozën, sëmundje ishemiike të zemrës, isult cerebral dhe vdekje koronare. Kështu morboziteti dhe vdekja kardiak në pacientët me SPOK mund të shpjegohet me nxitjen e aterogjenezës nga mekanizma inflamatorë. Në shumicën e studimeve mbijetesa afatshkurtër, që pason riakutizimin akut lidhet me moshën, funksionin pulmonar, oksigjenimin, praninë e pamjaftueshmerine kardiake kongjестive, evidencimin e cor pulmonale. Mjaft pacientë me SPOK kanë sëmundje shoqëruese kardiake të cilat, në formë të çrregullimit ventrikular të majtë, gjithashtu ndikojnë në rritjen e riskut të vdekshmerisë.

Sipas anamnezës rezulton se për SPOK janë mjekuar 118 paciente (96.7%), mjekimi është marrë

në mënyrë të rregullt në 84 raste (68.9%); antibiotikë 104 raste (85.2%), kortikoide oral për kohë të shkurtër 47 raste (38.5%), kortikoide oral për kohë të gjatë 5 raste (4.1%), kortikoidë inhalatore me periudha të shkurtra kohe 49 raste (40.2%), kortikoidë inhalatore për kohë të gjatë 54 raste (44.3%), beta2 mimetike me inhalacion 72 paciente (59.0%), parasimpatolitike me inhalacion 70 raste (57.4%), preparate të teofillinës 108 paciente (88.5%),

Ndër shkaqet e vdekjes, përveç insuficiencës respiratore (100% të rasteve), ka qënë infeksioni në 60 raste (49.2%), Cor pulmonal – 43 raste (35.2%), TEP – 32 raste (26.6%), Kancer pulmonar – 9 raste (7.4%).

Mortaliteti spitalor i të shtruarve për SPOK me acarimeve akute është afërsisht 10% dhe prognoza për kohë të gjatë është e keqe. Mortaliteti arrin 40% në një vit dhe bile më i lartë (gjë 59%) për pacientët mbi 65 vjeç.

Shkaku më i shpeshtë i acarimit janë infeksionet trakeobronkiale dhe ndotja atmosferike, por në rreth një të tretën nuk identifikohet shkaku.

Është e rëndësishme të kujtohet që pacientët me SPOK kanë një risk të lartë për pneumoni. Pacientët me SPOK kanë një risk të lartë të zhvillimit të pneumonive të fituara në komunitet. Incidenca e saktë nuk është e qartë. Duhet të kihet parasysh, që paraqitja klinike e bronkitit akut të mbivendosur në sëmundje kronike pulmonare është vështirë të diferencohet nga pneumonia bakteriale në pacientët me SPOK. Simptoma të tillë si ethja, sputumi, fenomenet auskultatore janë të zakonshme në të dy rastet. Gjithashtu shumë pacientë me SPOK kanë çrregullime radiologjike, si dhe shumë gjëndje joinfektive mund të ngjajnë me pneumoninë në këta të sëmurë përfshirë infarkt pulmonar, insuficiencën kardiake kongjестive, reaksionet medikamentoze, kancerin pulmonar, hemorragjinë pulmonare dhe inhalacionet kimike. Pavarësisht, shfaqja e çrregullimeve të reja radiologjike (hije lobare, atelektaze, infiltrat, versament etj.) shoqëruar me simptoma të infeksionit akut pulmonar në përgjithësi bën të nevojshëm trajtimin për pneumoni bakteriale.

Roli i infeksioneve bakteriale dhe viral si precipitues i dekompenimit në SPOK ka qënë i diskutueshëm. Shumë studime kanë konfirmuar rolin

e infeksioneve virale në acarimet akute të SPOK. Viruset më të zakonshëm të identifikuar në këto riakutizime janë influenza, parainfluenzae dhe virusi respirator sincicial (RSV).

Fakt i lidhjes ndërmjet infeksionit akut bakterial dhe keqësimit klinik të SPOK-ut është, që në pacientët me SPOK, ka kolonizim kronik të pemës bronkiale me mikrobe të tillë si *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae* dhe *Hemophilus parainfluenzae*. Gjithashtu, *Moraxella catarrhalis* konstatohet në shpeshtësi në rritje.

Në analizën ndërlidhore të rasteve të marra në studim sipas seksit, nuk ka pasur ndryshime domethënëse në shkakun e vdekjes, në grupmoshën,

prejardhjen qytetar/fshatar, arsimimin; por me ndryshime domethënëse në lidhje me pirjen e duhanit, profesionin.

Përfundime

- Rastet e vdekjeve kanë qënë më shpesh në seksin mashkull, në moshën 65-74 vjeç.

- Në të gjithë rastet e vdekur ka pasur insuficiencë respiratore dhe gjithashtu infeksion pulmonar në 49.2%, Cor pulmonal -35.2%, TEP -26.6, Kancer pulmonar - 7.4%.

- Në lidhje me seksin ka pasur ndryshime domethënëse në shkakun e vdekjes me pirjen e duhanit, profesionin.

BIBLIOGRAFIA

1. **Loddenkemper R.:** Burden of Lung Disease in Europe. Preliminary data from the European White Book on Lung Disease in Stockholm. ERS Newsletter, November 2002.
2. **Chapman K.R., Mannino D.M., Soriano J.B., Vermeire P.A., Buist A.S., Thune M.J., Connelle C., Jemale A., Lee T.A., Miravittles M., Aldington S., Beasley R.:** Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2006; 27: 188-207.
3. **Lopez A. D., Shibuya K., Rao C., Mathers C. D., Hansell A. L., Held L. S., Schmid V., Buist S.:** Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. Eur Respir J 2006; 27:397-412.
4. **Bakke Per Sigvald:** COPD: from Aetiology to Management Epidemiology of COPD: Social Burden and Trends for the Future. ERS Munich 2006 Congress.
5. **Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, Ford ES, Redd SC.:** Chronic obstructive pulmonary disease surveillance – United States, 1971–2000. MMWR Surveill Summ 2002; 51: 1–16.
6. **Prescott E, Lange P, Vestbo J, and the Copenhagen City Heart Study Group:** Socioeconomic status, lung function and admission to hospital for COPD: results from the Copenhagen City Heart Study. Eur Respir J 1999; 13: 1109–1114.
7. **Bushati J.:** Sëmundja mushkërore obstruktive kronike (SMOK) (Ndërlidhje epidemiologjike-klinike-paraklinike). Disertacion UT Tiranë, 1991.
8. **Mannino DM.:** COPD: epidemiology, prevalence, morbidity and mortality, and disease heterogeneity. Chest 2002; 121: Suppl. 5, 121S–126S.
9. **Ezzati M, Lopez AD.:** Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet 2003; 362: 847–852.
10. **O'Reilly J.:** The COPD Health Study ERS Munich 2006 Congress.
11. **Kanner RE, Renzetti AD, Jr., Stanish WM, et al.:** Predictors of survival in subjects with chronic airflow limitation. Am J Med 1983;74:249-25.