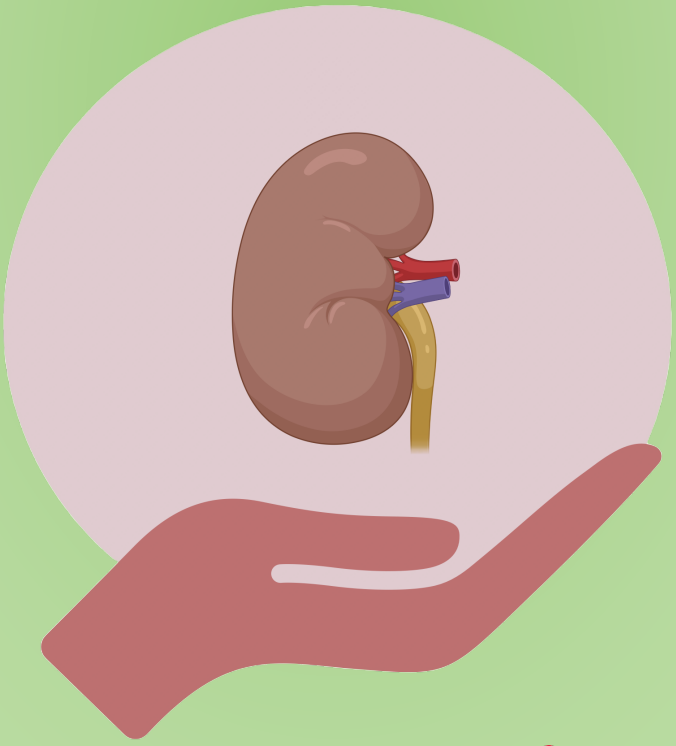
Rrugëtimi i dhurimit të veshkës nga një dhurues i gjallë

Aspekte të rëndësishme të dhurimit nga një dhurues i gjallë në Zvicër



SOL-DHR
Swiss Organ Living-Donor Health Registry

Përmbajtja

Parathënie 5

Para dhurimit 6
- Funksionet e veshkave 6
- Arsyet për transplantimin e veshkës 7
- Përshtatshmëria per dhurim nga një dhurues i gjallë 9
  - Bazat ligjore 9
  - Dhurimi i kryqëzuar nga një dhurues i gjallë 10
  - Vlerësimet mjekësore para dhurimit 12

Dhurimi 17
- Planifikimi i operacionit 17
- Ecuria e operacionit 19

Pas dhurimit 21
- Jeta pas dhurimit të veshkës 21
  - Rreziqet e dhurimit të veshkës 21
  - Jeta e përditshme 28
  - Kontrollet afatgjata të dhuruesve të gjallë 29
- Rezultatet te marrësit 31
- Aspektet financiare 33

Parathënie

Ideja e transplantimit të pjesëve të trupit ose të organeve nuk është aspak e re: rrëfime të tilla hasen që në mitet e Egjiptit dhe Greqisë së lashtë.

Në vitin 1954, kirurgu Joseph Edward Murray realizoi në Boston transplantimin e parë të suksesshëm të një organi me rezultat afatgjatë: Ronald Herrick i dhuroi një veshkë vëllait të tij binjak njëvezor, Richard, i cili pas kësaj jetoi edhe tetë vjet. Një sukses i madh për atë kohë! Transplantimi i shpëtoi jetën, pasi në atë kohë trajtimi me dializë nuk ekzistonte ende. Pra, transplantimi i parë i suksesshëm i një organi me rezultat afatgjatë ishte pikërisht një dhurim veshke nga një dhurues i gjallë.

Medikamentet e reja për parandalimin e refuzimit të organit të transplantuar bënë të mundur që, në vitet 1960, transplantimet e veshkave të kryheshin edhe ndërmjet anëtarëve të tjerë të familjes, personave pa lidhje farefisnore, si dhe nga dhurues të vdekur. Deri më sot, për shumë pacientë me insuficiencë renale, transplantimi i veshkës është opsioni më i mirë i terapisë.

Zvicra e ka ndjekur shpejt këtë zhvillim dhe u bë një qendër e rëndësishme ndërkombëtare për transplantimin e veshkave. Në vitin 1964 u krye transplantimi i parë i veshkave në Bernë, ndërsa dy vjet më vonë në Bazel u krye dhurimi i parë i veshkave nga një dhurues i gjallë. Sot, në Zvicër, pothuajse një e treta e të gjitha transplantimeve të veshkave mundësohen falë dhuruesve të gjallë (të dhënat e viteve 2021-2025). Kjo është e barabartë me rreth 110 dhurime veshkash nga dhurues të gjallë në vit.

Për mbrojtjen e dhuruesve të veshkave, profesor Gilbert Thiel, një pionier i mjekësisë së transplantimit nga Bazeli, në vitin 1993 themeloi Regjistrin Zviceran të Shëndetit të Dhuruesve të Gjallë SOL-DHR (Swiss Organ Living-Donor Health Registry). Ai ishte regjistri i parë prospektiv shëndetësor i këtij lloji në botë. Që nga viti 2008, në regjistrin kombëtar përfshihen edhe dhuruesit e mëlçisë. Regjistri organizon ndjekjen mjekësore pas dhurimit të një organi nga një dhurues i gjallë dhe mbledh të dhëna mbi gjendjen shëndetësore dhe mirëqenien pas dhurimit. Vlerësimi i këtyre të dhënave përbën një burim të rëndësishëm informacioni për informimin dhe sqarimin e duhur të dhuruesve të ardhshëm të gjallë në Zvicër.

Të dhënat e mbledhura në mënyrë të vazhdueshme nga regjistri kanë ndihmuar në rishikimin e plotë të botimit të 5-të të kësaj broshure. Ajo përshkruan rrugëtimin e dhurimit të veshkës nga një dhurues i gjallë, duke filluar nga përshtatshmëria për dhurim, operacioni dhe faza e rikuperimit, deri te jeta pas dhurimit dhe komplikacionet e mundshme. Broshura shërben si bazë informacioni, por nuk mund të zëvendësojë një konsultë me specialistin dhe as të parashikojë ecurinë individuale të gjendjes shëndetësore.

Personave që gjenden përpara vendimit për të dhuruar një veshkë dëshirojmë t'ju ofrojmë një pasqyrë të njohurive aktuale mbi dhurimin e veshkës nga një dhurues i gjallë dhe shpresojmë që në këtë mënyrë t'ju mbështesim në vendimin tuaj.

Para dhurimit

Funksionet e veshkave

Veshkat janë dy organe në formë fasuleje, afërsisht me madhësinë e një grushti. Ato ndodhen në të dyja anët e shtyllës kurrizore, në pjesën e sipërme të barkut, prapa organeve të tretjes (Figura 1). Në veshka prodhohet urina. Ajo kalon përmes ureterëve në fshikëzën urinare.

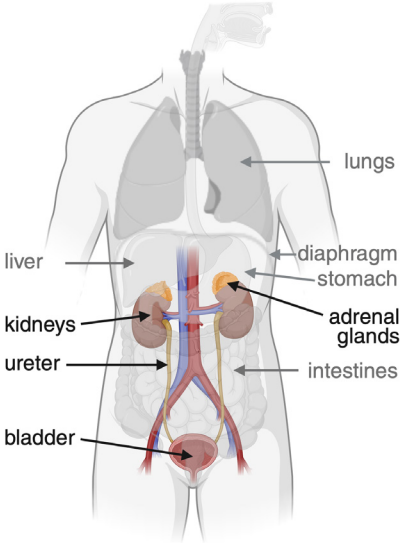


Figura 1: Pozicioni i veshkave në trup.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/cx0782j

Veshkat pastrojnë gjakun dhe janë organe të rëndësishme rregulluese. Ato kanë pesë funksione kryesore:

1. Filtrimi i gjakut: Veshkat pastrojnë gjakun dhe prodhojnë urinën. Produktet e mbetjeve metabolike që krijohen nga metabolizmi i organizmit dhe substancat e huaja (p.sh. medikamentet ose lëndët toksike) filtrohen nga gjaku dhe eliminohen me urinën.

2. Ekuilibri i ujit dhe kripërave: Veshkat vendosin se sa ujë mban ose eliminon organizmi. Mineralet e rëndësishme, si natriumi, kaliumi, kalciumi ose kloruri, mbahen në ekuilibër për të parandaluar dobësinë muskulore, krizat konvulsive ose çrregullimet e ritmit të zemrës.

3. Ekuilibri acido-bazik: Vlera e pH-së së gjakut duhet të mbetet konstante në mënyrë që qelizat e trupit të mund të funksionojnë siç duhet. Veshkat kujdesen që gjaku të mos bëhet tepër acid ose tepër bazik.

4. Rregullimi i tensionit të gjakut: Veshkat rregullojnë tensionin e gjakut.

5. Prodhimi i hormoneve: Në veshka prodhohet hormoni eritropoetinë, i cili stimulon prodhimin e rruazave të kuqe të gjakut në palcën e kockave. Gjithashtu, vitamina D aktivizohet në veshka, në mënyrë që të nxisë përthithjen e kalciumit dhe të forcojë kockat.

Schünke M, Schulte E, Schumacher U, et al. 1.16 Nieren (Renes). In: Schünke M, Schulte E, Schumacher U, Voll M, Wesker K, Hrsg. Prometheus LernAtlas - Innere Organe. 6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2022. p.465.

Arsyet për transplantimin e veshkës

Shumë sëmundje mund t'i dëmtojnë veshkat dhe të çojnë në sëmundje kronike të veshkave (Figura 2). Shkaku më i shpeshtë është diabeti mellitus (sëmundja e sheqerit në gjak), i ndjekur nga tensioni i lartë i gjakut. Shkaqe të tjera të mundshme përfshijnë glomerulonefritin (inflamacioni i glomeruleve të veshkave) ose sëmundjet e lindura të veshkave, si për shembull veshkat policistike. Ndonjëherë shkaku i sëmundjes së veshkave mbetet i paqartë.

Kur sëmundja kronike e veshkave arrin fazën përfundimtare, kemi të bëjmë me të ashtuquajturën insuficiencë renale. Veshkat nuk mund t'i kryejnë më funksionet e tyre: Produktet e mbetjeve dhe lëngjet grumbullohen në organizëm dhe shumë sisteme humbasin ekuilibrin. Disa nga simptomat e insuficiencës renale janë:

- Lodhja, dobësia
- Të përzierat, të vjellat
- Kruarja
- Tensioni i lartë i gjakut
- Grumbullim uji, sidomos në këmbë
- Ndryshime të urinës (sasi shumë e vogël e urinës, urinë me shkumë)
- Vështirësi në frymëmarrje për shkak të grumbullimit të ujit në mushkëri ose për shkak të anemisë

Insuficienca renale mund të trajtohet me një procedurë dialize („pastrimi i gjakut" me anë të një aparati ose dializa peritoneale). Procedurat e dializës janë metoda artificiale zëvendësuese që marrin përsipër funksionet e veshkave duke larguar nga gjaku produktet e zbërthimit dhe ujin e tepërt. Për personat e prekur, kjo përbën shpesh një barrë të madhe dhe kufizon ndjeshëm cilësinë e jetës. Përveç kësaj, edhe një trajtim optimal me dializë nuk është po aq i mirë sa funksionimi i një veshke të vërtetë.

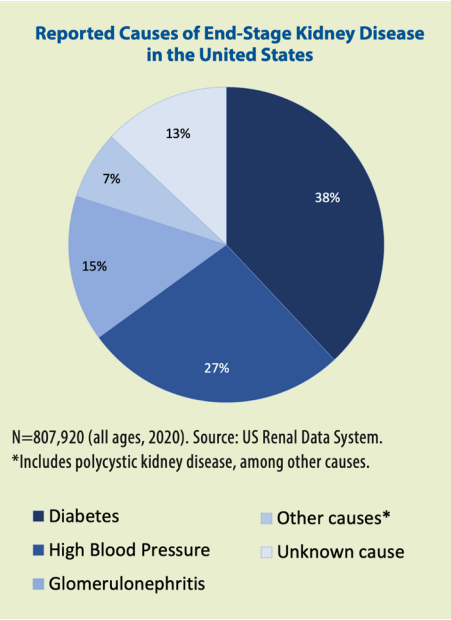


Figura 2: Shkaqet e sëmundjeve kronike të veshkave në SHBA.
Centers for Disease Control and Prevention. Chronic Kidney Disease in the United States, 2023. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2023.

Prandaj, për shumë pacientë me insuficiencë renale, transplantimi i veshkës është opsioni më i mirë i trajtimit.

Në shumicën e rasteve, veshka dhurohet nga një person i vdekur. Gjatë transplantimit, veshka e shëndetshme lidhet kirurgjikisht me enët e gjakut të legenit në pjesën e poshtme të barkut (Figura 3). Veshkat e sëmura lihen zakonisht në trup, sepse shpesh ruajnë ende një funksion të vogël të mbetur dhe heqja e tyre zakonisht nuk është e nevojshme. Ato duhet të hiqen vetëm në raste të veçanta. Duke qenë se një person zakonisht ka dy veshka dhe, edhe një veshkë e vetme funksionale mund të kryejë funksionet e nevojshme për një jetë normale, dhurimi nga një dhurues i gjallë është i mundur. Në Zvicër, pothuajse një e

treta e transplantimeve të veshkave mundësohen nga dhurimet prej dhuruesve të gjallë.

Transplantimet e veshkave, përfshirë dhurimet e veshkave nga dhurues të gjallë, mund të kryhen në të gjashtë qendrat e transplantimit në Zvicër. Këto janë spitalet universitare të Bazelit, Bernës, Gjenevës, Lozanës dhe Cyrihut, si dhe Spitali Kantonal i St. Gallenit.

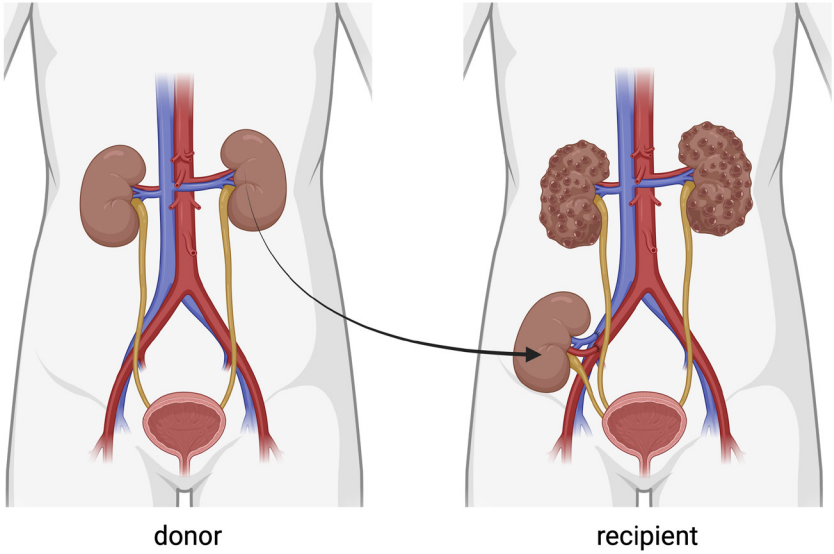


Figura 3: Paraqitje skematike e transplantimit të veshkës nga një dhurues i gjallë. Veshka e dhuruar implantohet në pjesën e poshtme të barkut.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/bgdxhpa

Herold G. Chronische Nierenerkrankungen. In Herold G., hrsg. Innere Medizin 2021. 1. Auflage. Köln: Herold Verlag; 2021. P.639-649

Swisstransplant. Jahresbericht 2024: Swisstransplant; 2025 [Available from: https://www.swisstransplant.org/de/swisstransplant/jahresbericht].

Përshtatshmëria për dhurim nga një dhurues i gjallë

Bazat ligjore

Ligji „Për transplantimin" i Zvicrës përcakton kushtet në të cilat organet mund të përdoren për qëllime transplantimi. Ai përcakton gjithashtu se kush është i përshtatshëm si dhurues i gjallë:

« Organet, indet ose qelizat mund t'i merren një personi të gjallë nëse:
a. ai është i aftë për të gjykuar dhe është në moshë madhore;
b. ai është informuar në mënyrë gjithëpërfshirëse dhe ka dhënë pëlqimin e tij me vullnet të lirë dhe me shkrim;
c. nuk ekziston asnjë rrezik serioz për jetën ose shëndetin e tij;
d. marrësi ose marrësja nuk mund të trajtohet me ndonjë metodë tjetër terapeutike me përfitim të krahasueshëm.»

Ligji "Për transplantimin" i Zvicrës, datë 8 tetor, 2024 (Gjendja më 1 shkurt, 2021) Përmbledhja sistematike e legjislacionit federal 810.21, seksioni 3, neni 12

Për dhurimin e një organi nga një dhurues i gjallë, mosha minimale është 18 vjeç (të ketë mbushur 18 vjeç). Një personi të mitur nuk mund t'i merret një organ për qëllime transplantimi. Kur bëhet fjalë për të rinjtë e rritur, zakonisht tregohet kujdes i veçantë, pasi aspekte thelbësore të planifikimit të jetës personale, profesionale dhe familjare shpesh janë ende të hapura dhe ngarkesat ose ndryshimet e ardhshme shëndetësore mund të parashikohen vetëm në mënyrë të kufizuar. Duhet të shmanget që dhurimi i organit të çojë në kufizime të mëvonshme. Prandaj, dhurimi nga një dhurues i gjallë te të rriturit në moshë të re duhet të mbetet një përjashtim i arsyetuar mirë dhe nuk duhet të sjellë pasoja negative për planifikimin e ardhshëm të jetës.

Për dhurimin nga një dhurues i gjallë nuk ka kufi të sipërm moshe; përshtatshmëria varet nga faktorët mjekësorë dhe psikosocialë. Dhuruesja më e moshuar e veshkës deri më sot në Zvicër ishte 84 vjeçe. Megjithatë, me rritjen e moshës rritet edhe mundësia që dhurimi i veshkës të mos jetë i mundur për arsye mjekësore.

Vendimi për dhurimin e veshkës nga një dhurues i gjallë duhet të merret vullnetarisht. Dhuruesit e mundshëm duhet të informohen për ecurinë e procesit të dhurimit dhe pasojat e mundshme të dhurimit të organit. Çdo person ka të drejtë ta refuzojë dhurimin në çdo kohë dhe pa dhënë arsye. Një personi të paaftë për të gjykuar nuk mund t'i merret një organ për qëllime transplantimi.

Dhurimi i një organi nga një dhurues i gjallë është një akt altruist, gjatë të cilit një person i shëndetshëm ekspozohet ndaj një rreziku të mundshëm për shëndetin për të ndihmuar një person të sëmurë. Pikërisht për këtë arsye, është edhe më e rëndësishme që siguria e dhuruesve të ruhet si përparësia më e lartë. Prandaj, dhuruesit e mundshëm të gjallë i nënshtrohen një vlerësimi të hollësishëm mjekësor dhe psikosocial për të minimizuar rreziqet. Mënyra e saktë se si kryhen këto vlerësime përshkruhet në kapitullin vijues.

Dhurimi nga një dhurues i gjallë mund të kryhet vetëm nëse nuk ekziston ndonjë trajtim tjetër i barasvlershëm për sëmundjen e veshkave. Në rastin e insuficiencës

renale, transplantimi i veshkave nga një dhurues i gjallë është metoda më e suksesshme e trajtimit. Trajtimi me dializë shoqërohet shpesh me cilësi më të ulët të jetës dhe jetëgjatësi më të shkurtër. Mundësitë për suksesin e një transplantimi janë më të mëdha sa më herët të transplantohet një organ. Për këtë arsye, synohet një transplantim preemptiv (i hershëm), përpara fillimit të trajtimit me dializë. Në rastin e dhurimit nga një dhurues i gjallë, transplantimi i veshkave është një ngjarje që mund të planifikohet. Dhuruesi dhe marrësi mund t'i nënshtrohen operacionit në kushtet më të mira të mundshme. Në këtë mënyrë shmangen edhe periudhat e gjata të pritjes për një organ nga një person i vdekur, periudha të cilat janë psikologjikisht të vështira.

Dhurimi i një organi duhet të jetë pa pagesë. Sipas Ligjit „Për transplantimin" (Kapitulli 6, neni 69), është e ndaluar dhe e dënueshme që për një dhurim të merret kompensim financiar ose ndonjë përfitim tjetër. Gjithashtu, është e ndaluar të kryhet një transplantim jashtë vendit nëse personi dhurues paguhet atje për dhurimin („turizmi i transplantimit").

Federal Act on the Transplantation of Organs, Tissues and Cells (Transplantation Act) [Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz)]: SR 810.21; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/en].

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Thys K, Borry P, Schotsmans P, Dobbels F. Should minors and young adults qualify as potential live kidney donors? The views of international transplant professionals. Pediatr Transplant. 2019;23(6):e13526.

Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung): SR 810.211; 2007 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/de].

Dhurimi i kryqëzuar nga një dhurues i gjallë

Në shumicën dërrmuese të rasteve, dhuruesit dhe marrësit kanë ose një lidhje farefisnore, ose një lidhje të fortë emocionale me njëri-tjetrin (partneritet, miqësi e ngushtë). Ndonjëherë dhurimi nuk është i mundur për shkak të papajtueshmërisë imunologjike dhe rrezikut të lartë të refuzimit që lidhet me të. Në këtë rast ekziston mundësia e dhurimit të kryqëzuar nga një dhurues i gjallë, i cili, falë një përputhjeje më të mirë të karakteristikave të dhuruesve dhe marrësve, mund të krijojë kushte më të favorshme për suksesin e transplantimit.

Në këtë proces, dy ose më shumë çifte shkëmbejnë veshkat në mënyrë të kryqëzuar Ky quhet dhurim „crossover". Dhurimi i kryqëzuar nga dhurues të gjallë në Zvicër rregullohet në kuadër të një programi kombëtar. Qendrat e transplantimit i raportojnë në zyrën kombëtare të alokimit (Swisstransplant) çiftet e papajtueshme që dëshirojnë të marrin pjesë. Kjo zyrë përcakton periodikisht kombinimin më të mirë për një dhurim të kryqëzuar nga dhurues të gjallë ndërmjet të gjitha çifteve të disponueshme. Mund të merren në konsideratë vetëm kombinimet në të cilat janë përfshirë të dy personat e një çifti. Megjithatë, ekziston një rrezik i caktuar që dhuruesit, në momentin e fundit, të mos mundin ose të mos dëshirojnë të dhurojnë, ose që marrësit të kenë probleme shëndetësore, duke bërë që transplantimi të mos jetë i mundur në kohën e planifikuar. Prandaj, fakti që një zinxhir është identifikuar në mënyrë algoritmike (me ndihmën e një programi kompjuterik) nuk do të thotë automatikisht se ai do të realizohet.

Në Zvicër, dhurimi i veshkës nga një dhurues i gjallë mund të bëhet edhe për një person të panjohur; në këtë rast flitet për një dhurim tërthoras (ose altruist). Në këtë rast, veshka i alokohet personit të radhës në listën e pritjes. Kur është e mundur, dhu-

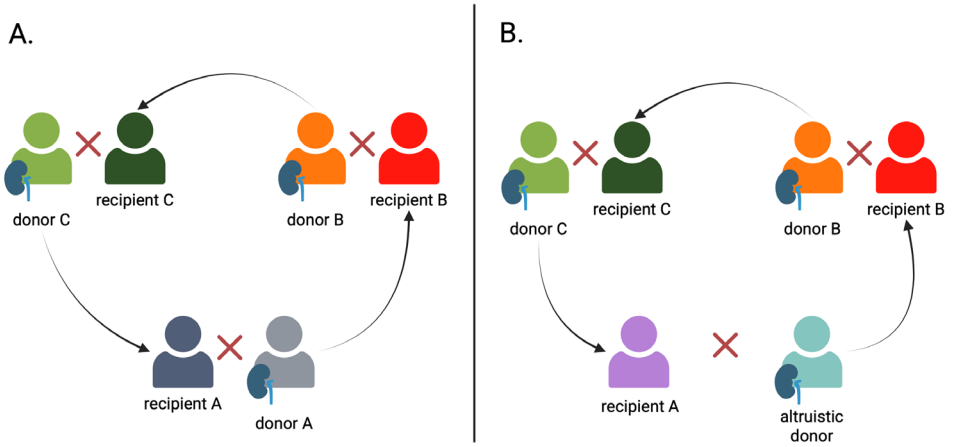


Figura 4: Parimi i një dhurimi të kryqëzuar. Figura 4A: Tre çifte të papajtueshme dhurues-marrës mund të formojnë një zinxhir për të lehtësuar dhurimin e gjallë të veshkës. Këto zinxhirë mund të përbëhen nga dy ose më shumë çifte. Figurë 4B: Procedura për dhurime altruiste të pandrejtueshme. Dhuruesi altruist formon një çift të papajtueshëm me personin në krye të listës së pritjes (‚recipient A'), duke mundësuar kështu një zinxhir transplantimesh.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/umh815n

rimet e tilla tërthorazi të veshkave duhet të kryhen në kuadër të programit të dhurimit të kryqëzuar nga dhurues të gjallë. Kjo do të thotë se dhuruesi altruist formon një „çift" të papajtueshëm me personin e parë në listën e pritjes. Në rastin e një dhurimi tërthoras (altruist), dhuruesit duhet të pranojnë se nuk do ta njohin personin marrës dhe se nuk mund të ndikojnë në alokimin e organit.

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Verordnung über das nationale Überkreuz-Lebendspende-Programm (Überkreuz-Lebendspende-Verordnung): SR 810.212.3; 2017 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2017/609/de].

Vlerësimet mjekësore para dhurimit

Siguria e dhuruesit ka prioritetin më të lartë. Qëllimi kryesor i vlerësimeve është të përcaktohet nëse dhurimi paraqet ndonjë rrezik të veçantë shëndetësor për dhuruesit e gjallë. Për dhurim pranohen vetëm personat me gjendje shëndetësore të përshtatshme.

Vlerësimet përqendrohen në pesë fusha kryesore:

- Rreziku i menjëhershëm i operacionit
- Vlerësimi i funksionit të veshkave dhe i sëmundjeve që paraqesin rrezik për shëndetin
- Parandalimi i transmetimit të sëmundjeve përmes transplantit
- Vlerësimi i përputhshmërisë (përshtatshmërisë) imunologjike
- Vlerësimet psikosociale

Informacione të përgjithshme

Përpara se të fillojnë ekzaminimet, qëllimi dhe ecuria e vlerësimeve shpjegohen gjatë një konsultimi. Ky konsultim zhvillohet zakonisht me nefrologët që kujdesen për marrësit. Më vonë, ata organizojnë edhe regjistrimin për transplantim. Megjithatë, konsultimi mund të zhvillohet edhe me mjekun e familjes ose drejtpërdrejt në qendrën e transplantimit.

Pavarësisht se kush i zhvillon konsultimet dhe vlerësimet e para, të paktën një bisedë vlerësuese dhe një vlerësim psikosocial zhvillohen në qendrën e transplantimit. Është gjithashtu e mundur që qendra e transplantimit të urdhërojë ekzaminime të tjera. Prandaj, i gjithë procesi deri në dhurimin e veshkës kërkon kohë dhe mund të zgjasë disa muaj.

Rreziku i menjëhershëm i operacionit

Dhurimi i veshkës, ashtu si çdo operacion, shoqërohet me rreziqe të lidhura me kirurgjinë dhe anestezinë. Megjithatë, ai klasifikohet si një operacion me rrezik të ulët. Rreziqet e përgjithshme të çdo ndërhyrjeje kirurgjikale janë infeksionet dhe hemorragjitë. Hemorragjitë e papritura mund të lidhen me veçori anatomike. Për këtë arsye, përpara operacionit kryhet një tomografi e kompjuterizuar (imazheri me prerje tërthore me rreze X, CT) ose një tomografi me rezonancë magnetike (MRI), për të vlerësuar pozicionin e saktë të veshkave, furnizimin e tyre me gjak dhe rrugët urinare përkatëse. Komplikimet më të shpeshta kirurgjikale përshkruhen më hollësisht në kapitullin „Pas dhurimit".

Rreziqet lidhur me anestezinë lidhen kryesisht me sëmundjet ekzistuese të zemrës dhe mushkërive. Për të përjashtuar çdo problem serioz që prek këto organe, merret një anamnezë e hollësishme dhe kryhen ekzaminime të ndryshme. Krahas ekzaminimit fizik, këtu përfshihen, për shembull, edhe një radiografi e kraharorit dhe një elektrokardiogramë (EKG).

Nëse konstatohen anomali, diskutohen vlerësime të mëtejshme, për shembull kryerja e një ekografie të zemrës. Në përgjithësi, personat me probleme më serioze të sistemit kardiovaskular nuk pranohen për dhurim, pasi rreziku i operacionit për ta është tepër i lartë.

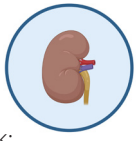
Vlerësimi i funksionit të veshkave dhe i sëmundjeve të tjera

Dhuruesit e mundshëm duhet të ekzaminohen në lidhje me funksionin e veshkave dhe sëmundjet që paraqesin rrezik për

shëndetin. Për këtë mund të nevojiten ekzaminime të ndryshme, si analiza gjaku, skanime imazherike ose edhe marrja e një kampioni indi.

Veshkat rregullojnë aspekte të rëndësishme të shëndetit kardiovaskular, në veçanti tensionin e gjakut. Prandaj, ekzaminimet përqendrohen kryesisht te faktorët që rrisin mundësinë e sëmundjeve kardiovaskulare (rrezikun kardiovaskular):

Funksioni i veshkave



Funksioni i veshkave vlerësohet, ndër të tjera, nëpërmjet nivelit të kreatininës në gjak; gjithashtu përcaktohet edhe humbja e proteinave nëpërmjet urinës. Në rast të një kufizimi të lehtë të funksionit të veshkave, dhurimi mund të jetë sërish i mundur, nëse funksioni i mbetur i veshkës pritet të jetë i mjaftueshëm për jetëgjatësinë e parashikuar edhe me vetëm një veshkë. Nëse një dhurim i tillë do të lejohet, kjo në fund varet nga shumë faktorë dhe vendoset së bashku me qendrën e transplantimit.

Dhuruesit e mundshëm që vuajnë nga gurët në veshka i nënshtrohen një vlerësimi të hollësishëm, veçanërisht për sa i përket shkakut dhe rreziqeve të formimit të gurëve. Nëse rreziku i formimit të gurëve është tepër i lartë, në disa raste duhet të këshillohet që të mos kryhet dhurimi i veshkës.

Tensioni i lartë i gjakut



Tensioni i lartë i gjakut është një nga shkaqet kryesore të dëmtimit të veshkave. Prandaj, tensioni i gjakut duhet të vlerësohet me kujdes përpara dhurimit të veshkës. Tensioni i lartë i gjakut, i kontrolluar mirë me medikamente dhe pa pasoja të deritanishme shëndetësore (dëmtime të organeve), nuk përbën një kriter absolut përjashtimi nga dhurimi i veshkës, por duhet të vlerësohet individualisht, veçanërisht duke marrë parasysh moshën.

Mbipesha



Mbipesha e theksuar (obeziteti) rrit rrezikun për sëmundje kardiovaskulare, për diabet (sëmundja e sheqerit) dhe gjithashtu rrezikun e operacionit. Përveç kësaj, ngarkesa mbi veshkën është më e madhe në rastin e obezitetit të theksuar dhe, kur personi ka vetëm një veshkë, kjo mund të çojë në „ezaurimin“ më të shpejtë të funksionit të veshkës. Në rastin e një indeksi të masës trupore ≥30 kg/m^2, duhet të vlerësohet individualisht nëse dhurimi i veshkës është i mundur.

Diabeti mellitus (sëmundja e sheqerit)



Diabeti dëmton enët e gjakut dhe është një nga shkaqet më të shpeshta të sëmundjeve të veshkave. Në rastin e personave me diabet mellitus të tipit 2, mundësia e dhurimit të veshkës duhet të vlerësohet me shumë kujdes dhe varet nga kohëzgjatja e sëmundjes, intensiteti i trajtimit të diabetit, kontrolli i nivelit të sheqerit në gjak, si dhe nga rreziku i përgjithshëm kardiovaskular i personit dhurues. Personat me diabet mellitus të tipit 1 nuk mund të dhurojnë veshkë.

Parandalimi i transmetimit të sëmundjeve

Një tjetër qëllim i vlerësimeve është parandalimi i transmetimit të sëmundjeve te marrësi nëpërmjet veshkës së dhuruar. Kjo ka të bëjë, nga njëra anë, me sëmundjet infektive dhe, nga ana tjetër, me sëmundjet kancerogjene.

Në rastin e **sëmundjeve infektive**, vëmendja përqendrohet te infeksionet kronike që ende nuk kanë shkaktuar simptoma dhe për këtë arsye nuk janë të njohura. Në gjak zakonisht bëhen analiza për sëmundjet e mëposhtme:

- Hepatiti B dhe C
- HIV
- Infeksionet me viruset herpes, si citomegalovirusi (CMV) ose virusi Epstein-Barr (EBV), që shkakton mononukleozën infektive
- Sifilizi

Në varësi të vaksinimeve të kryera, udhëtimeve të mëparshme ose veçorive të tjera, bëhen analiza edhe për infeksione të tjera. Disa infeksione mund të përbëjnë kriter përjashtimi nga dhurimi i veshkës.

Një **sëmundje kancerogjene aktive** përbën kriter përjashtimi nga dhurimi i veshkës. Për të përjashtuar praninë e një sëmundjeje të tillë, kryhet depistimi për llojet më të shpeshta të kancerit. Ky depistim përfshin, ndër të tjera, ekzaminimet e mëposhtme:

- Radiografi ose tomografi e kompjuterizuar e kraharorit
- Ekografi e barkut ose tomografi e kompjuterizuar e barkut
- Kolonoskopi te personat ≥50 vjeç
- Analiza gjaku, përfshirë përcaktimin e PSA-së te burrat ≥50 vjeç
- Ekzaminim gjinekologjik dhe/ose mamografi
- Nëse është e nevojshme, ekzaminim dermatologjik

Vlerësimi i përputhshmërisë imunologjike

Një nga vlerësimet më të rëndësishme mjekësore është kontrolli i përputhshmërisë imunologjike ndërmjet dhuruesit dhe marrësit. Kjo përfshin përcaktimin e grupit të gjakut (sistemi AB0) dhe tipizimin indor (sistemi HLA). Faktori Rhesus nuk ka nevojë të merret parasysh.

Grupi i gjakut përcaktohet nga strukturat (antigjenet) në rruazat e kuqe të gjakut. Figura 5 tregon se cilat grupe gjaku janë të përputhshme. Sot, dhurimi i veshkës nga një dhurues i gjallë mund të kryhet edhe kur dhuruesi dhe marrësi kanë grupe të ndryshme gjaku. Megjithatë, një transplantim i tillë i papajtueshëm sipas sistemit AB0 kërkon përgatitje të veçantë.

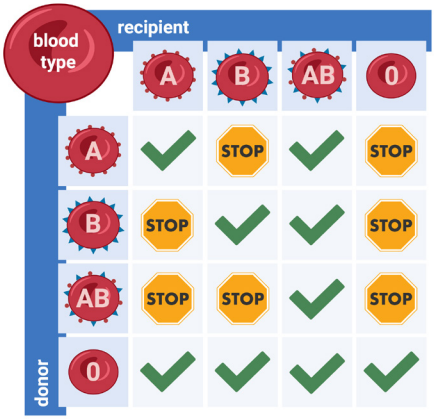


Figura 5: Përputhshmëria e grupeve të ndryshme të gjakut.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/if2h844

Rreth **sistemit HLA:** Jo vetëm rruazat e kuqe të gjakut kanë struktura sipërfaqësore, por edhe të gjitha qelizat e trupit. Këto quhen HLA (Human Leukocyte Antigens) dhe ndihmojnë sistemin imunitar të dallojë qelizat e vetë organizmit nga qelizat e huaja. Karakteristikat HLA të dhuruesit dhe të marrësit përcaktohen në gjak. Në gjakun e marrësit kërkohen gjithashtu antitrupa kundër HLA-ve të dhuruesit. Në këtë mënyrë mund të përcaktohet nëse ekziston një rrezik i shtuar për reaksion refuzimi.

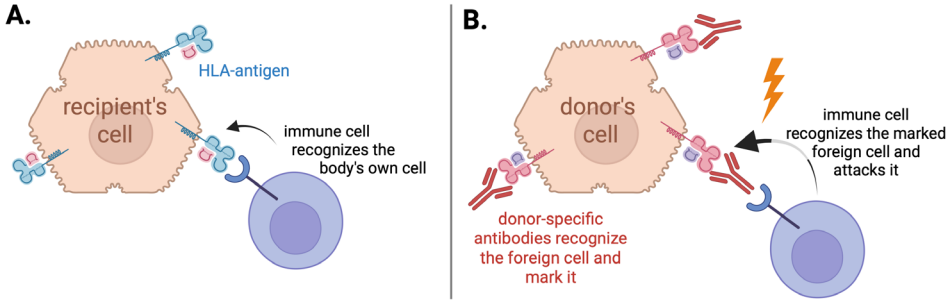


Figura 6: Paraqitje e thjeshtuar e një reaksioni refuzimi. Figura 6A: Falë antigjeneve HLA, qelizat imunitare i njohin qelizat e trupit si qeliza të vetë organizmit. Figura 6B: Qelizat e dhuruesit kanë antigjene të tjera HLA. Kundër tyre mund të ekzistojnë antitrupa, të cilët më pas lidhen me antigjenet HLA dhe i shënjojnë ato. Qelizat imunitare i njohin qelizat e shënjuara si të huaja dhe i sulmojnë ato. Ky sulm shkakton reaksionin e refuzimit të organit të ri.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/kjvcri2

Sistemi imunitar zakonisht e njeh organin e transplantuar si të huaj dhe, pa trajtim, do ta sulmonte dhe do ta refuzonte atë. Prandaj, pas transplantimit, marrësit duhet të marrin gjatë gjithë jetës medikamente që frenojnë sistemin imunitar (imunosupresion). Këto medikamente janë të nevojshme për të mbrojtur organin e dhuruar dhe për të minimizuar rrezikun e refuzimit. Përjashtimi i vetëm janë binjakët njëvezorë: në këtë rast nuk nevojitet imunosupresion. Figura 6 paraqet në mënyrë të thjeshtuar një reaksion refuzimi.

Vlerësimet psikosociale

Dhurimi i veshkës nga një dhurues i gjallë nuk ndikon vetëm në trup, por edhe në gjendjen psikologjike dhe në situatën sociale. Prandaj, në Zvicër kërkohet një vlerësim psikosocial nga një specialist (psikiatër ose psikolog). Vlerësohet nëse dhuruesi i ka kuptuar rreziqet e dhurimit nga një dhurues i gjallë, nëse gatishmëria për dhurim është vullnetare, nëse vendimi bazohet në informacione të mjaftueshme dhe nëse ekziston një stabilitet i mjaftueshëm psikologjik dhe social.

Vlerësimi psikosocial përfshin, ndër të tjera, pikat e mëposhtme:

- Aftësinë për të gjykuar
- Motivimin për dhurimin e veshkës nga një dhurues i gjallë
- Marrëdhënien me personin marrës dhe varësinë ndaj tij
- Historinë psikosociale dhe mënyrën e deritanishme të përballimit të situatave stresuese
- Procesin e vendimmarrjes
- Rrethanat aktuale të jetesës

Vlerësimi psikosocial i jep dhuruesit mundësinë të shprehë shqetësimet ose konfliktet. Është normale që gjatë procesit të vendimmarrjes pro ose kundër dhurimit nga një dhurues i gjallë të lindin pasiguri dhe është e rëndësishme që këto të diskutohen gjatë vlerësimit psikosocial. Edhe marrëdhënia me personin marrës mund të shoqërohet me pritshmëri ose presion emocional. Ndjenja të tilla duhet të diskutohen hapur gjatë vlerësimit, sepse dhurimi i veshkës nga një dhurues i gjallë është i pakthyeshëm dhe nuk mund të zhbëhet.

Në kuadër të vlerësimeve mund të nevojiten disa biseda. Në raste të veçanta, me pëlqimin e dhuruesit, mund të merren

edhe informacione të tjera (p.sh. nga mjeku i familjes). Vëmendje e veçantë i kushtohet faktit që vendimi i personit dhurues të jetë me vullnet të lirë dhe që ai të mos ndihet nën presion. Dhuruesit mund të tërhiqen në çdo kohë nga oferta për dhurim, edhe në një fazë të mëvonshme të procesit, pa qenë të detyruar të japin arsye.

Shëndeti dhe mirëqenia psikologjike e dhuruesve janë gjithmonë në plan të parë. Nëse ekziston rreziku që mirëqenia psikologjike të ndikohet negativisht nga dhurimi i organit, duhet të këshillohet që dhurimi të mos kryhet.

Nëse është e nevojshme, mund të ofrohet mbështetje psikologjike para, gjatë dhe pas procesit të vendimmarrjes.

Një sëmundje psikike nuk përbën medoemos kriter përjashtimi nga dhurimi i një organi. Në këto raste vlerësohet me kujdes nëse aftësia për të gjykuar ndikohet nga sëmundja dhe sa e qëndrueshme është situata e përgjithshme psikosociale.

Federal Act on the Transplantation of Organs, Tissues and Cells (Transplantation Act) [Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz)]: SR 810.21; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/en].

Claisse G, Gaillard F, Mariat C. Living Kidney Donor Evaluation. Transplantation. 2020 Dec;104(12):2487-2496.

Klein J, Sato A. The HLA system. First of two parts. N Engl J Med. 2000 Sep 7;343(10):702-9.

Klein J, Sato A. The HLA system. Second of two parts. N Engl J Med. 2000 Sep 14;343(11):782-6.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation. 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Ludwig G, Geiger I, Götzmann L, et al. Differences Between Centers in Psychosocial Evaluations for Living Kidney Donors Do Not Influence Outcome: Results From an Observational Multicenter Study. Transplant Direct. 2022 Nov 4;8(12):e1400.

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung): SR 810.211; 2007 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/de].

Dhurimi

Planifikimi i operacionit

Nëse plotësohen të gjitha kushtet, mund të planifikohet dhurimi i veshkës. Është normale që edhe pas përfundimit të vlerësimeve të lindin ende shqetësime. Pavarësisht se në cilën fazë lindin pasiguritë, i gjithë ekipi i transplantimit është i gatshëm të kushtojë kohën e nevojshme për t'i diskutuar ato hapur. Edhe pas përfundimit të vlerësimeve ekziston e drejta për ta refuzuar dhurimin e organit pa dhënë arsye.

Në kuadër të vlerësimeve planifikohet në mënyrë të hollësishme ecuria e operacionit. Me anë të skanimeve imazherike përcaktohet se cila veshkë është më e përshtatshme për dhurim. Për këtë qëllim ekzaminohen vetë veshkat, por edhe enët e gjakut, ureterët dhe strukturat përreth. Gjithashtu, përcaktohet nëse ekzistojnë variante anatomike që duhet të merren parasysh gjatë operacionit.

Në shumicën e rasteve, për dhurimin nga një dhurues i gjallë hiqet veshka e majtë, pasi vena renale në këtë anë është pak më e gjatë, gjë që e bën transplantimin më të lehtë. Megjithatë, ndonjëherë hiqet edhe veshka e djathtë, veçanërisht në rastin e veçorive anatomike (p.sh. numri i enëve të gjakut, cistet etj.). Veshka transplantohet së bashku me arterien, venën dhe ureterin e saj, në mënyrë që enët e gjakut dhe ureteri të mund të qepen te marrësi (Figura 7).

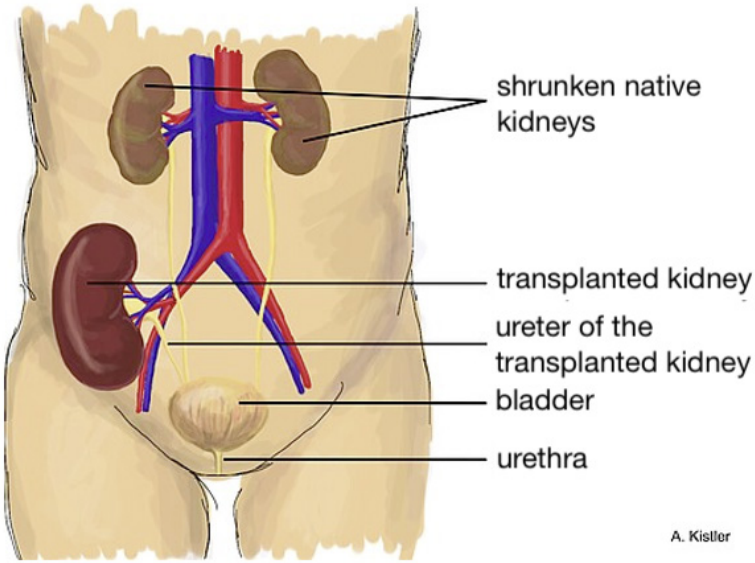


Figura 7: Gjatë transplantimit të veshkës, organi i dhuruar vendoset me anë të një ndërhyrjeje kirurgjikale në pjesën e poshtme të barkut dhe lidhet me arteriet dhe venat e legenit të marrësit. Ureteri i veshkës së transplantuar lidhet me fshikëzën urinare.
Illustration from A. Kistler, with kind permission.

Në skajin e sipërm të veshkave ndodhen gjëndrat mbiveshkore. Ato janë organe të vogla që prodhojnë hormone si adrenalina ose kortizoli. Ato nuk janë të lidhura me veshkat dhe lihen në trupin e personit dhurues.

Claisse G, Gaillard F, Mariat C. Living Kidney Donor Evaluation. Transplantation. 2020 Dec;104(12):2487-2496.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation. 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Ecuria e operacionit

Heqja e veshkës (nefrektomia) për dhurim nga një dhurues i gjallë zgjat dy deri në tre orë (në raste të veçanta edhe më gjatë) dhe kryhet nën anestezi të përgjithshme. Në varësi të qendrës së transplantimit, shtrimi në spital bëhet ose një ditë përpara operacionit, ose në mëngjesin e ditës së operacionit.

Detajet e anestezisë dhe teknika e saktë kirurgjikale përcaktohen individualisht dhe diskutohen me ekipin e operacionit (anestezistin dhe kirurgun). Këtu jepet vetëm një pasqyrë e përgjithshme e ecurisë së operacionit për dhurimin e veshkës.

Në përgjithësi, heqja e veshkës kryhet në mënyrë laparoskopike („operacioni përmes vrimës së çelësit"). Shumica e prerjeve në lëkurë janë të vogla (0,5-1,2 cm); vetëm një prerje duhet të jetë disi më e madhe (8-10 cm). Nëpërmjet kësaj prerjeje më të madhe, veshka nxirret nga trupi. Kjo teknikë minimalisht invazive preferohet, sepse shenjat janë më të vogla, ka më pak dhimbje ose shqetësime në bark dhe dhuruesit rikuperohen më shpejt pas operacionit. Figura 8 tregon vendndodhjen e prerjeve në lëkurë.

Heqja e veshkës mund të kryhet edhe me ndihmën e një roboti kirurgjikal. Metoda robotike (Da Vinci) është gjithashtu një procedurë laparoskopike („operacioni përmes vrimës së çelësit"), me ndryshimin se kirurgu nuk i mban instrumentet drejtpërdrejt në duar, por i kontrollon ato nëpërmjet një konsole, ndërsa krahët robotikë komandojnë instrumentet. Roboti mund të ndihmojë që operacioni të kryhet me një saktësi edhe më të madhe. Megjithatë, për

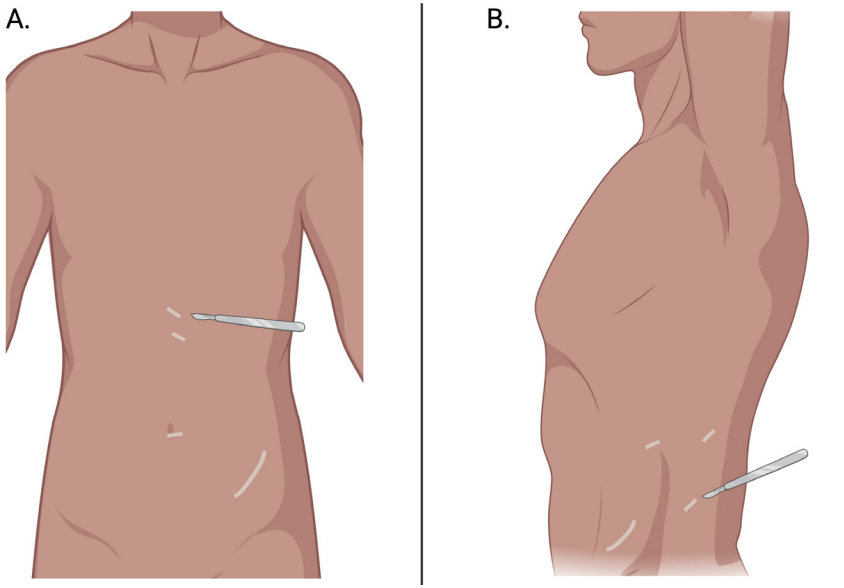


Figura 8: Incizionet e lëkurës për dhurim të gjallë të veshkës së majtë duke përdorur qasjen laparoskopike konvencionale (A) dhe qasjen retroperitoneale (B). Në këtë teknikë „keyhole", bëhen katër prerje të lëkurës për të akomoduar instrumentet. Një nga prerjet e vogla të lëkurës (në anën e krestës ileale) zgjerohet për heqjen e veshkës, duke rezultuar në një prerje me gjatësi rreth 8 cm.
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/v4mcwag

dhuruesit nuk ka ndonjë ndryshim të rëndësishëm nëse përdoret roboti apo jo. Kjo metodë nuk përdoret në të gjitha qendrat e transplantimit.

Operacioni i hapur kërkon një prerje më të madhe dhe sot zakonisht përdoret vetëm nëse gjatë operacionit shfaqen komplikime.

Pas prerjes së lëkurës, kirurgu avancon me kujdes deri te veshka. Veshka ekspozohet, lokalizohet ureteri dhe, në fund, priten enët e gjakut. Gjatë heqjes së veshkës dhe pas saj ndalet çdo hemoragji e mundshme dhe shtresat e ndryshme të indeve qepen përsëri me kujdes.

Menjëherë pas nxjerrjes nga trupi, veshka shpëlahet me një lëng të posaçëm dhe vendoset në akull. Marrësi shpesh ndodhet në të njëjtën kohë në një sallë tjetër operacioni, në mënyrë që veshka e dhuruar të qëndrojë sa më pak kohë jashtë trupit pa furnizim me gjak. Sapo ekipi i transplantimit të ketë përfunduar të gjitha përgatitjet te marrësi, veshka e dhuruar mund të transplantohet. Arteria dhe vena renale qepen me enët përkatëse të legenit, ndërsa ureteri qepet drejtpërdrejt me fshikëzën urinare.

Pas operacionit, dhuruesi mbahet për një kohë të shkurtër nën mbikëqyrje në dhomën e zgjimit dhe më pas transferohet në pavijonin e normal. Gjatë ditëve të para, plaga e operacionit mund të shkaktojë dhimbje dhe mund të jetë i nevojshëm trajtimi me medikamente kundër dhimbjes. Shumica e dhuruesve janë përsëri në gjendje të lëvizin pas dy deri në tre ditësh, mund të ushqehen normalisht dhe nuk kanë nevojë për medikamente të tjera.

Zakonisht, qëndrimi në spital zgjat nga tri deri në pesë ditë. Për gjashtë javë pas operacionit nuk lejohet ngritja e peshave të rënda (>5 kg). Përvoja tregon se pas gjashtë deri në tetë javësh pothuajse të gjithë dhuruesit e veshkave, shumë prej tyre edhe më herët, janë përsëri të aftë për punë. Ndonjëherë ngarkesa e punës rritet gradualisht. Në rastin e punës së rëndë fizike, paaftësia për punë mund të zgjasë, në rrethana të caktuara, tre deri në katër muaj.

Kontrolli i parë pas dhurimit të veshkës kryhet nga qendra e transplantimit katër deri në gjashtë javë pas operacionit. Më pas, kontrollet e përjetshme organizohen nga Regjistri Zviceran i Dhuruesve të Gjallë (SOL-DHR).

Brügger C, Hunkeler Z, Diebold M, et al. Early Complications in Kidney Donors and Course of Health-related Quality of Life 12 mo After Donation: An Analysis of the Swiss Organ Living-Donor Health Registry. Transplant Direct. 2024 Oct 10;10(11):e1716.

Claisse G, Gaillard F, Mariat C. Living Kidney Donor Evaluation. Transplantation. 2020 Dec;104(12):2487-2496.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation. 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Pas dhurimit

Jeta pas dhurimit të veshkës

Rreziqet e dhurimit të veshkës

Dhurimi i veshkës është një ndërhyrje mjekësore gjatë së cilës mund të shfaqen komplikacione. Këtu paraqiten komplikacionet më të shpeshta dhe më të rëndësishme. Nuk është e mundur të paraqitet një listë përfundimtare e të gjitha rreziqeve të mundshme.

Të dhënat për këto rreziqe vijnë nga disa analiza të të dhënave të dhuruesve të veshkave që kanë dhuruar në Zvicër ndërmjet viteve 1998 dhe 2022.

Rreziqet nga operacioni

Mortaliteti (rreziku i vdekjes)

Sipas studimeve ndërkombëtare, rreziku për të vdekur gjatë ose menjëherë pas dhurimit të veshkës është rreth 0,02-0,03%. Kjo përkon me një rast vdekjeje për çdo 3000 dhurime veshkash. Në Zvicër është dokumentuar deri më tani një rast vdekje pas një dhurimi veshke në afërsisht 3000 dhurime veshkash (Të dhënat nga SOL-DHR, 2025).

Morbiditeti (rreziku i sëmundshmërisë)

Në Zvicër, më pak se 20% e dhuruesve përjetojnë komplikacione pas operacionit (Figura 9). Në shumicën e rasteve bëhet fjalë për komplikacione të lehta, të cilat mund të trajtohen me medikamente dhe nuk kanë pasoja të përhershme. Vetëm te 2% e dhuruesve janë shfaqur komplikacione të rënda. Një komplikacion vlerësohet si i rëndë nëse kërkon një ndërhyrje tjetër kirurgjikale ose e bën të nevojshëm qëndrimin në repartin e reanimacionit.

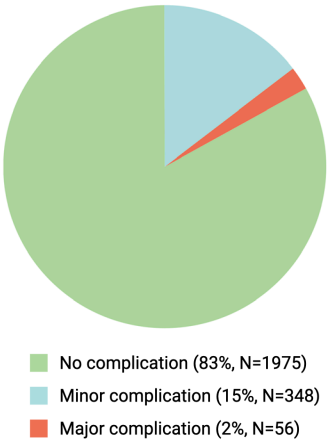


Figura 9: Shfaqja e komplikacioneve pas dhurimit të veshkës nga dhurues të gjallë në Zvicër (të dhënat e SOL-DHR).
Created with BioRender.com

Ndër **komplikacionet e lehta** më të shpeshta pas operacionit përfshihen:

- **Probleme urogjenitale:** Infeksionet e fshikëzës urinare ose retencioni urinar shfaqen te rreth 5% e dhuruesve. Infeksioni i fshikëzës urinare është disi më i shpeshtë te dhuruesit e moshuar (>70 vjeç) dhe mund të trajtohet me antibiotikë. Retencioni urinar shfaqet më shpesh te burrat, si dhe te personat e moshuar (>70 vjeç). Retencioni urinar trajtohet me kateter urinar.
- **Komplikacionet e plagës:** Komplikacionet e plagës përfshijnë infeksionet e

plagës, hematomat (mavijosjet) e mëdha ose çrregullimet e shërimit të plagës. Këto shfaqen te 2,7% e dhuruesve. Infeksionet zakonisht mund të trajtohen me antibiotikë. Më pak se 1% e dhuruesve kanë nevojë për transfuzion gjaku për shkak të një hematome ose humbjes së gjakut gjatë operacionit.

- **Problemet psikologjike:** Pothuajse 2% e dhuruesve raportojnë gjendje depresive ose ankth pas dhurimit. Dhuruesit e prekur duhet të kontaktojnë sa më herët qendrën e transplantimit ose SOLDHR; nëse është e nevojshme, mund të organizohet mbështetje e përshtatshme psikologjike.
- **Dhimbjet:** 1,8% e dhuruesve deklaruan në momentin e daljes nga spitali ende një intensitet dhimbjeje >7/10 (shkalla vizuale analoge). Në këtë shkallë, 0/10 do të thotë mungesë dhimbjeje dhe 10/10 dhimbjen më të fortë që mund të imagjinohet. Në shumicën e rasteve, këto dhimbje mund të trajtohen mirë me qetësuesit e zakonshëm.
- **Infeksione të tjera:** Te 1,6% e dhuruesve shfaqen infeksione të tjera pas operacionit (p.sh. pneumoni), të cilat gjithashtu mund të trajtohen me antibiotikë.
- **Komplikacione të tjera:** Ndër komplikacionet e lehta bëjnë pjesë problemet e tretjes, të përzierat e forta me të vjella, komplikacionet e shkaktuara nga pozicionimi gjatë operacionit (p.sh. dhimbje shpine ose irritim i përkohshëm i nervave), komplikacionet nga anestezia, reaksionet alergjike të lëkurës etj. Shpeshtësia e këtyre komplikimeve është më pak se 1%.

Ndër **komplikacionet e rënda** më të shpeshta pas dhurimit të veshkës përfshihen:

- **Hemorragjitë e rënda:** Te 0,8% e dhuruesve shfaqen hemorragji të rënda gjatë ose pas operacionit. Nëse një hemorragji e tillë shfaqet gjatë operacionit, ajo duhet të ndalet menjëherë. Nëse hemorragjia konstatohet vetëm pas operacionit, zakonisht nevojitet një ndërhyrje tjetër kirurgjikale për ta ndalur atë. Në varësi të sasisë së gjakut të humbur, mund të nevojiten edhe transfuzione.
- **Dëmtimi i rrugëve limfatike:** Limfa është një lëng me ngjyrë qumështi, i cili qarkullon në trupin tonë në mënyrë të ngjashme me gjakun. Nëse rrugët limfatike të hapura gjatë operacionit nuk mbyllen mjaftueshëm, lëngu limfatik mund të rrjedhë dhe të grumbullohet. Grumbullime të tilla shfaqen te 0,4% e dhuruesve. Ky grumbullim i lëngut mund të drenohet me anë të një drenazhi (d.m.th. me një tub); ndonjëherë nevojitet një ndërhyrje tjetër kirurgjikale.
- **Dëmtimi i organeve të brendshme:** Te 0,3% e dhuruesve ndodh dëmtimi i organeve të brendshme (në shumicën e rasteve i zorrëve).
- **Pneumotoraksi:** Te 0,2% e dhuruesve shfaqet kolapsi i mushkërive (pneumotoraksi). Ai ndodh kur ajri grumbullohet midis mushkërisë dhe murit të kraharorit. Pneumotoraksi mund të trajtohet me drenazh torakal.
- **Hernia:** Për shkak të cikatrices së operacionit krijohet një pikë e dobët në murin e barkut. Te 0,2% e dhuruesve shfaqet një hernie e cikatrices pas operacionit. Kjo do të thotë se indi ose një pjesë e zorrës shtyhet përmes kësaj pike

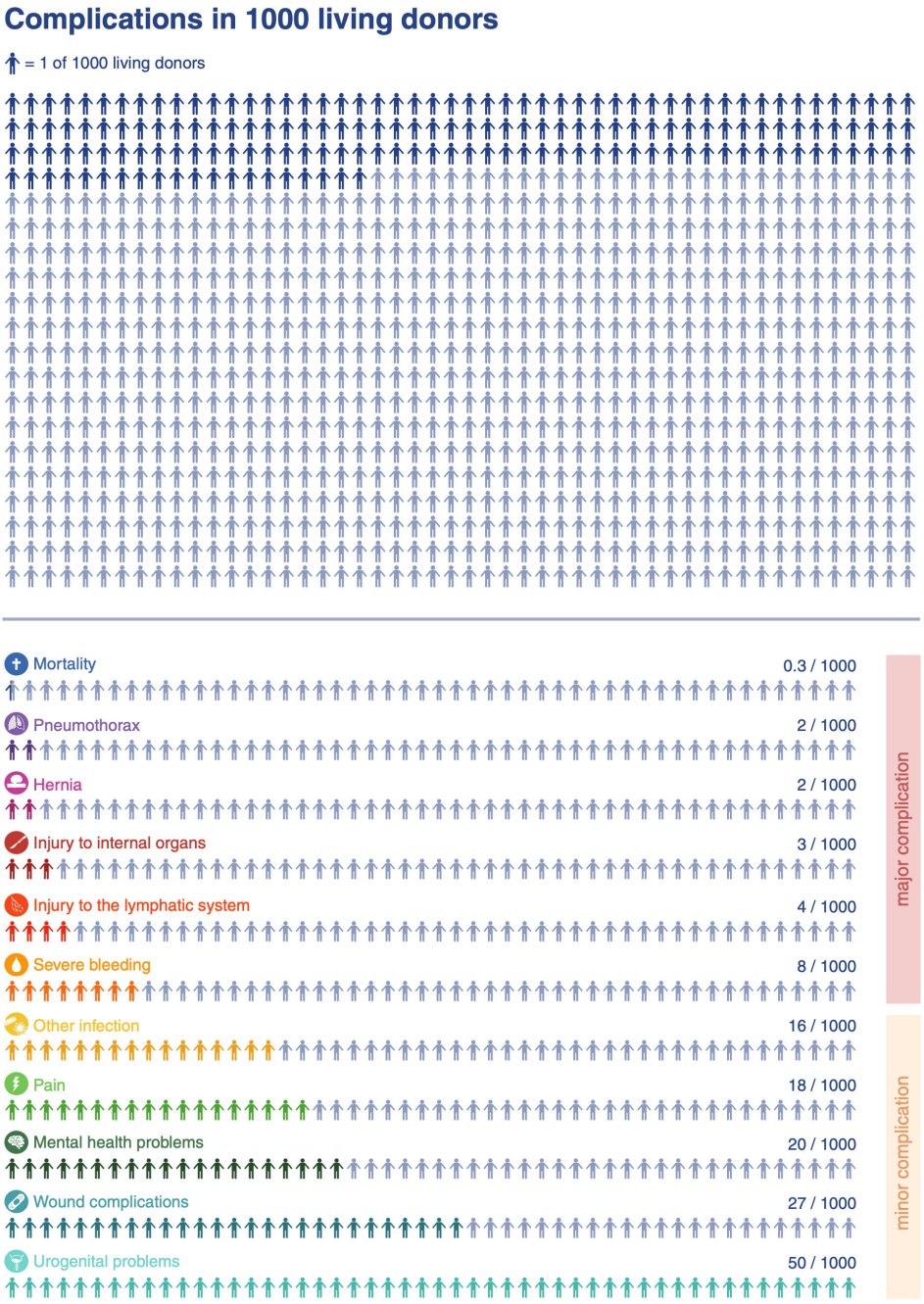


Figura 10: Shpeshtësia e komplikacioneve të ndryshme pas dhurimit të veshkës nga dhurues të gjallë në Zvicër (të dhënat e SOL-DHR).

Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/lm62bzi

të dobët drejt pjesës së jashtme. Hernia e cikatrices shfaqet si një fryrje nën cikatrice dhe zakonisht duhet të trajtohet kirurgjikisht.

Në raste të rralla, pas operacionit mund të shfaqen dhimbje të vazhdueshme, probleme me cikatricen ose aderenca në bark. Gjithashtu, mund të shfaqen irritime të nervave që zgjasin për një kohë më të gjatë. Figura 10 paraqet edhe një herë në mënyrë vizuale komplikimet më të shpeshta.

Komplikacionet afatgjata

Funksioni i veshkave

Një vit pas dhurimit të veshkës, funksioni i veshkës është rreth 60-70% e vlerës përpara dhurimit. Ky nivel është i pritshëm kur personi ka vetëm një veshkë dhe vazhdon të përfaqësojë një funksion shumë të mirë të veshkës. Në periudhën afatgjatë, funksioni i veshkës zakonisht mbetet i qëndrueshëm. Veshka e mbetur përshtatet dhe mund ta rrisë pjesërisht kapacitetin e saj funksional. Megjithatë, ekzistojnë dallime individuale, për shembull në varësi të moshës, peshës ose tensionit të gjakut.

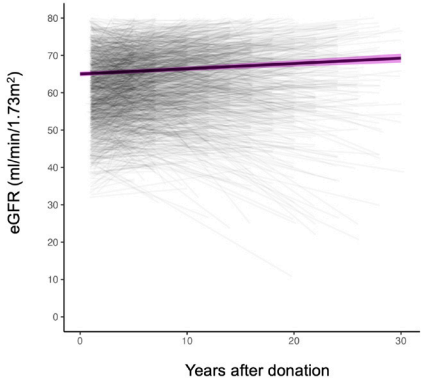


Figure 11: Post-donation kidney function graph. The thick, purple-highlighted line shows the stable kidney function of most donors over several years (SOL-DHR data).
Krättli J, Buess D, Flohr M, et al. Long Term Outcomes in Living Kidney Donors Over 30 Years. Kidney Int Rep. 2026 Jul 2;11(9):106690.

Në përgjithësi, rreziku që dhuruesit e veshkës të zhvillojnë më vonë një kufizim të rëndë të funksionit të veshkës është i ulët (<1%). Edhe më pak dhurues kanë nevojë për dializë: në Zvicër kjo ka ndodhur te 5 nga 2987 dhurues të veshkës (0,2%, pra 2 nga 1000 dhurues). Kur kjo ndodh, zakonisht ndodh vetëm në moshë të avancuar (>80 vjeç) dhe shpesh shumë vite pas dhurimit (mesatarisht 20 vjet pas dhurimit).

Proteinuria

Proteinuria e rritur nënkupton një sekretim tepër të lartë të proteinave në urinë dhe mund të jetë tregues i dëmtimit të veshkës. Proteinuria e rritur konsiderohet gjithashtu një faktor i pavarur rreziku për sëmundjet kardiovaskulare (p.sh. infarkt të zemrës ose goditje në tru). Ende nuk mund të vlerësohet përfundimisht se deri në çfarë mase shfaqja e proteinurisë së rritur te dhuruesit e veshkës pa sëmundje të mëparshme ka të njëjtën rëndësi si te pacientët me faktorë rreziku ekzistues, si tensioni i lartë i gjakut ose diabeti.

Një vit pas dhurimit, 0,8% e dhuruesve shfaqin për herë të parë proteinuri të rritur, ndërsa pas 10 vjetësh kjo shfaqet te 1% e dhuruesve. Një studim afatgjatë vëzhgues nga regjistri kombëtar, me 1863 dhurues të veshkës dhe me një periudhë mesatare vëzhgimi prej 12 vjetësh, tregoi se te shumica e dhuruesve të veshkës proteinuria e rritur u shfaq vetëm më shumë se 10 vjet pas dhurimit. Rrezik më të lartë kishin dhuruesit meshkuj, personat e moshuar dhe ata që kishin zhvilluar tension të lartë të gjakut pas dhurimit të veshkës, por jo dhuruesit me obezitet.

Tensioni i lartë i gjakut

Një studim i publikuar së fundmi nga Kanadaja dhe Australia ka treguar se dhuruesit e veshkës, në periudhën afatgjatë, nuk kanë një rrezik dukshëm më të lartë për presion të lartë të gjakut. Në studim u ndoqën për disa vite mbi 900 dhurues dhe një grup krahasimi me gjendje të ngjashme shëndetësore. U konstatua se në të dy grupet i njëjti numër personash zhvilluan tension të lartë të gjakut (17%). Rezultatet tregojnë se dhurimi i veshkës nuk shkakton një rritje të konsiderueshme të rrezikut për tension të lartë të gjakut.

Të dhënat e SOL-DHR tregojnë se rreth 20% e dhuruesve të veshkës kanë zhvilluar tension të lartë të gjakut mesatarisht 7 vjet pas dhurimit të veshkës nga një dhurues i gjallë. Tensioni i lartë i gjakut shoqërohej me një rrezik më të lartë për rritjen e sekretimit të proteinave në urinë. Periudha e vëzhgimit në SOL-DHR ishte dukshëm më e gjatë se në studimin e përmendur më sipër.

Duke marrë parasysh anketën më të fundit Shëndetësore në Zvicër të vitit 2023 (Zyra Federale e Statistikave), rreth 20% e popullsisë kishte tension të lartë gjaku. Tensioni i lartë i gjakut është një sëmundje shumë e shpeshtë dhe mund të trajtohet mirë me medikamente. Është e rëndësishme që tensioni i lartë i gjakut të zbulohet në një fazë të hershme.

Nëse tensioni i lartë i gjakut shfaqet pas dhurimit të veshkës, për shkak se personi ka vetëm një veshkë, kujdesi i duhur është veçanërisht i rëndësishëm për ta mbrojtur veshkën e vetme. Një tension gjaku i lartë në mënyrë të vazhdueshme është një faktor rreziku kardiovaskular dhe dëmton enët e gjakut, si enët e imëta në veshkën e mbetur, ashtu edhe enët më të mëdha, gjë që mund të çojë në infarkt kardiak ose iktus.

Obeziteti dhe diabeti

Dhuruesit që kanë obezitet (BMI ≥30 kg/m^2) përpara dhurimit kanë një rrezik pak më të lartë për të zhvilluar diabet mellitus (sëmundjen e sheqerit). Megjithatë, ecuria e peshës pas dhurimit është e pavarur si nga mosha, ashtu edhe nga pesha përpara dhurimit. Shtimi në peshë pas dhurimit mund ta rrisë lehtë tensionin e gjakut, por nuk çon medoesmos në më shumë raste të tensionit të lartë të gjakut. Obeziteti i rëndë (BMI ≥40 kg/m^2) dhe diabeti ekzistues zakonisht përbëjnë kundërindikacione për dhurimin e veshkës, pasi këto sëmundje mund të kenë ndikim negativ në veshkën e vetme (zhvillimi i proteinurisë së rritur ose përshpejtimi i përkeqësimit të funksionit të veshkës). Megjithatë, deri më tani nuk është vërtetuar një lidhje e drejtpërdrejtë ndërmjet obezitetit dhe shfaqjes së sëmundjeve kardiovaskulare pas dhurimit të veshkës. Nëse një person me obezitet ose, në raste të jashtëzakonshme, edhe me diabet mund të merret në konsideratë për dhurimin e veshkës, vlerësohet gjithmonë duke marrë parasysh situatën e përgjithshme. Kjo vlen edhe për kandidatët me rrezik të shtuar për të zhvilluar diabet.

Lodhja

Gjatë vitit të parë pas dhurimit, rreth 8% e dhuruesve raportojnë lodhje të shtuar. Në shumicën e rasteve, kjo përmirësohet me kalimin e kohës, kështu që pas pesë vjetësh vetëm 1,5% e dhuruesve ankohen ende për lodhje. Nuk është e qartë pse shfaqet kjo lodhje dhe nëse ajo lidhet vërtet drejtpërdrejt me dhurimin e veshkës.

Edhe të dhënat nga Regjistri Gjerman i Dhurimit të Veshkave (SoLKiD) tregojnë se lodhja mund të rritet fillimisht pas dhuri-

mit të veshkës, veçanërisht rraskapitjes mendore (psikike). Pas një viti, rreth 18% raportojnë lodhje të përgjithshme dhe rreth 28% rraskapitje mendore. Te një pjesë e dhuruesve, lodhja vazhdon për një kohë më të gjatë, veçanërisht te personat që ishin të stresuar ose të lodhur që përpara dhurimit.

Mirëqenia dhe shëndeti mendor pas dhurimit

Studimet tregojnë se shumica dërrmuese e dhuruesve të veshkës e konsiderojnë vendimin e tyre si të drejtë edhe në planin afatgjatë dhe nuk pendohen për dhurimin. Në një analizë të fundit të të dhënave zvicerane, 96,5% e dhuruesve deklaruan një vit pas dhurimit se do të vendosnin sërish për të dhuruar. Shumë prej tyre raportojnë edhe vite më vonë një gjendje shëndetësore të mirë deri shumë të mirë.

Është e rëndësishme të dihet se ecuria pas dhurimit të veshkës mund të ndryshojë nga një person te tjetri. Në raste të veçanta mund të shfaqet një përkeqësim i përkohshëm ose edhe afatgjatë i shëndetit fizik ose psikologjik. Shëndeti psikologjik vlerësohet më shpesh si më i keq nëse marrëdhënia emocionale me personin marrës është përkeqësuar pas dhurimit të veshkës. Edhe faktorë të tjerë, si ngarkesat psikologjike para dhurimit, mbështetja e kufizuar sociale ose komplikacionet e papritura te njëra ose te të dyja palët, mund të luajnë rol.

Edhe të dhënat nga Regjistri Gjerman i Dhurimit të Veshkave (SoLKiD) tregojnë një tablo të ngjashme. Cilësia e jetës në lidhje me shëndetin është e lartë para dhurimit dhe në përgjithësi mbetet e qëndrueshme edhe pas tij. Në të njëjtën kohë, të dhënat e mbledhura deri në 12 muaj pas dhurimit tregojnë se mund të shfaqen ndryshime të shëndetit fizik dhe psikologjik, të cilat nuk zhduken plotësisht. Në veçanti, vitaliteti i reduktuar mund të vazhdojë edhe një vit pas dhurimit. Gjithashtu, është vërejtur një shtim i rraskapitjes (rraskapitje) dhe i shqetësimeve fizike.

Nëse pas dhurimit të veshkës shfaqen probleme fizike ose psikologjike, rekomandohet të kërkohet mbështetje. Nëse është e nevojshme, qendrat e transplantimit ose SOL-DHR mund të ndërmjetësojnë ofrimin e mbështetjes përkatëse.

Brügger C, Hunkeler Z, Diebold M, et al. Early Complications in Kidney Donors and Course of Health-related Quality of Life 12 mo After Donation: An Analysis of the Swiss Organ Living-Donor Health Registry. Transplant Direct. 2024 Oct 10;10(11):e1716.

Bundesamt für Statistik. Schweizerisches Gesundheitsbefragung: Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. Bundesamt für Statistik BFS. 2023. [Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankheiten/herz-kreislauf-erkrankungen.html]. Accessed 21.07.2026.

Cazauvieilh V, Moal V, Prudhomme T, et al. Psychological Impact of Living Kidney Donation: A Systematic Review by the EAU-YAU Kidney Transplant Working Group. Transpl Int. 2023 Nov 24;36:11827.

Hadjianastassiou VG, Johnson RJ, Rudge CJ, Mamode N. 2509 living donor nephrectomies, morbidity and mortality, including the UK introduction of laparoscopic donor surgery. Am J Transplant 2007;7(11):2532-7.

Krättli J, Buess D, Diebold M, et al. Metabolic risk after living kidney donation: an analysis of the Swiss Organ Living-Donor Health Registry. Swiss Med Wkly 2025;155:4513

Lentine KL, Lam NN, Segev DL. Risks of Living Kidney Donation: Current State of Knowledge on Outcomes Important to Donors. Clin J Am Soc Nephrol. 2019;14(4):597-608.

Massey EK, Rule AD, and Matas AJ. Living Kidney Donation: A Narrative Review of Mid- and Long-term Psychosocial Outcomes. Transplantation 2025;109(2):259-272.

Matas AJ, Bartlett ST, Leichtman AB, Delmonico FL. Morbidity and mortality after living kidney donation, 1999-2001: survey of United States transplant centers. Am J Transplant 2003;3(7):830-4.

Ralph AF, Butow P, Hanson CS, et al. Donor and Recipient Views on Their Relationship in Living Kidney Donation: Thematic Synthesis of Qualitative Studies. Am J Kidney Dis. 2017 May;69(5):602-616.

Sanchez OA, Ferrara LK, Rein S, et al. Hypertension after kidney donation: Incidence, predictors, and correlates. Am J Transplant. 2018 Oct;18(10):2534-2543.

Segev DL, Muzaale AD, Caffo BS, et al. Perioperative mortality and long-term survival following live kidney donation. JAMA. 2010 Mar 10;303(10):959-66.

Soliman KM, Daoud A, Posadas Salas MA, et al. Accepting Living Kidney Donors with Preexisting Diabetes Mellitus: A Perspective on the Recent OPTN Policy Change-July 2022. Clin J Am Soc Nephrol. 2023 Jan 1;18(1):127-129.

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Suwelack B, Berger K, Wolters H, et al. SoLKiD study group. Results of the prospective multicenter SoLKiD cohort study indicate bio-psycho-social outcome risks to kidney donors 12 months after donation. Kidney Int. 2022 Mar;101(3):597-606.

Thiel GT, Nolte C, Tsinalis D, et al. Investigating kidney donation as a risk factor for hypertension and microalbuminuria: findings from the Swiss prospective follow-up of living kidney donors. BMJ Open. 2016;6(3):e010869.

Jeta e përditshme

Aktivitet fizik

Jeta sociale nuk duhet të ndikohet negativisht nga dhurimi. Rikthimi në punë është përshkruar tashmë. Aktivitetet sportive zakonisht mund të rifillojnë një deri në dy muaj pas ndërhyrjes. Aktivitetet e lehta fizike, në varësi të situatës, mund të rifillojnë edhe më herët.

Ushqyerja

Në përgjithësi rekomandohet një ushqyerje e shëndetshme dhe një mënyrë jetese aktive me aktivitet fizik të rregullt. Nuk është e nevojshme të ndiqet ndonjë dietë e veçantë. Duhet të shmanget pirja e duhanit dhe konsumimi i nikotinës.

Medikamentet

Përveç medikamenteve kundër dhimbjes që përdoren për një periudhë të shkurtër pas operacionit, dhuruesit e veshkës zakonisht nuk kanë nevojë për medikamente shtesë. Duhet treguar kujdes me medikamentet që mund të kenë efekt potencialisht dëmtues për veshkat (nefrotoksicitet). Trajtimet afatgjata me substanca të tilla duhet të shmangen; në rast dyshimi, qendra e transplantimit ose SOL-DHR mund të ofrojnë këshillim të mëtejshëm.

Këtu duhen përmendur në veçanti medikamentet antiinflamatore josteroidoide (NSAR). Këto janë medikamente me efekt antiinflamator, të cilat kanë gjithashtu efekt kundër dhimbjes. Substancat aktive në këto medikamente janë, për shembull, acidi mefenamik, ibuprofeni dhe diklofenaku (emra tregtarë si Ponstan®, Brufen®, Irfen® ose Voltaren®). Nëse merren për një kohë të gjatë, ato mund të kenë efekt dëmtues për veshkat. Prandaj, përdorimi afatgjatë i këtyre substancave duhet të shmanget, nëse është e mundur. Megjithatë, nëse funksioni i veshkës është i mirë, ato mund të merren për një periudhë të kufizuar (si rregull i përgjithshëm: jo më shumë se 5 ditë). Medikamentet kundër dhimbjes me substancat aktive paracetamol (Dafalgan®, Panadol®) ose metamizol (Novalgin®) janë të padëmshme për veshkat dhe për këtë arsye duhet të preferohen.

Shtatzënia

Shtatzënia është e mundur edhe pas dhurimit të veshkës. Megjithatë, rreziku për komplikacione gjatë shtatzënisë, si tensioni i lartë i gjakut, preeklampsia („helmimi i shtatzënisë“) ose diabeti, është disi më i lartë. Megjithatë, në përgjithësi, kjo nuk duket se çon në përkeqësimin e rezultateve të shtatzënisë (nuk ka më shumë aborte spontane ose lindje të parakohshme, vonesa në rritjen e fetusit etj.).

Gjatë shtatzënisë nuk është i mundur dhurimi i veshkës. Dëshira për të pasur një shtatzëni, në vetvete, nuk përbën arsye për përjashtim nga dhurimi i veshkës, por duhet të diskutohet. Në rast shtatzënie pas dhurimit, gjinekologu që ndjek shtatzëninë duhet patjetër të informohet për dhurimin e veshkës, në mënyrë që ekzaminimet gjatë shtatzënisë të përshtaten në mënyrë adekuate.

Garg A, Immaculate N, McArthur E, et al. Gestational hypertension and preeclampsia in living kidney donors. NEJM 2015 ; 372(2):124-133.

Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS, et al. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. Transplantation 2017;101(8S Suppl 1):S1-S109.

Matas AJ, Rule AD. Long-term Medical Outcomes of Living Kidney Donors. Mayo Clin Proc 2022; 97(11):2107-2122.

Pippias M, Skinner L, Noordzij M, et al. Pregnancy after living kidney donation, a systematic review of the available evidence, and a review of the current guidance. Am J Transplant 2022; 22(10):2360-2380.

Kontrollet afatgjata të dhuruesve të gjallë

Sipas Ligjit zviceran „Për transplantimin", dhuruesit e organeve kanë të drejtë për kontrolle të përjetshme pas dhurimit. Duke filluar nga kontrolli i parë vjetor, ndjekja mjekësore organizohet nga SOL-DHR.

Qëllimet e kontrolleve pas dhurimit

Kontrollet pas dhurimit synojnë të sigurojnë që shëndeti i dhuruesve të mos ndikohet negativisht nga dhurimi i veshkës. Vetëm në këtë mënyrë mund të justifikohet dhurimi nga një dhurues i gjallë. Kontrollet kryhen në intervale të rregullta për të zbuluar në një fazë të hershme problemet e mundshme, veçanërisht nëse ato lidhen me dhurimin e organit.

Qëllimet:

- Zbulimi i hershëm i problemeve shëndetësore pas dhurimit
- Njoftimi i dhuruesve dhe i mjekëve trajtues në rast të konstatimit të anomalive dhe dhënia e rekomandimeve për trajtim
- Kontrolli i ecurisë së gjendjes shëndetësore
- Vlerësimi i të dhënave afatgjata për përmirësimin e procesit të dhurimit nga dhurues të gjallë, veçanërisht për informimin mbi rreziqet e mundshme

Regjistri Zviceran i Shëndetit të Dhuruesve të Gjallë (SOL-DHR)

Sot, SOL-DHR është një regjistër kombëtar për ndjekjen mjekësore të personave që, gjatë jetës së tyre, kanë dhuruar në Zvicër një veshkë ose një pjesë të mëlçisë dhe vepron me mandat të Konfederatës. Selia e tij vazhdon të jetë në Bazel dhe ai kujdeset për dhuruesit e gjallë të organeve nga të gjashtë qendrat e transplantimit në Zvicër. Në fillim regjistroheshin vetëm dhuruesit e gjallë të veshkës; që nga viti 2008 në regjistër përfshihen edhe dhuruesit e gjallë të mëlçisë. Në fund të vitit 2025, regjistri përfshinte 2988 dhurues të gjallë të veshkës dhe 78 dhurues të gjallë të mëlçisë.

Përveç organizimit të kontrolleve pas dhurimit dhe vlerësimit të të dhënave afatgjata, SOL-DHR shërben gjithashtu si pikë kontakti për dhuruesit. Edhe personat që janë ende në procesin e vlerësimit për dhurim mund t'i drejtohen në çdo kohë SOL-DHR me pyetjet e tyre.

Dhuruesit e veshkës duhet të japin pëlqimin me shkrim për t'u përfshirë në SOL-DHR. Pëlqimi merret nga qendrat e transplantimit dhe i përcillet SOL-DHR. Gjatë përfshirjes në regjistrin kombëtar dokumentohet nëse është dhënë pëlqimi për përdorimin e të dhënave personale për qëllime shkencore. Të dhënat trajtohen në mënyrë plotësisht konfidenciale dhe analizohen vetëm në formë të anonimizuar. Identifikimi i të dhënave personale dhe shëndetësore në publikime nuk është i mundur. Analiza e të dhënave është një burim i rëndësishëm informacioni për këshillimin e dhuruesve të ardhshëm, për qendrat e transplantimit ose për Zyrën Federale të Shëndetit Publik (BAG).

Ecuria e kontrolleve pas dhurimit

Ekzaminimet e ndjekjes mjekësore kryhen në intervale të përcaktuara: Një, tre, pesë, shtatë dhe dhjetë vjet pas dhurimit, më pas çdo dy vjet gjatë gjithë jetës (Figura 12) Dhuruesit marrin me postë një pako me një shkresë informuese, një formular për ekzaminimin mjekësor, si dhe materialet për analizat e gjakut dhe të urinës. Çdo pesë vjet dërgohet edhe një pyetësor për

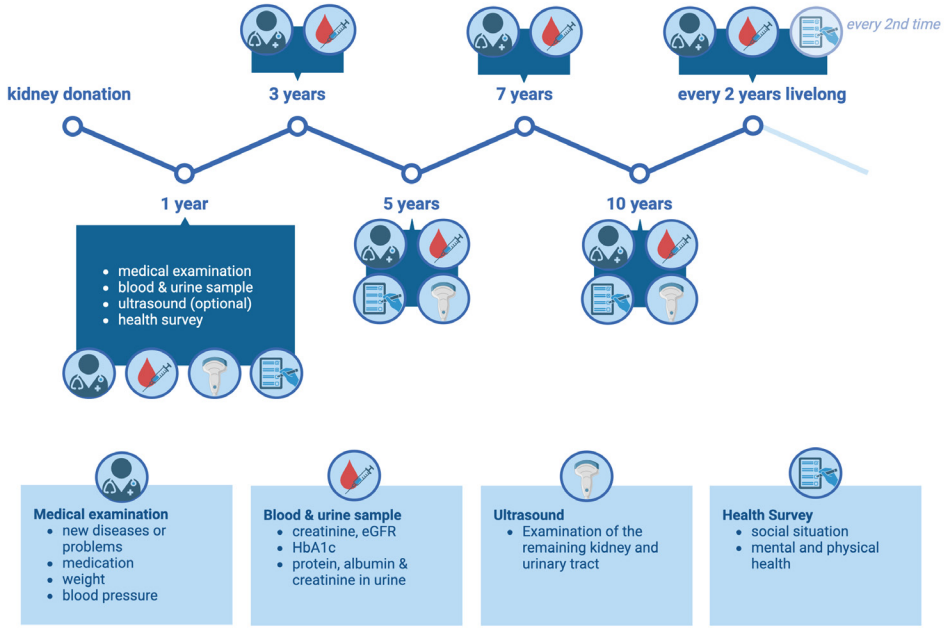


Figura 12: Ecuria e kontrolleve pas dhurimit nga Regjistri Zviceran i Shëndetit të Dhuruesve të Gjallë (SOL-DHR)..
Created in BioRender. Hirt, P. (2026) https://BioRender.com/vdxxm1l

shëndetin fizik dhe psikologjik.

Qoftë në klinikën e mjekut të familjes, te specialistët me praktikë private apo në qendrën e transplantimit, çdo dhurues organi mund të vendosë vetë se ku dëshiron ta kryejë kontrollin pas dhurimit. Regjistrohen informacione për gjendjen shëndetësore dhe medikamentet, si dhe matet tensioni i gjakut dhe pesha. Me anë të analizës së gjakut monitorohen funksioni i veshkës dhe vlera afatgjatë e sheqerit në gjak (HbA1c), ndërsa në urinë kontrollohet nëse ka humbje jonormale të proteinave (proteinuri dhe albuminuri). Gjatë kontrollit të parë vjetor, si dhe gjatë kontrolleve 5 dhe 10 vjet pas dhurimit, mund të kryhet gjithashtu një ekografi e veshkës së mbetur.

Që nga themelimi i regjistrit, analizat e gjakut dhe të urinës kryhen në laboratorin Viollier. Rezultatet i dërgohen SOL-DHR dhe krahasohen me rezultatet e mëparshme. Vlerësohen funksioni i veshkës dhe problemet e mundshme që janë shfaqur që nga dhurimi. Pas çdo kontrolli, dhuruesit marrin një përgjigje me shkrim. Nëse konstatohen anomali, jepen sugjerime për masat e mundshme dhe informohet mjeku trajtues.

Ekzaminimet e ndjekjes mjekësore janë falas dhe nuk aplikohet asnjë pjesëmarrje në shpenzime (shih gjithashtu kapitullin „Aspektet financiare“). Edhe dhuruesit që jetojnë jashtë vendit mund të marrin pjesë falas në kontrollet pas dhurimit.

Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz): SR 810.21; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/de].

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Thiel GT, Nolte C, Tsinalis D. Prospective Swiss cohort study of living-kidney donors: study protocol. BMJ Open 2011;1(2):e000202.

Rezultatet te marrësit

Për shumë marrës, transplantimi i veshkës ka përparësi të qarta krahasuar me dializën: jetëgjatësia shpesh është më e lartë dhe shfaqen më pak sëmundje kardiovaskulare dhe komplikime të dializës. Përveç kësaj, cilësia e jetës zakonisht vlerësohet më e lartë. Edhe nga pikëpamja ekonomike, transplantimi i veshkës është më i favorshëm, pasi në planin afatgjatë shkakton më pak shpenzime shëndetësore sesa dializa.

Në një studim finlandez u analizuan kostot e metodave të ndryshme të terapisë zëvendësuese të veshkave gjatë vitit të parë dhe viteve pasuese te 214 pacientë (Figura 13). Rezultatet treguan se gjatë vitit të parë të trajtimit, hemodializa shkakton kostot më të larta dhe CAPD (termi i përdorur në studim për dializën peritoneale) kosto disi më të ulëta, ndërsa transplantimi i veshkës, pavarësisht kostove më të larta fillestare gjatë gjashtë muajve të parë, që në vitin e parë përbën alternativën më ekonomike të trajtimit.

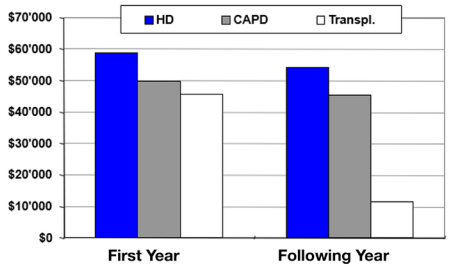


Figura 13: Krahasimi i kostove vjetore të metodave të dializës dhe transplantimit të veshkës.
Salonen T, Reina T, Oksa H, et al. Cost analysis of renal replacement therapies in Finland. Am J Kidney Dis 2003; 42(6):1228-38.

Dhurimi i veshkës nga një dhurues i gjallë ofron përparësi të tjera krahasuar me dhurimin nga një person i vdekur. Koha e pritjes dhe, rrjedhimisht, koha e kaluar në dializë është dukshëm më e shkurtër dhe transplantimi mund të planifikohet. Falë kësaj mundësie planifikimi, në rastin ideal transplantimi i veshkës mund të kryhet madje përpara se të bëhet e nevojshme dializa; në këtë rast flitet për një transplantim „preemptiv". Në këtë mënyrë parandalohen komplikimet e shkaktuara nga dializa. Përveç kësaj, dhurimi dhe transplantimi kryhen pothuajse në të njëjtën kohë, kështu që veshka qëndron jashtë trupit pa furnizim me gjak vetëm për një kohë të shkurtër. Në këtë mënyrë ruhet në mënyrë optimale cilësia e organit dhe minimizohen dëmtimet e mundshme. Këta faktorë bëjnë që në rastin e dhurimit të veshkës nga një dhurues i gjallë, si mbijetesa e transplantit (sa gjatë vazhdon të funksionojë mjaftueshëm mirë veshka e dhuruar), ashtu edhe mbijetesa e pacientëve të jenë më të mira (Figura 14).

Përparësitë e dhurimit nga një dhurues i gjallë:

- Kohë më e shkurtër pritjeje ose aspak kohë pritjeje në dializë
- Operacion i planifikuar me përgatitje optimale të dhuruesit dhe marrësit
- Cilësi më e mirë e organit dhe mbijetesë më e gjatë e transplantit
- Përfitim afatgjatë për mbijetesën

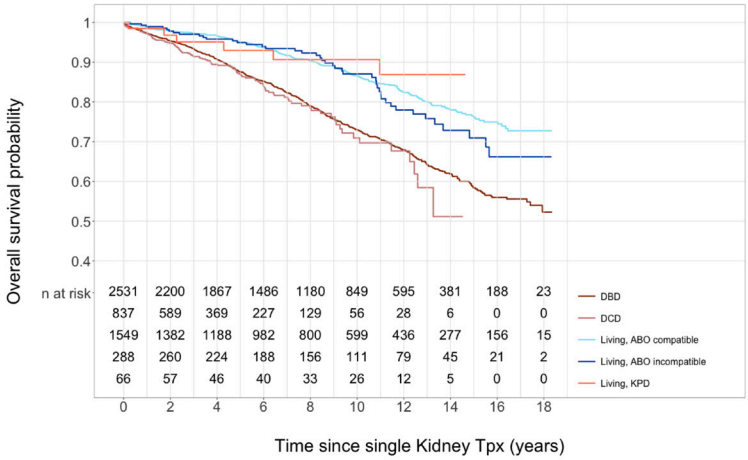


Figura 14: Kurbat e mbijetesës pas llojeve të ndryshme të dhurimit të veshkës. Kurbat tregojnë përfitimin në mbijetesë në rastin e dhurimit nga një dhurues i gjallë (AB0-kompatibël me ngjyrë blu të çelët, AB0-jokompatibël me ngjyrë blu të errët dhe dhurimi i kryqëzuar me ngjyrë portokalli) krahasuar me dhurimin e veshkës nga dhurues të vdekur (vijat ngjyrë kafe).
Branca-Dragan S, Rick J, Mellac K, et al. Swiss Transplant Cohort Study Report. Swiss Transplant Cohort Study. 2026. [Available from: https://www.stcs.ch/publications].

Axelrod DA, Schnitzler MA, Xiao H, et al. An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. Am J Transplant. 2018 May;18(5):1168-1176.

Fu R, Sekercioglu N, Berta W, Coyte PC. Cost-effectiveness of Deceased-donor Renal Transplant Versus Dialysis to Treat End-stage Renal Disease: A Systematic Review. Transplant Direct 2020;6(2):e522.

Hariharan S, Israni AK, Danovitch G. Long-Term Survival after Kidney Transplantation. N Engl J Med 2021;385(8):729-743.

Murray J, Luke A, Wallace D, et al. Comparison of outcomes after living and deceased donor kidney transplantation: UK national cohort study. Br J Surg. 2025 Aug 1;112(8):znaf162.

Salonen T, Reina T, Oksa H, et al. Cost analysis of renal replacement therapies in Finland. Am J Kidney Dis 2003; 42(6):1228-38.

Tonelli M, Wiebe N, Knoll G, et al. Systematic review: kidney transplantation compared with dialysis in clinically relevant outcomes. Am J Transplant 2011;11(10):2093-109.

Wehmeier C, Georgalis A, Hirt-Minkowski P, et al. 2222 kidney transplantations at the University Hospital Basel: a story of success and new challenges. Swiss Med Wkly 2016;146:w14317.

Aspektet financiare

Ligji për transplantimin përcakton se dhuruesit nuk duhet të kenë as humbje financiare dhe as përfitim financiar nga dhurimi i veshkës. Ai përcakton gjithashtu se të gjitha kostot që lidhen me dhurimin duhet të mbulohen nga sigurimi shëndetësor i marrësit. Në rastin e fëmijëve, përkatësisht të të rinjve deri në mbushjen e vitit të 20-të të jetës, në rast të defekteve të lindura, përgjegjëse për mbulimin e kostove mund të jetë edhe Sigurimi i Invaliditetit (IV). Sigurimi shëndetësor i dhuruesve nuk ngarkohet me asnjë kosto.

Cilat kosto mbulohen?

Para dhurimit:

- Të gjitha faturat ambulatore dhe spitalore që lidhen me vlerësimet

Gjatë qëndrimit në spital për dhurimin:

- Kostot e spitalit
- Humbja e të ardhurave nga puna
- Shpenzimet e udhëtimit që lindin për shkak të qëndrimit në spital (Rregullorja Zvicerane për Transplantimin, neni 12)

Pas dhurimit:

- Kostot e kontrolleve në qendrën e transplantimit
- Kontrollet e përjetshme pas dhurimit, të organizuara nga SOL-DHR
- Humbja e të ardhurave gjatë periudhës së paaftësisë për punë
- Kostot e trajtimit të komplikimeve që kanë një lidhje të qartë me dhurimin e organit (p.sh. operacioni i një hernieje të cikatrices)

Ka disa lloje kostosh që nuk janë të rregulluara qartë dhe duhet të sqarohen paraprakisht me sigurimin shëndetësor.

Pavarësisht rregullimit ligjor, ndonjëherë mund të ketë probleme ose raste të veçanta. Qendrat e transplantimit ose SOL-DHR mund të ofrojnë këshillim dhe mbështetje për këto çështje. Çështjet ose shqetësimet financiare duhet të diskutohen në një fazë të hershme. Për të shmangur problemet, është e rëndësishme që kostot e vlerësimeve mjekësore t'i raportohen që në fillim sigurimit shëndetësor të marrësit.



Këtu përfshihen:

- Shpenzimet e udhëtimit ose humbja e të ardhurave gjatë vlerësimeve
- Shpenzimet e udhëtimit ose humbja e të ardhurave në kuadër të kontrolleve pas dhurimit
- Mbështetja e përkohshme në shtëpi pas dhurimit (nëse nevojitet)

Kujdes: Mbulohen vetëm kontrollet pas dhurimit që organizohen nga SOL-DHR brenda një afati kohor të përcaktuar qartë. Kjo vlen edhe për analizat laboratorike. Ekzaminimet shtesë që nuk kanë lidhje me dhurimin e veshkës (p.sh. vlerat e yndyrave në gjak) nuk mbulohen.

Si bëhet mbulimi i kostove?

Qendra e transplantimit ia dërgon faturat për vlerësimet, dhurimin dhe kontrollet e menjëhershme pas dhurimit drejtpërdrejt sigurimit shëndetësor të marrësit. Nëse disa vlerësime kryhen diku tjetër (p.sh. te mjeku i familjes), mënyra e faturimit duhet të sqarohet paraprakisht.

Kontrollet e përjetshme pas dhurimit fi-

nancohen nëpërmjet një pagese paushall nga sigurimi shëndetësor i marrësit në momentin e dhurimit, si dhe nga Konfederata. Në këtë mënyrë, mbulimi i kostove garantohet edhe nëse marrësi më vonë ndërron sigurimin shëndetësor ose ndërron jetë. Pagesa paushall jepet nëse dhuruesi përfiton nga ndjekja mjekësore nëpërmjet SOL-DHR. Nëse personi nuk dëshiron të regjistrohet në SOL-DHR, duhet t'i drejtohet drejtpërdrejt sigurimit shëndetësor të marrësit. Në këtë proces, qendra e transplantimit duhet t'i mbështesë dhuruesit sa më shumë të jetë e mundur. Megjithatë, është e rëndësishme të dihet se kjo mënyrë mund të jetë më e ndërlikuar.

Faturat e kontrolleve pas dhurimit duhet t'i dërgohen drejtpërdrejt SOL-DHR. Edhe fatura e laboratorit i dërgohet drejtpërdrejt SOL-DHR.

Nëse me sigurimin është rënë dakord për rimbursimin e shpenzimeve të udhëtimit, është e rëndësishme të sqarohet mënyra se si bëhet pagesa: Shumë sigurime ia paguajnë këtë shumë marrësit, i cili më pas duhet t'ia përcjellë dhuruesit.

Si bëhet mbulimi i kostove në rastin e dhurimeve të padrejtuara të veshkës ose të dhurimit të kryqëzuar nga dhurues të gjallë?

Për dhurimet e padrejtuara të organeve zbatohen të njëjtat rregulla si për dhurimet e drejtuara, megjithatë kostot e krijuara nga vlerësimet rimbursohen vetëm pasi të jetë kryer transplantimi. E njëjta gjë vlen edhe për humbjen e të ardhurave nga puna. Për këtë arsye, mund të ketë një vonesë ndërmjet krijimit të kostove dhe rimbursimit të tyre nga sigurimi. Nëse transplantimi nuk kryhet, kostot e krijuara mbulohen ose nga sigurimi i marrësit ose nga Konfederata.

Në rastin e dhurimeve të kryqëzuara nga dhurues të gjallë, kostot e krijuara mbulohen nga sigurimi i personit që formon një çift të papajtueshëm me dhuruesin (pra personi i afërt me të).

Si bëhet kompensimi për humbjen e të ardhurave nga puna?

Kostot për humbjen e të ardhurave nga puna mbulohen nga sigurimi shëndetësor i marrësit. Kompensimi bëhet për humbjen e të ardhurave që lidhet me dhurimin, si gjatë vlerësimeve mjekësore para dhurimit, ashtu edhe pas dhurimit të veshkës. Për kryerjen e pagesës, sigurimit i nevojitet një dokument zyrtar (p.sh. një raport mjekësor).

Shumica e punëdhënësve e mbështesin dhurimin e organeve. Megjithatë, ata nuk kanë detyrim ta lirojnë nga puna personin dhurues për këtë qëllim. Ka dy mundësi:

- Lirimi nga puna: Punëdhënësi vazhdon pagesën e pagës njësoj si në rastin e mungesës për shkak të sëmundjes dhe kostot (paga dhe kostot shtesë të pagës) i rimbursohen nga sigurimi shëndetësor i marrësit.
- Pa lirim nga puna: Për dhurimin merret leje pa pagesë. Personi i prekur e merr pagën e humbur drejtpërdrejt nga sigurimi shëndetësor i marrësit.

Në rastin e personave të vetëpunësuar, humbja e të ardhurave llogaritet në bazë të deklaratës së fundit tatimore, pavarësisht nëse ekziston apo jo një sigurim për kompensimin ditor. Sigurimi shëndetësor i marrësit vë në dispozicion formularin përkatës dhe një listë të dokumenteve të nevojshme. Qendrat e transplantimit ofrojnë me kënaqësi këshillim dhe mbështetje për këtë proces.

Dhuruesit e gjallë nga jashtë vendit – çfarë duhet pasur parasysh?

Në parim, për dhuruesit nga jashtë vendit vlejnë të njëjtat kushte si për personat me vendbanim në Zvicër. Megjithatë, disa aspekte mund të jenë më komplekse dhe më të vështira për t'u verifikuar jashtë vendit.

Kur dhuruesit vijnë nga jashtë vendit, shpenzimet e udhëtimit shpesh përbëjnë një çështje të rëndësishme. Kjo çështje duhet patjetër të sqarohet me sigurimin përpara se të rezervohet udhëtimi. Duhet të diskutohet se sa udhëtime janë të nevojshme (ekzaminimet, dhurimi, kontrollet pas dhurimit) dhe sa do të jenë kostot përkatëse. Qendrat e transplantimit mund të ofrojnë mbështetje për këtë çështje.

Jo të gjitha sigurimet janë të gatshme të kryejnë pagesa jashtë vendit. Në këtë rast, kompensimi i transferohet marrësit, i cili më pas duhet t'ia përcjellë shumën dhuruesit.

Në fillim të vlerësimeve mjekësore për një dhurim të mundshëm të veshkës nga një dhurues i gjallë, ekzaminimet e para mund të organizohen pranë vendbanimit të dhuruesit. Nëse rezultatet tregojnë se personi është i përshtatshëm për dhurim, më pas ai ftohet për ekzaminime të mëtejshme në qendrën e transplantimit.

Edhe personat që jetojnë jashtë vendit mund të marrin pjesë në ndjekjen mjekësore të organizuar nga SOL-DHR. Ftesa për kontroll dërgohet jashtë vendit dhe kontrolli mund të kryhet pranë vendbanimit. Fatkeqësisht, materialet për marrjen e gjakut dhe analizën e urinës nuk mund të dërgohen jashtë vendit, por në shkresë përcaktohet se cilat vlera duhet të maten. Gjithashtu shpjegohet se si duhet të faturohen kostot. SOL-DHR mbulon fatura deri në 220 CHF për çdo kontroll (gjendja në vitin 2026).

Mirëpo, të dhënat aktuale tregojnë se probabiliteti i ndërprerjes së ndjekjes mjekësore gjatë viteve pas dhurimit të veshkës nga një dhurues i gjallë është më i lartë te dhuruesit e gjallë që banojnë jashtë vendit sesa te personat me vendbanim në Zvicër. Arsyet e mundshme për këtë janë vështirësia për të kontaktuar dhuruesit e organeve, barrierat gjuhësore, si dhe dallimet ndërmjet sistemeve përkatëse shëndetësore dhe strukturave të kujdesit shëndetësor. Këto rrethana përbëjnë rrezik për mbrojtjen e domosdoshme të personit dhurues, pasi rrisin mundësinë që sëmundjet në fazë fillestare ose ato që po zhvillohen të mos zbulohen në kohë dhe të mos trajtohen në mënyrën e duhur. Këto konstatime mund të bëjnë që qendrat e transplantimit të tregojnë më shumë rezervë ndaj dhuruesve të gjallë nga jashtë vendit.

Çfarë ndodh në rast komplikimesh?

Qendrat e transplantimit janë të detyruara të lidhin për dhuruesit një sigurim për një periudhë prej 12 muajsh nga momenti i marrjes së organit (për rast vdekjeje dhe invaliditeti që ndodhin si pasojë e marrjes së organit).

Kostot e shkaktuara nga komplikacionet e hershme që lidhen qartë me dhurimin mbulohen nga sigurimi i marrësit. Edhe në rastin e komplikacioneve afatgjata që kanë lidhje të qartë me dhurimin e organit (p.sh. hernia e cikatrices), kostot mbulohen në këtë mënyrë.

Në rastin e pasojave që nuk kanë një lidhje të qartë me dhurimin (p.sh. zhvillimi i tensionit të lartë të gjakut pas disa vjetësh), trajtimi mbulohet nga sigurimi shëndetësor i vetë dhuruesit.

A mund të lidhë një dhurues i gjallë organi një sigurim të ri?

Dhuruesit e gjallë të organeve nuk duhet të diskriminohen gjatë lidhjes së një sigurimi të ri (sigurime shëndetësore shtesë, sigurim jete etj.). Megjithatë, fatkeqësisht, vazhdon të ketë raste me diskutime të vështira. Kompanitë e sigurimeve shëndetësore kanë të drejtën ligjore të refuzojnë sigurimet shtesë dhe mund t'i përcaktojnë vetë kriteret për këtë. Prandaj, rekomandohet që sigurimet e reja të lidhen përpara dhurimit. Kjo nuk vlen për sigurimin bazë shëndetësor, pasi për të ekziston detyrimi për pranimin e të siguruarit.

Federal Act on the Transplantation of Organs, Tissues and Cells (Transplantation Act) [Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz)]: SR 810.21; 2004 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/279/en].

Steiger J, Bally Ch, Banz V, et al. Medizin-ethische Richtlinien: Lebendspende von soliden Organen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. 2023. [Available from: https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html]. Accessed 07.08.2025.

Verordnung über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung): SR 810.211; 2007 [Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2007/280/de].

Legal notice

Publisher

Swiss Organ Living-Donor Health Registry SOL-DHR / SNO
Basel University Hospital
Klingelbergstrasse 23
4031 Basel
Tel. +41 61 265 44 23
www.sol-dhr.ch
sol-dhr@usb.ch

2026, 5th completely revised edition

In collaboration with all Swiss transplant centers

Editors

Prof. Dr. med. Patricia Hirt-Minkowski

Dr. med. Marie Flohr

Authors

Prof. Dr. med. Patricia Hirt-Minkowski, SOL-DHR Medical Director, Senior Physician, Department of Transplantation Immunology and Nephrology, Basel University Hospital

Dr. med. Marie Flohr, resident SOL-DHR

Lene Kraft, SOL-DHR Administrative Director

Prof. Dr. med. Jürg Steiger, SNO Foundation Board Chairman, former Head of Department of Transplantation Immunology and Nephrology, Basel University Hospital

Irene Geiger, lic phil, SOL-DHR psychology staff member

Caroline Stade, Nursing Director / GL UKBB member, kidney donor

Dr. med. Nicole Ebinger, Senior Physician in Urology, Basel University Hospital

Prof. Dr. med. Thomas Wolff, Deputy Head of Department of Vascular and Transplantation Surgery, Basel University Hospital

PD Dr. med. Tobias Zingg, Acting Head of Department, Department of Abdominal and Transplantation Surgery, Lausanne University Hospital (CHUV)

Dr. med. Alexander Ritter, Senior Physician, Nephrology and Transplantation Medicine, HOCH Health Eastern Switzerland, St. Gallen Cantonal Hospital

Wolfgang Ender, Transplantation Coordination Team Manager, Eastern Switzerland Organ Donation Network

Dr. med. Isabelle Binet, former Head of Department of Nephrology and Transplantation Medicine, HOCH Health Eastern Switzerland, St. Gallen Cantonal Hospital (until end of 2025)

Dr. med. Aurelia Schnyder, Director and Co-Owner of ViviRenes AG, Nephrology Clinic & Dialysis, Winterthur

Dr. med. Stefan Flury, Senior Physician in Nephrology, Frauenfeld Cantonal Hospital

Dr. med. Kerstin Hübel, Senior Physician, Department of Nephrology and Department of Abdominal and Transplantation Surgery, Zurich University Hospital

Dr. med. Lukas Gerber, Senior Physician in Nephrology, Aargau Cantonal Hospital

Design

Dr. med. Marie Flohr

Translation

Gilles Bolliger, Traduction (french)

ITSA Inter-Translations SA (english, italian, turkish, albanian, serbian)

Printing

HALLER + JENZER AG



SOL-DHR

Swiss Organ Living-Donor
Health Registry