

## Tumorile gastrice benigne

După potențialul de invazie locală și capacitatea de a metastaza se clasifică în:

- benigne
- maligne

Tumorile benigne, după origine se împart în:

- epiteliale
  - protruzive (polipi)
  - plane
- nonepiteliale (submucoase)

Polipii pot fi:

- adenom
- adenocarcinom (vezi tumorile maligne)
- carcinoid (vezi tumorile maligne)
- hamartom

2. nonneoplazici (80-90% din totalul polipilor gastrici):

- cu origine în epiteliu (40% din tumorile benigne gastrice): hiperplazici, glandulochistici (ai glandelor fundice), polipi asociați sdr. Peutz-Jeghers (PJ), sdr. Cronkhite-Canada și polipozei juvenile
- cu origine submucoasă: leiomiom, adenomiom, lipom, pancreas ectopic

Polipii mici sunt asimptomatici, fiind descoperiți întâmplător, cu ocazia unei endoscopii sau a unui tranzit esogastroduodenal. Rar, mai ales cei de mari dimensiuni, se pot manifesta prin sângerare, anemie feriprivă, durere sau disconfort abdominal și fenomene ocluzive.

**Adenomul gastric** poate fi protruziv (polip în 25-40% din cazuri) sau neprotruziv (plan, în 60-75% din cazuri). Se consideră protruziv atunci când, la examenul adenomatos reprezintă 5-10% din totalul polipilor gastrici. De obicei este univ, situat în antru, sesil, mai mic de 20 mm, și are histologie vilooasă, iar mucoasa înconjurătoare este frecvent atrofică. Are risc de transformare în adenocarcinom (10%), cu atât mai mare cu cât polipul adenomatos are:

- dimensiunea peste 20 mm
- histologia vilooasă sau tubulovilooasă
- eroziuni sau ulcerații la suprafață

**Atitudine practică.** Diagnosticul se face prin examen histologic. Șansa depistării adenoamelor plane (leziunile plane au importanță mai mare în apariția

adenocarcinomului gastric decât a celui colonic) crește dacă, în caz de suspiciune, se utilizează cromoendoscopia. Existența unui risc de evoluție către adenocarcinom impune exereza adenoamelor. Biopsiile luate din adenom pot scăpa un focar de adenocarcinom coexistent, de aceea, după rezecție, întreaga piesă trebuie analizată histologic. Utilizarea cromoendoscopiei, a ecoendoscopiei și observarea lipsei de decolare a mucoasei după injectarea de ser fiziologic în submucoasă pot atrage atenția asupra existenței unui adenom transformat în adenocarcinom. Tehnicile endoscopice (polipectomia, mucosectomia) trebuie privilegiate, exereza chirurgicală fiind rezervată cazurilor inaccesibile rezecției endoscopice. Testarea pentru H. Pylori este indicată, căci eradicarea bacteriei reduce riscul de degenerare și de recidivă după exereză. Se recomandă supravegherea endoscopică la 1 an și apoi la fiecare 3 ani după rezecție, întrucât riscul de cancer gastric este mai mare ca în populația martor.

**Polipii hiperplazici** reprezintă între 30-90% dintre polipii gastrici. Variaza ca localizare și număr. Frecvent au sub 20 mm. Nu au potențial malign, dar în polipii mai mari de 5 mm pot coexista focare de adenom sau adenocarcinom. Frecvent se asociază cu gastrită antrală și/sau fundică, atrofică sau neatrofică. Diagnosticul se face prin examenul histologic al fragmentului biptic, recoltat în cursul endoscopiei.

**Atitudinea practică.** Polipii hiperplazici peste 5 mm vor fi rezecați endoscopic. În cazul coexistenței gastritei fundice atrofice (leziune cu potențial premalign) se va face doar dacă există gastrită fundică atrofică.

**Polipii glandelor fundice (glandulochistici)** sunt unici sau multipli (zeci-sute), localizați exclusiv la nivelul regiunii fundice, de dimensiuni infracentimetrice. Conțin glande fundice dilatate și celule foveolare. Apar sporadic sau asociați sdr. PJ și polipozei adenomatoase familiale (PAF). Prezența lor este invers legată de prezența H. pylori: tind să dispară când se produce infecția. Diagnosticul este sugerat de aspectul endoscopic și de tendința polipilor de a se detașa atunci când sunt apucați cu pensa. Nu au potențial malign.

**Atitudine practică.** Nu necesită exereză sau supraveghere. Se indică efectuarea unei colonoscopii pentru excluderea unui sdr. polipozic.

**Mucocelul sau chistul intramucos** se formează prin obstrucția glandelor secretoare de mucus. Nu au potențial malign. Diagnosticul este histologic.

**Atitudine practică.** Puncționare endoscopică și prelevare de material pentru examenul histologic.

Polipii nonneoplazici cu origine submucoasă au uneori un aspect ușor de recunoscut endoscopic, dar alteleori nu pot fi diferențiați. Fiind situați profund, sunt greu accesibili biopsiei endoscopice standard. O contribuție importantă la diagnostic îl joacă ecoendoscopia care poate preciza cărui strat al peretelui gastric aparțin, raporturile lor cu vasele sanguine și permite ghidarea puncției aspirative cu ac fin, care asigură materialul pentru diagnosticul endoscopic.

**Carcinoidul** reprezintă (1-2%) din polipii gastrici. De obicei este unic, sesil, cu o ulceratie/depresiune centrală, înconjurat de mucoasă de aspect normal. Este alcătuit din celule enterochromaffin-like. Când carcinoidul este multiplu, proliferarea lor se poate datora unei hipergastrinemii de origine autoimună (gastrită fundică atrofică) sau tumorală (sdr. Zollinger-Ellison (ZE) sau MEN I). Rar sunt simptomatice, dar când dimensiunea lor depășește 20 mm (cazul celor din ZE sau MEN I) pot da un sindrom carcinoid (atacuri de vasodilatație facială, crampe abdominale, diaree motorie, bronhospasm) și au un risc crescut de a metastaza în ficat. Diagnosticul este sugerat de clinică și necesită confirmare histologică pe fragmentul obținut prin biopsie endoscopică, prin puncție aspirativă ghidată ecoendoscopic sau pe cale chirurgicală.

**Atitudine practică.** Bilanț de extensie în profunzime (ecoendoscopie) și la distanță (ecoendoscopie, tomografie computerizată). Când potențialul malign al tumorii este apreciat ca fiind mic (carcinoid apărut în cadrul gastritei atrofice fundice, tumoră mai mică de 20 mm), dat fiind evoluția lentă și riscul redus de a influența speranța de viață, se recomandă supraveghere endoscopică la pacienții peste 70 de ani și exereză endoscopică sau chirurgicală la cei mai tineri. Tumorile cu potențial malign crescut sunt discutate în cadrul secțiunii de tumori maligne.

**Polipii fibroinflamatori** reprezintă 3% din polipii gastrici. De obicei sesili, situați în antru sau prepiloric, sunt acoperiți de mucoasă normală sau erodată. Nu au potențial malign dar pot provoca ocluzie când au dimensiuni mari.

**Atitudine practică.** Când au dimensiuni mari sau când sunt simptomatice se recomandă rezecția lor, de obicei chirurgicală.

**Leiomiomul** este cea mai frecventă tumoră submucoasă din stomac. Are dimensiuni mici (< 10-20 mm) și o depresiune/ulcerație centrală. Este descoperit endoscopic întâmplător, fiind asimptomatic, dar uneori poate fi cauza unei hemoragii digestive importante. Ecoendoscopia poate fi utilă, uneori în a-l diferenția de leiomiosarcom care are caractere maligne. Multe tumori mezenchimale considerate inițial ca leiomiome (sau leiomiosarcoame) sunt reclassificate astăzi ca tumori stromale (GIST) cu origine în celulele Cajal.

**Atitudine practică:** excizie chirurgicală atunci când este simptomatic.

**Adenomiomul** se prezintă ca un polip sesil de 10-20 mm, format din țesut ductal pancreatic și fibre musculare netede. Dacă nu conține țesut pancreatic se numește **hamartom**. Apare în polipoza juvenilă și sdr. PJ.

**Lipomul** este o tumoră rară, uneori ușor de recunoscut datorită culorii gălbui, dimensiunilor mari și consistenței gelatinoase la atingerea cu pensa. Alteori numai ecoendoscopia și puncția aspirativă îl pot deosebi de GIST.

**Atitudine practică:** rezecția chirurgicală este indicată pentru formațiunile care produc simptomatologie sau pentru diagnostic.

**Pancreasul ectopic** este o formațiune polipoidă sesilă, ombilicată central (uneori se poate observa și un orificiu ductal), localizată mai frecvent în stomacul distal, pe marea curbură. Diagnosticul este histologic.

**Atitudine practică.** Tumorile asimptomatice nu necesită tratament. Numai excizia chirurgicală completă este adecvată în caz de hemoragie sau de obstrucție pilorică.

**Chistele de duplicare** sunt leziuni congenitale care au un perete comun cu stomacul dar nu comunică cu lumenul. Se măresc ca urmare a acumulării de secreții și pot fenomene compresive pe lumenul digestiv. Diagnosticul se face prin ecoendoscopie.

**Atitudine practică:** puncție ghidată ecoendoscopic sau excizie chirurgicală.

**Tumorile gastrointestinale stromale (GIST):** vezi secțiunea de tumori maligne.