

I polipi dello stomaco. Contributo clinico-casistico

F. RAMINI
L. SCOTINI

P. ROSA

V. LEONE
A. BELLUCCI

Gastric polyps. Clinical contribution.

The Authors describe their experience on the management of gastric polyps. On the basis of the literature on the subject, clinical aspects of the disease are then discussed.

Key words: Gastric polyps - Management.

Parole-chiave: Polipi gastrici - Condotta terapeutica.

Premessa

I polipi gastrici, per quanto poco frequenti, rappresentano ormai un'entità nosologica ben delineata dal punto di vista clinico; incertezze e contrasti permangono invece circa l'inquadramento, la classificazione e il potenziale evolutivo di queste lesioni, nonché sulla condotta terapeutica da adottare.

Tali incertezze, che secondo noi trovano la loro ragion d'essere sia nella mancanza di univoci parametri di riferimento sia, più spesso, nella interpretazione soggettiva del reperto istologico, sono confermate dalle sempre più frequenti discussioni sull'argomento, nelle quali assume crescente interesse il problema dei rapporti tra poliposi e cancro gastrico; non vi è dubbio infatti che la trasformazione maligna rappresenti la complicanza più frequente e più temibile dei polipi gastrici, tanto da condizionare fortemente il giudizio clinico e la tattica terapeutica.

Da quanto sopra esposto è facile intuire come la già vasta problematica di questo importante capitolo della patologia dell'apparato digerente sia ben lungi dall'essere risolta, anzi offra nuovi spunti per alcune considerazioni di ordine clinico e terapeutico; pertanto ci è sembrato opportuno riferire la nostra esperienza su tale argomento.

OSPEDALE GENERALE DI ZONA « O. MAESTRI »
TORRITA DI SIENA

Divisione di Chirurgia Generale
Primario: Prof. G. Ricco

Casistica

In un arco di tempo di circa 2 anni (gennaio 1981-ottobre 1982) sono giunti alla nostra osservazione 16 casi di lesioni polipoidi dello stomaco; si tratta di 12 pazienti, 8 maschi e 4 femmine, di età media di 57 anni e con un range tra 32 e 73 anni. Dieci pazienti erano portatori di un polipo isolato; in due pazienti abbiamo invece riscontrato tre formazioni polipoidi ciascuno, situate tutte a livello dell'antro in un caso e a livello del corpo gastrico nell'altro.

Nel 67% dei casi (8 pazienti) il polipo si è manifestato clinicamente con una sintomatologia lieve (dolori addominali alti, dispepsia, pesantezza post-prandiale ecc.); in 4 pazienti, cioè nel 50% dei casi sintomatici, abbiamo dimostrato la presenza di sanguinamento occulto. Non abbiamo mai osservato ematemesi e/o melena. Nel 33% dei casi (4 pazienti) la scoperta del polipo è stata del tutto casuale in seguito ad indagini eseguite per altre patologie.

La localizzazione più frequente è stata a livello dell'antro gastrico con 10 polipi, pari al 62,5%; relativamente rare sono state le localizzazioni a livello del corpo (4 polipi, pari al 25%) e della regione pre-pilorica (2 polipi, pari al 12,5%) (Fig. 1).

Per quanto riguarda le dimensioni, queste variano nelle nostre osservazioni da un minimo di 6 mm ad un massimo di 30 mm.

Sono state eseguite 9 polipectomie, tutte effettuate per via laparotomica. L'esame istologico ci ha fornito i seguenti risultati: 3 polipi infiammatori (33,4%); 2 polipi iperplasio-

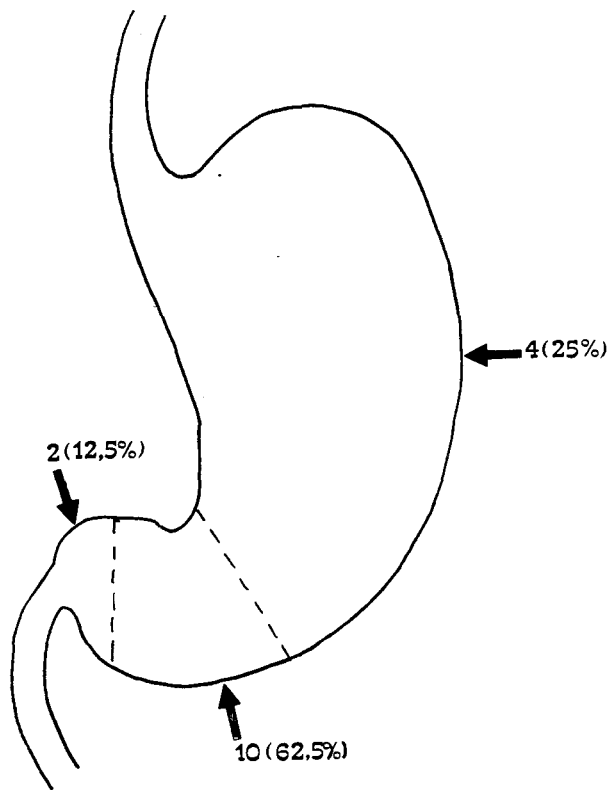


FIG. 1 - Distribuzione dei polipi nella nostra statistica.

geni con segni di metaplasia intestinale (22,2%); 2 polipi amartomatosi (22,2%); 2 polipi adenomatosi (22,2%).

Nel decorso post-operatorio non è stata osservata alcuna complicanza. Un primo esame endoscopico di controllo è stato eseguito dopo tre mesi dall'intervento; i successivi esami vengono eseguiti in media dopo sei mesi ed in seguito annualmente. A tutt'oggi non sono state dimostrate recidive.

In tutti i pazienti abbiamo ricercato attentamente l'eventuale presenza di neoplasie maligne in altre sedi dello stomaco, ma fortunatamente non abbiamo mai rilevato l'associazione poliposi-cancro. Inoltre in tutti i casi è stato eseguito uno studio endoscopico e/o radiografico del colon al fine di evidenziare l'eventuale associazione con una poliposi co-

lica, descritta da Seyfert nel 10% dei casi. Anche in questo caso non abbiamo mai rilevato tale associazione.

Discussione

Il polipo dello stomaco sembra essere una affezione piuttosto rara; in una revisione statistica di oltre 80.000 autopsie Bentivegna e Panagopoulos (1965) hanno riscontrato un'incidenza media dello 0,41%, confrontabile con un'incidenza media del 5% per il polipo del colon. Rispetto a tutta la patologia dello stomaco l'incidenza viene valutata intorno al 2%.

Il polipo gastrico può manifestarsi in tutte le età della vita: è frequente anche nei giovani e può talvolta essere presente in neonati; l'età preferibilmente colpita è però oltre i 50 anni, senza alcuna apparente predilezione per uno dei due sessi. In una percentuale valutabile tra il 30 e il 50% dei casi i polipi sono completamente asintomatici e la loro scoperta risulta del tutto casuale; quando esiste una sintomatologia, il più delle volte questa risulta piuttosto vaga, come dolenzia nei quadranti superiori dell'addome, dispepsia, pesantezza post-prandiale, nausea, perdita di peso, anemia; solo in pochi casi, tra il 5 e il 10%, si manifesta un'emorragia imponente con ematemesi e/o melena.

L'aspetto senza dubbio più interessante è però quello istopatologico, e numerose sono le classificazioni fin qui proposte (Tabella 1). Analizzandole brevemente si nota facilmente come mentre per la classificazione dei polipi adenomatosi non sussistono contrasti tra i vari AA., divergenze si rilevano nella classificazione dei polipi iperplastici infatti mentre Morson (1959), Ming e Goldman (1965), Tommasulo (1971), Ming (1976) ritengono opportuno fare una descrizione unitaria del polipo iperplastico, altri AA., tra i quali Nakamura (1970), Elster (1974), Seyfert e Elster (1975), preferiscono introdurre ulteriori elementi di distinzione. Prendendo come riferimento la classificazione di Seyfert e Elster del 1975 e sulla scorta di quanto già affermato anche da altri AA., si possono distinguere 4 tipi istologici: 1) *Polipo infiammatorio*, in cui l'epite-

TABELLA 1 - Principali classificazioni dei polipi gastrici.

Morson (1959)	:	P. iperplastico	P. adenomatoso
Ming e Goldman (1965)	:	P. rigenerativo	P. adenomatoso
Nakamura (1970)	:	P. di I tipo - P. di II tipo	P. di III tipo
Tommasulo (1971)	:	P. iperplastico	P. adenomatoso
Elster (1974)	:	Iperplasia foveolare - P. iperplasiogeno	P. adenomatoso
Seyfert e Elster (1975)	:	Iperplasia focale della mucosa P. iperplasiogeno	P. adenomatoso

lio della mucosa gastrica non manifesta alcuna modificazione mentre la sottomucosa presenta una ricca componente vascolare neofornata ed un abbondante infiltrato di elementi infiammatori, specie polimorfonucleati; 2) *Polipo iperplastico*, in cui le foveole dell'epitelio superficiale appaiono irregolari e tortuose con cellule di rivestimento che contengono materiale muciparo; 3) *Polipo iperplasiogeno*, in cui all'iperplasia dell'epitelio foveolare si associa proliferazione dello strato ghiandolare, con dilatazione cistica dei recessi ghiandolari, edema interstiziale ed infiltrato infiammatorio; 4) *Polipo adenomatoso*, in cui esiste un tipico dismorfismo ghiandolare con elementi cellulari indifferenziati, polistratificazione nucleare e atipie di grado variabile del nucleo e del citoplasma.

Per la maggior parte degli AA. il polipo infiammatorio va interpretato come una vera e propria risposta ad uno stimolo irritativo con carattere di acuzie, anche se alcuni comprendono in questo termine manifestazioni patologiche a se stanti come il granuloma eosinofilo e l'iperplasia linfoide benigna (o pseudolinfoma). I polipi iperplastici ed iperplasiogeni invece sono ritenuti espressione di un processo reattivo-rigenerativo secondario ad una flogosi cronica e come tali non dovrebbero avere significato neoplastico; ciò nonostante tutti gli AA. concordano nel ritenere possibile, anche se rara, la loro degenerazione maligna. Ming (1971) ammette una trasformazione maligna nell'1-2% dei casi, Nakamura (1970) nel 4,1%. Nel polipo adenomatoso, che è l'unico a cui va riconosciuta fin dal principio l'entità di affezione neoplastica, ancorché benigna, la degenerazione maligna è invece molto più frequente, dell'origine del 40% secondo Ming (1976). Fortunatamente esso è relativamente raro rispetto ai precedenti, rappresentando il 2-10% di tutti i polipi dello stomaco.

Un punto fondamentale nella trattazione dei polipi gastrici è rappresentato dalla possibile coesistenza di un carcinoma in altre sedi dello stomaco. Nel caso di polipi di tipo iperplastico-iperplasiogeno tale associazione viene valutata intorno al 10%, con un'incidenza massima riportata da Tommasulo (1971) superiore al 28%. Invece la coesistenza di un carcinoma con un polipo adenomatoso è molto più frequente: Ming (1976) riporta tale associazione in oltre il 30% dei casi, Tommasulo (1971) in oltre il 50%.

Nelle nostre osservazioni, per quanto esse si basino su un piccolo numero di casi, anche se tale numero va considerato alla luce del breve arco di tempo in cui questi dati sono stati raccolti e del limitato bacino di utenza del nostro Ospedale, non abbiamo mai

riscontrato note di degenerazione maligna, né tanto meno abbiamo potuto osservare l'associazione poliposi-cancro. Abbiamo avuto invece una incidenza molto elevata rispetto a quanto riportato in letteratura di polipi adenomatosi (2 casi, pari al 22,2%); questi sono risultati poi i più voluminosi, con dimensioni fino a 3 cm di diametro.

La prima considerazione che scaturisce dall'analisi di questi dati è che il polipo iperplastico-iperplasiogeno, anche se non può essere considerato una vera e propria lesione precancerosa, non deve comunque essere sottovalutato, così come non va trascurata la sua potenzialità evolutiva ciò significa necessariamente la sua completa asportazione seguita da un accurato esame istologico seriato, l'unico che può dare sicure garanzie. Più accurati controlli saranno necessari qualora si dimostri la presenza di aree displastiche e soprattutto in quei casi con associate aree adenomatose. In tutti i casi, comunque, deve essere sempre effettuato un accurato esame della restante mucosa gastrica per evidenziare eventuali lesioni associate; in particolare la presenza di un carcinoma.

A differenza del polipo iperplastico, il polipo adenomatoso rappresenta una vera e propria lesione precancerosa e come tale va considerata dal punto di vista terapeutico; infatti la mucosa gastrica circostante, pur se apparentemente indenne, può anch'essa subire frequentemente la trasformazione maligna, tanto che in circa il 50% dei casi si riscontrano aree di « early cancer » nelle zone circostanti il polipo; ne deriva di conseguenza la necessità di ampliare i limiti dell'area da asportare.

Per quanto riguarda la condotta terapeutica, riteniamo che la polipectomia sia necessaria in tutti i casi tranne che nei cosiddetti polipi infiammatori, i quali non rappresentando lesioni precancerose non necessitano di essere asportati. Per ulteriore tranquillità, comunque, possono anch'essi essere rimossi, tanto più che ciò può essere fatto con estrema facilità grazie al nuovo ruolo che svolge oggi l'endoscopia digestiva. La tecnica operatoria per via endoscopica non presenta infatti particolari difficoltà, garantisce una soddisfacente radicalità e offre il vantaggio di ridurre al minimo i fastidi per il paziente; le eventuali complicanze, principalmente emorragie e perforazioni, sono piuttosto rare, circa il 2% di tutte le polipectomie.

Il trattamento di scelta nei polipi infiammatori e nei polipi iperplastici-iperplasiogeni è rappresentato quindi dalla polipectomia per via endoscopica, a cui devono seguire controlli ripetuti a scadenze precise. Se l'esame istologico seriato del polipo asportato dimo-

stra l'esistenza di aree displastiche o di aree adenomatose sono necessari controlli più accurati e più ravvicinati nel tempo al fine di cogliere precocemente eventuali segni di recidiva o di cancerizzazione.

Secondo Oselladore (1976) la polipectomia endoscopica risulta però difficile nei casi di polipi voluminosi (oltre i 5 cm di diametro) e nei casi di poliposi; presenta inoltre eccessivi rischi di emorragia nei casi di polipi con larga base di impianto (oltre i 2 cm); infine è sconsigliabile in quei casi in cui la biopsia preoperatoria ha già dimostrato la presenza di zone di degenerazione. In tutti questi casi in cui è messa in dubbio la radicalità dell'intervento è indicato intervenire per via laparotomica ed eseguire la polipectomia asportando circolarmente anche un lembo di mucosa non interessata dal processo.

Nel caso infine ci si trovi di fronte ad un polipo adenomatoso la maggioranza degli AA. consiglia un intervento il più demolitivo possibile, fino a giungere anche alla gastrectomia totale (Ming, 1973). L'orientamento più attuale è quello di eseguire una gastrectomia sub-totale per i polipi dell'antra e del piloro, e la semplice asportazione del polipo e di un lembo di mucosa circostante indenne per i polipi del corpo e del fondo. A ciò deve seguire un accurato follow-up basato su periodici controlli radiografici ed endoscopici. In questo modo è possibile poter intervenire tempestivamente nei casi di iniziale degenerazione maligna.

Conclusioni

A conclusione di questa breve disamina sui polipi gastrici si può affermare con sicurezza che pochi sono i punti su cui tutti gli AA. sono d'accordo: basti pensare che la stessa definizione di polipo è stata più volte messa in discussione (Morson 1959, Ming 1965, Bone 1976). In mezzo a tante ombre, però, esistono anche delle certezze, e ciò è merito precipuo del rapido estendersi e del perfezionamento della tecnica endoscopica. Grazie ad essa oggi ci viene offerta la possibilità di eseguire con minimo rischio e con soddisfacente radicalità l'ablazione completa del polipo, anche e soprattutto a scopo profilattico; senza contare poi la possibilità di ottenere in breve tempo dati preziosi per un inquadramento preciso, specie sotto il profilo anatomo-patologico, della lesione. Il trattamento di scelta quindi, entro limiti legati al numero alla sede alle dimensioni e alla natura istologica è sicuramente rappresentato dalla polipectomia per via endoscopica. Resta inteso per noi che qualora la rimozione endoscopica non sia possi-

bile si debba comunque intervenire ricorrendo alla chirurgia tradizionale, e ciò anche in assenza di specifiche indicazioni. Resta di fondamentale importanza l'accurato e periodico follow-up di questi pazienti, al fine di sorprendere in fase iniziale eventuali recidive e per valutare i reali rapporti tra polipi e cancro gastrico.

RIASSUNTO

Gli Autori riferiscono la loro esperienza nel trattamento dei polipi gastrici discutendola alla luce dei più recenti dati della letteratura.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bentivegna S., Panagopoulos P.G.: *Adenomatous gastric polyps*. Am. J. Gastroenterol., 44, 138, 1965.
- 2) Bone G.E., McClelland R.N.: *Management of gastric polyps*. Surg. Gynecol. Obst., 142, 933, 1976.
- 3) Cunsolo A. et al.: *Polipi e cancro gastrico. Nostra esperienza su 133 casi*. Min. Chir., 36, 691, 1981.
- 4) Delavierre P. et al.: *Pseudo-tumeurs inflammatoires de l'estomac*. Sem. Hop. Paris, 57 (13-14), 646, 1981.
- 5) Deyhle P.: *Results of endoscopic polypectomy in the gastrointestinal tract*. Endoscopy (Suppl.), 8, 35, 1980.
- 6) Elster K.: *A new approach to the classification of the gastric polyps*. Endoscopy, 6, 44, 1974.
- 7) Elster K.: *Histologic classification of gastric polyps*. Curr. Top. Pathol., 63, 77, 1976.
- 8) Germain M. et al.: *Polype fibro-inflammatoire de l'estomac*. J. Chir. (Paris), 117 (12), 695, 1980.
- 9) Janunger K.G., Domellof L.: *Gastric polyps and precancerous mucosal changes after partial gastrectomy*. Acta Chir. Scand., 144, 293, 1978.
- 10) Ming S.C., Goldman H.A.: *Histogenetic classification and its relation to carcinoma*. Cancer, 18, 721, 1965.
- 11) Ming S.C.: *The adenoma-carcinoma sequence in the stomach and colon: II. Malignant potential of gastric polyps*. Gastrointest. Radiol., 1, 121, 1976.
- 12) Miscusi G.D. et al.: *In tema di polipi gastrici. Contributo etiopatogenetico ed endoscopico*. Ann. Ital. Chir., 51 (2), 193, 1979.
- 13) Merson B.C.: *Gastric polyps composed of intestinal epithelium*. Brit. J. Cancer, 9, 550, 1955.
- 14) Nakamura T.: *Pathohistologische einteilung der magenpolypen mit spezifischer betrachtung ihrer malignen entartung*. Chirurg., 41, 122, 1970.
- 15) Odo Op Den Orth J., Dekker W.: *Gastric adenomas*. Radiology, 141, 289, 1981.
- 16) Oselladore D. et al.: *La polipectomia endoscopica del tratto superiore del tubo digerente*. Min. Chir., 35, 1861, 1980.
- 17) Ranzi T. et al.: *Gastric and duodenal polyps in familial polyposis coli*. Gut, 22, 363, 1981.
- 18) Seyfert E. e Elster K.: *New classification of gastric polyps based on the experiences in polypectomy*. In: E. Seyfert: Surgical Endoscopy, Witzstrock edit., Baden Baden 1975.
- 19) Tatsuta M. et al.: *Polyps in the acid-secreting area of the stomach*. Gastrointestinal Endoscopy, 27 (3), 145, 1981.
- 20) Tytgat G.: *Complications of upper intestinal polypectomy*. Scand. J. Gastroent., 12, 42, 1977.
- 21) Tommasulo J.: *Gastric polyps: histologic types and their relationship to gastric carcinoma*. Cancer, 27, 1346, 1971.