

CLASIFICAREA GASTRITELOR CRONICE: ACTUALITĂȚI ȘI DISCUȚII

Adriana BOTEZATU,
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Rezumat

Atât sistemul original Sydney, cât și versiunea actualizată Houston sunt încă ghiduri acceptabile și sunt utilizate în multe centre din întreaga lume. Clasificările endoscopice Kimura-Takemoto și Kyoto sunt folosite pe scară largă în Japonia. Sistemele de stadializare OLGA și OLGIM clasifică pacienții cu gastrită cronică atrofică în stadii cu risc progresiv de a dezvolta cancer gastric, sunt cele mai fiabile și puternice sisteme ce permit recunoașterea pacientului cu un risc mai mare de a dezvolta cancer gastric, însă punerea acestora în practica clinică este limitată. Implementarea sistemelor de clasificare și de abordare a gastritei cronice atrofice OLGA și OLGIM în practica medicală din Republica Moldova este necesară pentru reducerea maximă a ratelor de incidență și de mortalitate provocate de cancerul gastric – afecțiune cu o frecvență crescută. Prin aplicarea acestor sisteme de stratificare a gastritei cronice atrofice, pacienții ar putea beneficia de un tratament adecvat început într-un stadiu premalign, cu o reducere semnificativă a incidenței și a mortalității prin cancerul gastric.

Cuvinte-cheie: gastrită cronică, atrofia mucoasei gastrice, gastrită cronică atrofică, clasificare, metaplazie intestinală gastrică, examen endoscopic, examen morfologic, *Helicobacter pylori*

Summary

Classification of chronic gastritis: news and discussions

Both the original Sydney system and the updated Houston are still acceptable guides and are used in many centers around the world. Kimura-Takemoto and Kyoto endoscopic classifications are widely used in Japan. The OLGA and OLGIM staging systems classify patients with chronic atrophic gastritis into stages with a progressive risk of developing gastric cancer, they are the most reliable and powerful systems that allow the recognition of the patient with a higher risk of developing gastric cancer, but their clinical application in practice is limited. The implementation of OLGA and OLGIM classification and approach systems for chronic atrophic gastritis in medical practice in the Republic of Moldova is necessary to reduce, as much as possible, the incidence and mortality rates of gastric cancer, a condition with an increased frequency. By implementing the application of these stratification systems of chronic atrophic gastritis, patients could benefit from appropriate early treatment in a premalignant stage with a significant reduction in the incidence and mortality of gastric cancer.

Keywords: chronic gastritis, atrophy of the gastric mucosa, chronic atrophic gastritis, classification, gastric intestinal metaplasia, endoscopic examination, morphological examination, *Helicobacter pylori*

Резюме

Классификация хронического гастрита: актуальность темы и обсуждения

Как оригинальная система Сиднея, так и обновленная классификация Хьюстон, по-прежнему являются оптимальными руководствами и используются во многих центрах по всему миру. Эндоскопические классификации Кимура-Такемото и Киото широко используются в Японии. Системы стадирования OLGA и OLGIM классифицируют пациентов с хроническим атрофическим гастритом по стадиям с прогрессирующим риском развития рака желудка и являются наиболее надежными и мощными системами, которые позволяют распознавать пациентов с более высоким риском развития рака желудка. Однако их клиническое применение в практике ограничено. Внедрение систем классификации OLGA и OLGIM и подхода для лечения хронического атрофического гастрита в медицинской практике Республики Молдова необходимо для максимально возможного снижения заболеваемости и смертности от рака желудка – часто встречающегося заболевания. Внедрение этих систем для стратификации хронического атрофического гастрита, будет способствовать своевременному лечению пациентов на предраковой стадии, со значительным снижением как частоты, так и смертности от рака желудка.

Ключевые слова: хронический гастрит, атрофия слизистой желудка, хронический атрофический гастрит, классификация, кишечная метаплазия, эндоскопическое исследование, морфологическое исследование, *Helicobacter pylori*

Introducere

Helicobacter pylori (HP) este cel mai semnificativ factor de risc (FR) în apariția gastritei cronice (GC) nonatrofice, gastritei cronice atrofice (GCA) și metaplaziei intestinale gastrice (MIG), dar există și alte condiții clinice, de mediu și genetice care sunt FR importanți pentru progresarea GCA și a MIG spre cancerul gastric (CG) [1, 2]. GCA, MIG și displazia epitelului mucoasei gastrice (DEMG) reprezintă leziuni precanceroase, sunt principalii precursori histologici care cresc exponențial riscul de CG de tip intestinal [1–4]. Gradul de extindere și distribuția topografică a GCA, MIG și DEMG sunt paralele cu riscul dezvoltării CG. Din acest motiv, decelarea și supravegherea grupelor cu risc de apariție a CG (pacienți cu leziuni precanceroase – GCA, MIG, DEMG) este o prioritate în vederea creșterii depistării și tratamentului timpuriu

și, implicit, a scăderii mortalității și morbidității prin această maladie [1, 3, 5]. Sistemele de stadializare *OLGA* (Operative Link on Gastritis Assessment) și *OLGIM* (Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia Assessments) sunt cele mai fiabile și puternice sisteme ce permit recunoașterea pacientului cu un risc mai mare de dezvoltare a CG [1, 6–10].

Printre cauzele de apariție a GCA se numără autoimunitatea din cadrul anemiei pernicioase, precum și cea mai frecventă cauză – infecția cu *HP*. Din punct de vedere histopatologic, GC este de două tipuri: *atrofică* și *nonatrofică*. GCA apare prin două mecanisme posibile: fie prin dispariția glandelor mucoasei gastrice și înlocuirea lor cu țesut fibrotic la nivelul laminei proprii, fie prin înlocuirea glandelor native cu structuri glandulare metaplastice. GC nonatrofică se caracterizează prin inflamație, fără atrofierea glandelor mucoasei sau apariția MIG [11, 12].

În contextul celor expuse, **scopul** studiului efectuat este elaborarea unei sinteze narative a studiilor contemporane privind clasificările gastritelor de-a lungul timpului și rolul acestora în stratificarea pacienților cu risc înalt de apariție a cancerului gastric.

Materiale și metode

Publicațiile au fost selectate din bazele de date *PubMed*, *Hinari* și *SpringerLink* după cuvintele-cheie: *gastrită cronică*, *gastrită cronică atrofică*, *clasificarea gastritelor*. După procesarea informației din bazele de date, am selectat toate publicațiile în limba engleză începând cu luna ianuarie 1990. După o analiză preliminară a titlurilor, în bibliografia finală au fost incluse articole originale, editoriale, articole de sinteză narativă, sistematică și metaanaliză, care conțineau informații despre clasificarea gastritelor. Adăugător a fost studiată bibliografia articolelor selectate, cu scopul de a găsi alte publicații relevante pe această temă. Conform criteriilor de căutare, au fost găsite 345 de articole integrale. Bibliografia finală conține 39 de surse relevante, care au fost considerate reprezentative pentru materialele publicate la tema acestui articol de sinteză.

Rezultate și discuții

Abordarea diagnosticului și clasificarea GC au evoluat, de-a lungul timpului, de la simplele modele descriptive *ABC* și *Sydney* până la sistemele actuale de stadializare *OLGA* și *OLGIM*, care oferă și o imagine a riscului de evoluție spre patologii mai grave [1]. Expunem succint și în ordine cronologică principalele clasificări ale gastritelor cronice.

1. Sistemul ABC. Pentru clasificarea gastritelor cronice, inițial s-a folosit clasificarea *Whitehead*, publicată în anul 1972, prin care gastrita se împarte

în tipuri distincte în funcție de felul leziunilor endoscopice și localizarea lor, precum și de existența sau nu a MIG. Astfel, tipul A indică existența leziunilor atrofice la nivelul corpului gastric, tipul B – leziunile atrofice în antru, tipul AB – leziunile atrofice cu localizare multifocală, tipul C – cu referire la existența unei gastrite chimice, reactive, limfocitare. Marele dezavantaj al acestei clasificări este faptul că subtipurile reprezintă entități distincte, fără a se raporta întotdeauna la același sistem de referință [14].

2. Clasificarea gastritelor autoimune. Din necesitatea de a îmbunătăți practica clinică, sistemul *ABC* a fost înlocuit în 1973 cu sistemul propus de Strickland-Mackay, care distinge gastritele de tipul A, de origine autoimună cu prezența anticorpilor către celulele parietale gastrice (APCA), și de tipul B, nonautoimune, fără prezența APCA, ultima fiind cunoscută drept consecință a gastritei asociate infecției cu *HP*. Pentru această clasificare, autorii au făcut referire la leziunile identificate la nivel de corp și de antru gastric, la care se studia tipul histologic al mucoasei, prezența APCA și nivelurile serice ale gastrinei [14, 15].

Desigur, și această clasificare a fost considerată incompletă până în anul 1975, când Glass și Pitchumoni au adus îmbunătățiri sistemului anterior, observând în populația studiată că leziunile gastrice identificate nu se corelează neapărat cu prezența sau cu absența strictă a APCA. Astfel, pe lângă tipurile A și B, cei doi autori au mai introdus tipul AB – anemie pernicioasă, precum și tipul AB – nonanemie pernicioasă, în ambele corpul și antrul prezentând modificări histologice [14, 15].

3. Clasificarea Sydney. De-a lungul anilor s-a propus o serie de clasificări ale gastritelor, pornindu-se de la criteriile clinice, topografice, funcționale, imunologice, endoscopice, radiologice și etiologice. După descoperirea, în anul 1982, a bacteriei *Helicobacter pylori* și a repercusiunilor acestei infecții asupra peretelui gastric, clasificările anterioare au fost revizuite și s-a propus o nouă clasificare pentru unificarea tuturor elementelor, elaborată în 1990 de un grup de specialiști în gastroenterologie și prezentată la Congresul Mondial de Gastroenterologie de la Sydney (Australia) sub denumirea *Sistemul Sydney de Clasificare a Gastritelor*. Pentru prima dată, sistemul *Sydney* a făcut posibilă evaluarea combinată a parametrilor histologici, de distribuție topografică și de etiopatogenie pentru stabilirea diagnosticului util clinic. Sistemul cuprinde două compartimente – histologic și endoscopic, fără a exista o corelație perfectă între acestea [14–17].

Conform clasificării *Sydney*, diagnosticul de gastrită trebuie formulat în baza a patru criterii: semne macroscopice detectate prin endoscopie, topografie

(localizarea procesului patologic), morfologie (semne histologice identificate în studiul specimenelor de biopsie) și etiologie a leziunii (factorii etiologici probabili). În cercetările privind GC, acest sistem a revoluționat, ceea ce este legat de cunoașterea a noi factori etiologici ai bolii, a noi tipuri de gastrite și posibilitatea adaptării tratamentului în funcție de acești factori. O importanță patogenetică o are, în primul rând, diferențierea dintre gastrita asociată și gastrita neasociată cu infecția cu *HP* [14, 16].

Gastrita asociată cu *HP* este divizată în funcție de tipul și localizarea modificărilor morfologice. Gastrita neasociată cu *HP* poate fi diferențiată în: autoimună, indusă chimic, *ex-HP* și o serie de forme speciale de gastrită [16]. Sistemul *Sydney* recomandă ca aceleași categorii de clasificare a gastritelor (*ușoară*, *moderată* și *severă*) să fie utilizate pentru variabilele histologice și cele endoscopice [18].

4. Versiunea actualizată *Houston* a clasificării *Sydney*. Clasificarea *Sydney* a fost revizuită și îmbunătățită în 1994 prin actualizarea *Houston*. Aceasta a luat în considerare fiecare caracteristică patologică relevantă: densitatea *HP*, intensitatea inflamației (infiltrarea cu neutrofile și mononucleare), atrofia mucoasei gastrice (AMG) în antrul și în corpul gastric, prezența sau lipsa MIG. Ceea ce versiunea dată aduce în plus este legat de denumirea exactă a tipului de gastrită, mai mult decât simpla divizare în gastrită atrofică și gastrită nonatrofică, conform sistemului anterior, și exprimă necesitatea efectuării biopsiilor din corpul și antrul gastric, nu de pe fețele gastrice anterioară și posterioară, dar de la nivelul curburilor. În plus, adaugă recomandarea de a include o biopsie de la nivelul incizurii unghiulare și o scală analogică vizuală pentru a facilita gradarea caracteristicilor individuale în ușoare, moderate sau severe [1, 14, 15, 16, 19].

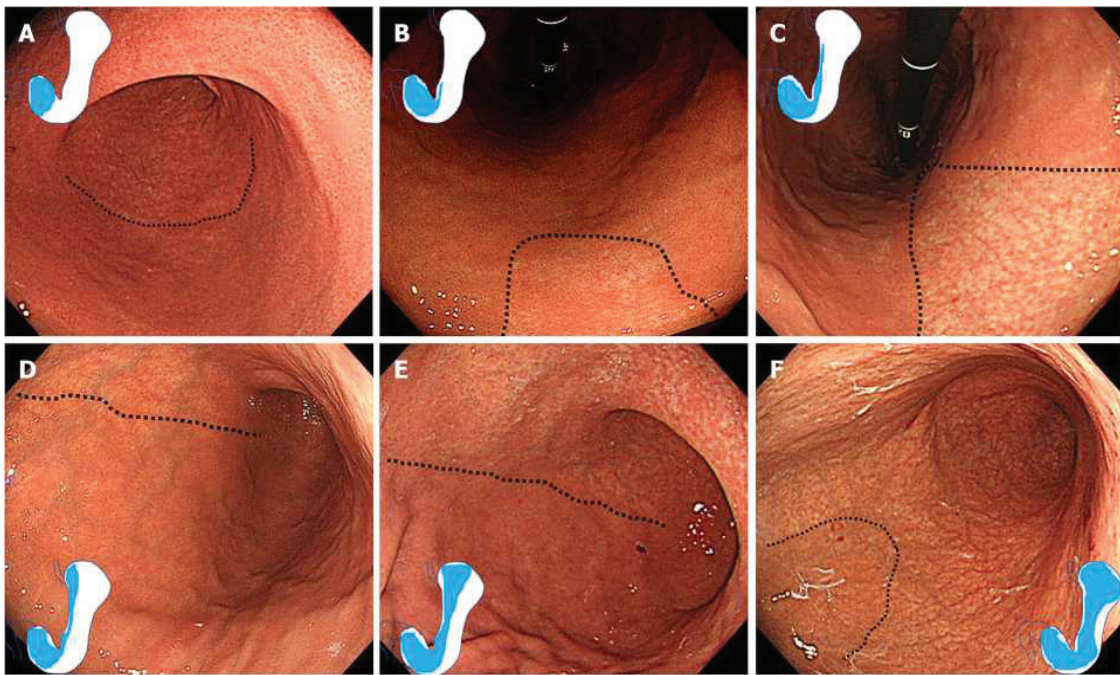
Leziunile premaligne ale stomacului pot fi distribuite inegal, iar cele mai timpurii și mai avansate leziuni sunt constatate, de obicei, în incizura unghiulară sau adiacent acesteia. Sistemul original *Sydney* a recomandat câte 2 biopsii din antru și corpul gastric, prelevate în timpul EDS, iar sistemul *Sydney* actualizat recomandă o biopsie suplimentară prelevată de la incizura unghiulară. Astfel, sistemul *Sydney* actualizat, acceptat și utilizat pe scară largă la nivel internațional, recomandă prelevarea a cel puțin cinci probe de biopsie – declarație reevaluată și la Consensul de la Kyoto: două bioptate din antrul gastric (de pe curbura mică și curbura mare, ambele la 2-3 cm de la nivelul pilorului); un bioptat din zona de tranziție corp – antru din incizura unghiulară; două bioptate din corpul gastric (unul de pe curbura mică la 4 cm proximal de incizura unghiulară și unul de pe porțiunea medie a curburii mari la aproximativ 8 cm

de la cardia). În plus, trebuie luate biopsii din orice leziune macroscopică (ulcer, eroziune sau zonă de primată etc.). Acest mod de eșantionare oferă cel mai bun randament de diagnostic pentru identificarea pacienților cu leziuni premaligne, asigură o prezentare generală mai bună a severității și distribuției acestor leziuni și a clasificării histopatologice a anomaliilor individuale (inflamație, AMG, MIG).

Analiza histopatologică a pieselor de biopsie include cinci parametri: AMG, MIG, prezența celulelor neutrofile, celulelor mononucleare și *HP* [1, 11, 16, 18, 20, 21]. Gastrita poate fi clasificată în forma *acută* și forma *cronică*, iar cele cronice pot fi subclasificate în nonatrofice, atrofice și tipuri speciale (chimice, cauzate de radiații, limfocitare, neinfecțioase, eozinofice și altele) [17]. Categoriile GCA *ușoară*, *moderată* și *severă*, conform sistemului *Sydney* actualizat, au fost subdivizate în alte două subcategorii. Astfel, a fost aplicată o scală de la 1 la 6, și anume: 1-2 (GCA ușoară), 3-4 (GCA moderată) și 5-6 (GCA severă). Gradul 1 descrie câteva glande gastrice focale pierdute sau înlocuite cu epiteliu de tip intestinal; gradul 2 descrie zone mici de glande gastrice dispărute sau înlocuite cu epiteliu de tip intestinal; gradul 3 – până la 25% din glandele gastrice sunt pierdute sau înlocuite cu epiteliu de tip intestinal; gradul 4 – 25-50% din glandele gastrice sunt pierdute sau înlocuite cu epiteliu de tip intestinal; gradul 5 – peste 50% din glandele gastrice sunt pierdute sau înlocuite cu epiteliu de tip intestinal, iar gradul 6 este diagnosticat atunci când rămân doar câteva zone de glande gastrice native [1, 22].

5. Clasificarea endoscopică *Kimura-Takemoto*. În Japonia, această clasificare este utilizată pe larg pentru a diagnostica frontiera atrofică, folosind endoscopia convențională cu lumină albă [23]. În baza localizării frontierei atrofice endoscopice, AMG constă din două tipuri principale: C – tip *închis* (bordura atrofică se află pe curbura gastrică mică), O – tip *deschis* (bordura atrofică se extinde de-a lungul pereților gastrici anterior și posterior). În tipul C1, modificările atrofice sunt vizibile numai în antru (*figura 1 A*). În tipurile C2 și C3, bordura atrofiei se află, respectiv, pe curbura mică în porțiunile inferioară și superioară ale corpului gastric (*figura 1 B, C*). În tipul O1, granița atrofică se află între curbura mică și peretele anterior al corpului gastric (*figura 1 D*); în O2, modificările atrofice se întind pe peretele anterior (*figura 1 E*), iar în O3, limita se află între peretele anterior și curbura mare (*figura 1 F*).

Există trei grade de GCA endoscopică: *ușoară* (C1-C2), *moderată* (C3-O1) și *severă* (O2-O3) (*figura 2 A*). Limita AMG este denumită linia F (*figura 2 B*), iar AMG progresează de la antrul gastric de-a lungul corpului gastric pe curbura mică (*figura 2 C*) [3, 24, 25, 26].



Notă. A – C1 (atrofia este limitată la antru); B – C2 (atrofia este limitată la o zonă minoră pe curbura mică a corpului gastric); C – C3 (atrofia într-o zonă majoră a curburii mici a corpului gastric, dar nu se extinde dincolo de cardia); D – O1 (atrofia se extinde dincolo de cardie spre fundul gastric, frontiera atrofică în corpul gastric se află între curbura și peretele gastric anterior); E – O2 (frontiera atrofică în corpul gastric se află pe peretele anterior); F – O3 (atrofia este larg răspândită, cu frontiera atrofică între peretele anterior și curbura mare) [24].

Figura 1. Imagini endoscopice ale clasificării GCA după Kimura-Takemoto (frontierele atrofice sunt indicate prin linie punctată)

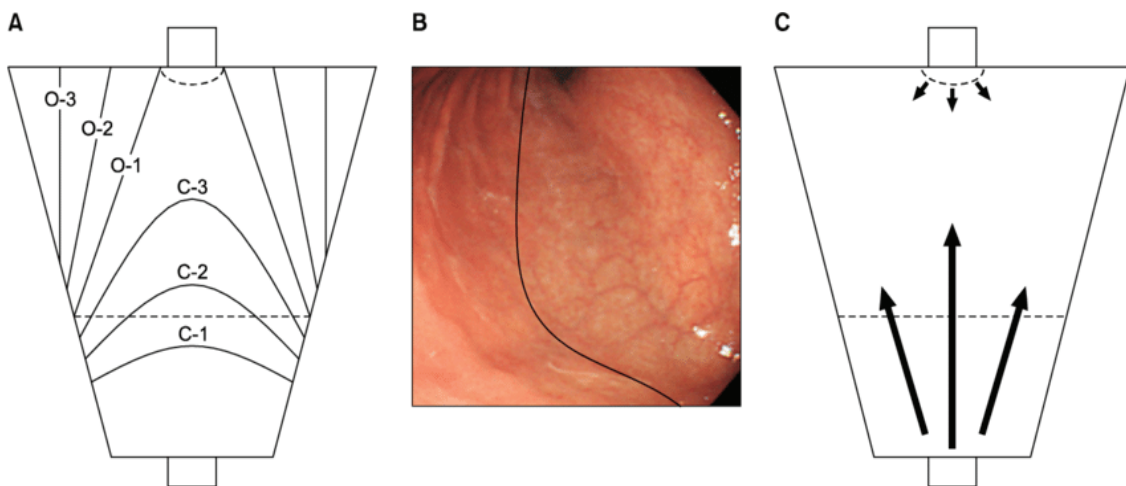


Figura 2. Clasificarea endoscopică a GCA după Kimura-Takemoto [3]

Stadializarea endoscopică a GCA în conformitate cu clasificarea Kimura-Takemoto a fost bine corelată cu evaluarea histologică conform Sistemului Sydney actualizat, Sistemului OLGA și cu nivelul seric de pepsinogene în cazul AMG.

În plus, GCA moderat-severă a fost semnificativ corelată cu clasificarea OLGA în stadiile III-IV și cu MIG extinsă. Astfel, clasificarea Kimura-Takemoto poate fi utilizată pe scară largă în practica zilnică drept

instrument preliminar pentru a identifica persoanele cu risc crescut de CG [22, 23, 25, 26, 28].

6. Clasificarea endoscopică Kyoto. În anul 2015, în urma întrunirii mondiale a gastroenterologilor, a fost publicat *Consensul de la Kyoto cu privire la clasificarea gastritelor*, care subliniază încă o dată importanța infecției cu *HP* în abordarea terapeutică a acestei patologii și necesitatea diferențierii gastritelor cronice în funcție de etiologie, în special a gastritelor asociate sau nu cu *HP* [11, 14, 23, 24].

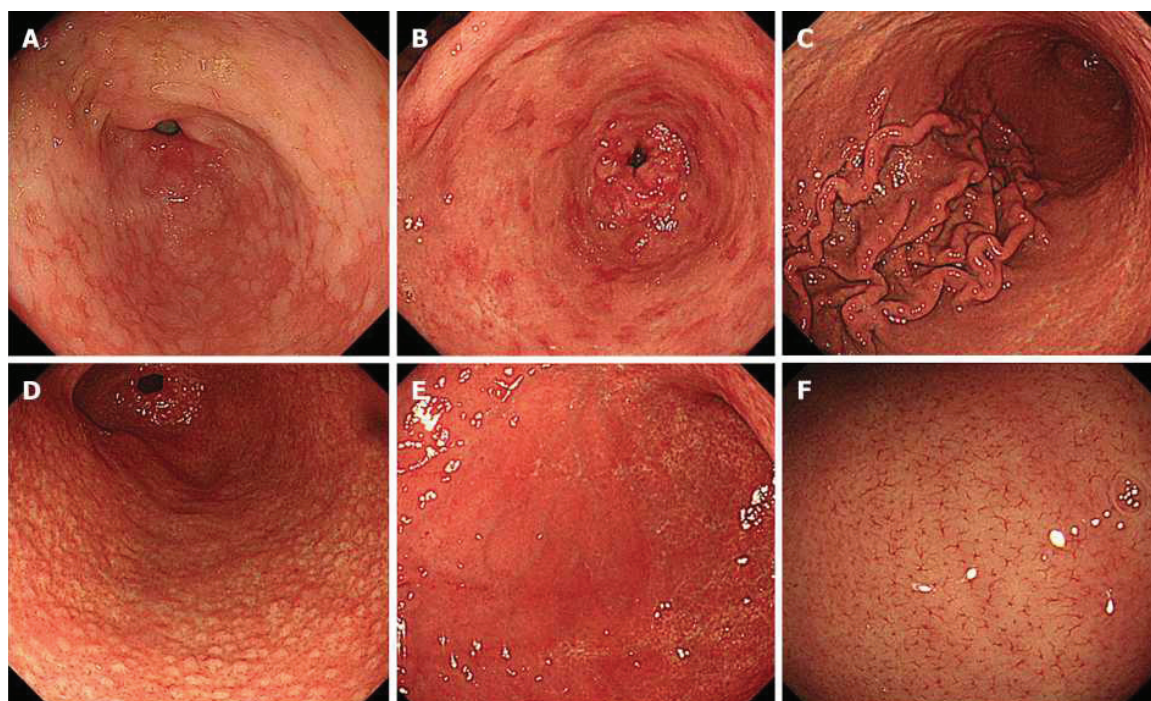
Tabelul 1

După cum se menționează în raportul de consens de la Kyoto, gastrita cronică este o inflamație a mucoasei gastrice, cel mai adesea însoțită și de modificări structurale ale acesteia, confirmate histologic, chiar și la pacienții fără simptome și indiferent de complicații [11, 12]. Clasificarea *Kyoto* a gastritei a fost elaborată în baza caracteristicilor endoscopice, asociate infecției cu *HP*, pentru diagnosticarea infecției cu *HP* și identificarea factorilor de risc ai carcinomului gastric. Această clasificare include 19 semne endoscopice care separă pacienții în trei grupe: pacienți fără infecție cu *HP* (nongastrită), pacienți cu infecție curentă cu *HP* (gastrită activă) și pacienți cu infecție *HP* în antecedente (gastrită inactivă). Scorul de clasificare *Kyoto* reprezintă suma scorurilor pentru cinci semne endoscopice de gastrită (AMG, MIG, pliuri gastrice îngroșate, nodularitate și eritem difuz cu sau fără aranjament regulat al venulelor colectoare) și variază de la 0 la 8 (tabelul 1, figura 3). Scorul 0 indică lipsa infecției cu *HP*, scorul ≥ 2 – prezența infecției actuale cu *HP*, iar scorul ≥ 4 indică riscul de CG [23, 24, 27, 28].

Clasificarea de la Kyoto a adoptat clasificarea endoscopică a GCA *Kimura-Takemoto*. În scorul de clasificare de la Kyoto, C0-C1 au obținut scorul atrofiei 0, C2-C3 – scorul 1, O1-O3 – scorul 2 [24].

Scorul clasificării Kyoto

Clasificarea Kyoto	Scor		
Atrofia mucoasei gastrice (conform clasificării Kimura-Takemoto)	0	Lipsește	C0-C1
	1	Ușoară	C2-C3
	2	Severă	O1-O3
Metaplazia intestinală gastrică	0	Lipsește	Lipsește
	1	Ușoară	În antrul gastric
	2	Severă	Până la corpul gastric
Pliuri gastrice îngroșate	0	Negativ	Lățimea pliului gastric <5 mm
	1	Pozitiv	Lățimea pliului gastric ≥ 5 mm
Nodularitate	0	Negativ	Nodulii lipsesc
	1	Pozitiv	Noduli mici în antrul gastric
Eritem difuz	0	Negativ	Lipsește
	1	Ușor	Translucidență ușoară a venulelor de colectare în corpul gastric
	2	Sever	Translucidență severă a venulelor de colectare în corpul gastric
Scorul Kyoto	0-8		



Notă. A – MIG, B – eritem multiplu circumscriș (map-like sau eritem pestriț neregulat), C – pliuri gastrice îngroșate, D – nodularitate, E – eritem difuz, F – aranjament regulat al venulelor de colectare [24].

Figura 3. Constatările endoscopice ale clasificării Kyoto

Clasificarea endoscopică *Kyoto* a gastritei este utilă pentru diagnosticarea infecției cu *HP*, bazată pe constatările endoscopice, este un predictor util al acestei infecții la pacienții cu titru negativ-înalț de anticorpi (3-9,9 U/mL) [27, 29]. Scorurile pentru MIG și AMG, conform clasificării *Kyoto*, sunt utile clinic pentru identificarea pacienților cu risc crescut de CG în stadiu incipient, indiferent de prezența sau lipsa infecției cu *HP* [30].

7. Clasificarea OLGA. Cu toate că actualizarea *Houston* a Sistemului *Sydney* este un "standard de aur" de diagnostic pentru gastroenterologi și anatomicipatologi, dezavantajul major al acestei clasificări este lipsa unei stratificări a riscului de dezvoltare a cancerului gastric. Din acest motiv, în anul 2005, un grup internațional de experți-gastroenterologi și histopatologi au elaborat și au propus un sistem de stadializare (*OLGA*), care are și valoare prognostică legată de riscul dezvoltării CG [20, 22]. Această metodă standardizată și validată, fiind o măsură histologică a severității și extinderii topografice a AMG, stratifică și gradează severitatea și distribuția AMG (tabelul 2) [14, 16, 19, 31, 32, 33].

Tabelul 2

Scala vizuală a clasificării *OLGA* a gastritelor cronice atrofice

Scorul de atrofie Biopsie din antrul gastric (include incizura angulară)	Scorul de atrofie Biopsie din corpul gastric			
	Lipsa atrofiei. Scor 0	Atrofie ușoară. Scor 1	Atrofie moderată. Scor 2	Atrofie severă. Scor 3
Lipsa atrofiei (scor 0)	Stadiu 0	Stadiu I	Stadiu II	Stadiu II
Atrofie ușoară (scor 1)	Stadiu I	Stadiu I	Stadiu II	Stadiu III
Atrofie moderată (scor 2)	Stadiu II	Stadiu II	Stadiu III	Stadiu IV
Atrofie severă (scor 3)	Stadiu III	Stadiu III	Stadiu IV	Stadiu IV

Notă. Pentru fiecare probă de biopsie (prelevată în conformitate cu protocolul de biopsie a sistemului *Sydney* actualizat la *Houston*), atrofia este notată pe o scară cu 4 niveluri: scor 0 – lipsa atrofiei în oricare din speciemenle de biopsie obținute din același compartiment (0%), scor 1 – atrofia implică 1-30% din speciemenle de biopsie obținute din același compartiment, scor 2 – atrofia implică 31-60% din speciemenle de biopsie obținute din același compartiment, scor 3 – atrofia implică >60% din speciemenle de biopsie obținute din același compartiment. Scorul general de atrofie este evaluat în 3 speciemenle de biopsie obținute din antru (2) și din incizura angulară (1) și în 2 speciemenle obținute din corp (mucoasa oxintică). Stadiile III-IV – risc înalt de cancer; stadiile 0-II – risc scăzut de cancer.

Calcularea stadiilor sistemului *OLGA* se realizează printr-o corelație între gradul de AMG și topografia acesteia, cu un scor de la 0 la 4, ținând cont de riscul

progresiv de transformare carcinogenă, și oferă informații clinice relevante. Stadiul 0 semnifică lipsa atrofiei, stadiul 1 include pacienți cu atrofie ușoară în corp și/sau în antru, stadiul 2 – pacienți cu atrofie moderată în corp sau în antru, stadiul 3 – pacienți cu atrofie moderată în corp și în antru sau pacienți cu atrofie severă în corp sau în antru, stadiul IV include pacienți cu atrofie severă și/sau moderată în corp și/sau în antru [7, 8, 9, 12, 14, 34].

Beneficiile pe care această stadializare le aduce față de cele precedente constau în capacitatea acestui scor de a oferi informații sugestive cu privire la diagnosticul bolii, cu o personalizare a tratamentului. Sistemul *OLGA* permite detectarea și abordarea terapeutică a stadiilor III și IV de gastrită, a căror evoluție spre malignitate este deja demonstrată. Studiile efectuate susțin existența unei corelații între stadiul avansat al gastritelor și dezvoltarea CG, iar rezultatele care reies din urmărirea pe termen lung a pacienților cu gastrită și a căror abordare terapeutică a fost făcută conform stadiului *OLGA* indică realizarea unei prevenții eficiente [14, 31].

8. Clasificarea OLGIM derivă din clasificarea *OLGA*, are la bază algoritmul similar al acesteia, însă ia în calcul doar evaluarea extinderii și a severității MIG, identificate în piesele de biopsie (tabelul 3).

Tabelul 3

Scala vizuală a clasificării *OLGIM* a gastritelor cronice

Scorul MIG. Biopsie din antrul gastric (include incizura angulară)	Scorul MIG Biopsie din corpul gastric			
	Lipsa MIG. Scor 0	MIG ușoară. Scor 1	MIG moderată. Scor 2	MIG severă. Scor 3
Lipsa MIG (scor 0)	Stadiu 0	Stadiu I	Stadiu II	Stadiu II
MIG ușoară (scor 1)	Stadiu I	Stadiu I	Stadiu II	Stadiu III
MIG moderată (scor 2)	Stadiu II	Stadiu II	Stadiu III	Stadiu IV
MIG severă (scor 3)	Stadiu III	Stadiu III	Stadiu IV	Stadiu IV

Notă. Pentru fiecare probă de biopsie (prelevată în conformitate cu protocolul de biopsie a sistemului *Sydney* actualizat la *Houston*), MIG este notată pe o scară cu 4 niveluri: scor 0 – lipsa MIG în oricare din speciemenle de biopsie obținute din același compartiment (0%), scor 1 – MIG implică 1-30% din speciemenle de biopsie obținute din același compartiment, scor 2 – MIG implică 31-60% din speciemenle de biopsie obținute din același compartiment, scor 3 – MIG implică >60% din speciemenle de biopsie din același compartiment. Scorul general de MIG este evaluat în 3 speciemenle de biopsie obținute din antru (2) și din incizura angulară (1) și în 2 speciemenle de biopsie obținute din corp (mucoasa oxintică). Stadiile III-IV – risc înalt de cancer, stadiile 0-II – risc scăzut de cancer.

Fiind evaluat numai gradul de MIG, sensibilitatea clasificării *OLGIM* pentru depistarea subiecților cu risc crescut de CG este mai mică, comparativ cu clasificarea *OLGA* [1, 5, 7, 9, 14, 35].

Ambele sisteme de stadializare – *OLGA* și *OLGIM* – stratifică subiecții în clase de risc și au constatat o asociere semnificativă între stadiile *OLGA/OLGIM* III-IV și riscul crescut de cancer gastric, în special de tip intestinal, comparativ cu stadiile *OLGA/OLGIM* 0-II. Această corelație a sugerat că stadiile III-IV pot servi ca FR independenți pentru CG și impune necesitatea monitorizării frecvente a pacienților cu risc crescut, fapt ce ar facilita implementarea strategiilor de prevenire și de intervenție timpurie, cu îmbunătățirea prognosticului. Este evident că aceste două sisteme de clasificare au o valoare clinică considerabilă în screeningul CG și în supravegherea pacienților cu leziuni gastrice precanceroase [1, 5, 32, 36–39].

Cu toate acestea, aplicarea sistemelor *OLGA* și *OLGIM* în practica clinică este limitată. Clasificările sunt aplicate, în principal, în Europa și America [19, 31]. Datele unui sondaj realizat în Italia au arătat că aceste sisteme de stadializare histologică au fost utilizate în mai puțin de 20% din cazurile de endoscopie superioară cu biopsii gastrice, de aceea lipsesc informații relevante din punct de vedere clinic pentru majoritatea cazurilor în practica clinică. Autorii au concluzionat că aplicarea sistemelor de stadializare histologică *OLGA* și *OLGIM* la pacienții cu GCA trebuie implementată pe larg în practica clinică [19].

Concluzii

1. Atât sistemul original *Sydney*, cât și versiunea actualizată *Houston* sunt încă ghiduri acceptabile și sunt utilizate în multe centre din întreaga lume. Clasificările endoscopice *Kimura-Takemoto* și *Kyoto* sunt folosite pe scară largă în Japonia.

2. Sistemele de stadializare *OLGA* și *OLGIM* clasifică pacienții cu gastrită cronică atrofică în stadii cu risc înalt de a dezvolta cancer gastric, sunt cele mai fiabile și puternice sisteme care permit recunoașterea pacientului cu un risc mai mare de a dezvolta CG, însă punerea acestora în practica clinică este limitată.

3. Implementarea sistemelor *OLGA* și *OLGIM* de clasificare și de abordare a gastritelor cronice în practica medicală din Republica Moldova este necesară pentru a reduce maximal ratele de incidență și de mortalitate provocate de cancerul gastric – afecțiune cu o frecvență crescută. Prin aplicarea acestor sisteme de stratificare pentru gastritele cronice atrofice, pacienții ar putea beneficia de un tratament adecvat începând într-un stadiu premalign.

Bibliografie

1. Crafa P., Russo M., Miraglia C., et al. From Sidney to OLGA: an overview of atrophic gastritis. In: *Acta Biomed.* 2018, vol. 89(8-5), pp. 93-99.
2. Koulis A., Buckle A., Boussioutas A. Premalignant lesions and gastric cancer: Current understanding. In: *World J. Gastrointest. Oncol.* 2019, vol. 11(9), pp. 665-678.
3. Park Y., Kim N. Review of atrophic gastritis and intestinal metaplasia as a premalignant lesion of gastric cancer. In: *J. Cancer Prev.* 2015, vol. 20(1), pp. 25-40.
4. Pimentel-Nunes P., Libânio D., Marcos-Pinto R., et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. In: *Endoscopy.* 2019, vol. 51(4), pp. 365-388.
5. Cotruță B. *Factori de predicție ai leziunilor premaligne avansate gastrice și ai cancerului gastric.* Rezumat. București: Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila". 2018. 38 p.
6. Martínez D., Otero W., Ricaurte O. A Case and Control Study of the OLGA System's Impact on Detection of Chronic Atrophic Gastritis in Colombia. In: *Rev. Col. Gastroenterol.* 2016, vol. 31(4), pp. 358-364.
7. Rugge M., Capelle L., Cappellesso R., et al. Precancerous lesions in the stomach: from biology to clinical patient management. In: *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2013, vol. 27(2), pp. 205-223.
8. Rugge M., Correa P., Di Mario F., et al. OLGA staging for gastritis: a tutorial. In: *Dig. Liver Dis.* 2008, vol. 40(8), pp. 650-658.
9. Capelle L., de Vries A., Haringsma J., et al. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis. In: *Gastrointest. Endosc.* 2010, vol. 71(7), pp. 1150-1158.
10. Rugge M., Genta R., Fassan M., et al. OLGA Gastritis Staging for the Prediction of Gastric Cancer Risk: A Long-term Follow-up Study of 7436 Patients. In: *Am. J. Gastroenterol.* 2018, vol. 113(11), pp. 1621-1628.
11. Sugano K., Tack J., Kuipers E., et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. In: *Gut.* 2015, vol. 64(9), pp. 1353-1367.
12. Rugge M., Pennelli G., Pillozzi E., et al. Gastritis: the histology report. In: *Dig. Liver Dis.* 2011, vol. 43 (suppl. 4), pp. 373-384.
13. Rodriguez-Castro K., Franceschi M., Noto A., et al. Clinical manifestations of chronic atrophic gastritis. In: *Acta Biomed.* 2018, vol. 89(8-5), pp. 88-92.
14. Piciu A., Gheban D., Dumitrașcu D. Valoarea diagnostică și prognostică a clasificării "OLGA" a gastritelor cronice. In: *Medicina Internă.* 2016, vol. 13(1), pp. 49-54.
15. Sipponen P., Price A. The Sydney System for classification of gastritis 20 years ago. In: *J. Gastroenterol. Hepatol.* 2011, vol. 26 (suppl. 1), pp. 31-34.
16. Stolte M., Meining A. The updated Sydney system: classification and grading of gastritis as the basis of diagnosis and treatment. In: *Can. J. Gastroenterol.* 2001, vol. 15(9), pp. 591-598.
17. Chen M.Y., Ott D.J., Clark H.P., Gelfand D.W. Gastritis: classification, pathology, and radiology. In: *South Med. J.* 2001, vol. 94(2), pp. 184-189.

18. Correa P, Yardley J. Grading and classification of chronic gastritis: one American response to the Sydney system. In: *Gastroenterology*. 1992, vol. 102(1), pp. 355-359.
19. Lahner E., Zagari R., Zullo A., et al. Chronic atrophic gastritis: Natural history, diagnosis and therapeutic management. A position paper by the Italian Society of Hospital Gastroenterologists and Digestive Endoscopists [AIGO], the Italian Society of Digestive Endoscopy [SIED], the Italian Society of Gastroenterology [SIGE], and the Italian Society of Internal Medicine [SIMI]. In: *Dig. Liver Dis*. 2019, vol. 51(12), pp. 1621-1632.
20. Rugge M., Genta R. Staging and grading of chronic gastritis. In: *Hum. Pathol*. 2005, vol. 36(3), pp. 228-233.
21. Valdes-Socin H., Leclercq P., Polus M., et al. Chronic autoimmune gastritis: a multidisciplinary management. In: *Rev. Med. Liege*. 2019, vol. 74(11), pp. 598-605.
22. Liu Y., Uemura N., Xiao S., et al. Agreement between endoscopic and histological gastric atrophy scores. In: *J. Gastroenterol*. 2005, vol. 40(2), pp. 123-127.
23. Dohi O., Majima A., Naito Y., et al. Can image-enhanced endoscopy improve the diagnosis of Kyoto classification of gastritis in the clinical setting? In: *Dig. Endosc*. 2020, vol. 32(2), pp. 191-203.
24. Toyoshima O., Nishizawa T., Koike K. Endoscopic Kyoto classification of Helicobacter pylori infection and gastric cancer risk diagnosis. In: *World J. Gastroenterol*. 2020, vol. 26(5), pp. 466-477.
25. Quach D., Le H., Hiyama T., et al. Relationship between endoscopic and histologic gastric atrophy and intestinal metaplasia. In: *Helicobacter*. 2013, vol. 18(2), pp. 151-157.
26. Quach D., Hiyama T. Assessment of Endoscopic Gastric Atrophy according to the Kimura-Takemoto Classification and Its Potential Application in Daily Practice. In: *Clin. Endosc*. 2019, vol. 52(4), pp. 321-327.
27. Yoshii S., Mabe K., Watano K., et al. Validity of endoscopic features for the diagnosis of Helicobacter pylori infection status based on the Kyoto classification of gastritis. In: *Dig. Endosc*. 2020, vol. 32(1), pp. 74-83.
28. Sugimoto M., Ban H., Ichikawa H., et al. Efficacy of the Kyoto Classification of Gastritis in Identifying Patients at High Risk for Gastric Cancer. In: *Intern Med*. 2017, vol. 56(6), pp. 579-586.
29. Toyoshima O., Nishizawa T., Arita M., et al. Helicobacter pylori infection in subjects negative for high titer serum antibody. In: *World J. Gastroenterol*. 2018, vol. 24(13), pp. 1419-1428.
30. Take S., Mizuno M., Ishiki K., et al. Risk of gastric cancer in the second decade of follow-up after Helicobacter pylori eradication. In: *J. Gastroenterol*. 2020, vol. 55(3), pp. 281-288.
31. Zhou Y., Li H., Zhang J., et al. Operative link on gastritis assessment stage is an appropriate predictor of early gastric cancer. In: *World J. Gastroenterol*. 2016, vol. 22(13), pp. 3670-3678.
32. Cho S.J., Choi I.J., Kook M.C., et al. Staging of intestinal and diffuse-type gastric cancers with the OLGA and OLGIM staging systems. In: *Aliment. Pharmacol. Ther*. 2013, vol. 38(10), pp. 1292-1302.
33. Langner C. Precursors of gastric cancer: Dysplasia and adenoma. In: *Der Pathologe*. 2017, vol. 38(2), pp. 67-74.
34. Daugule I., Sudraba A., Chiu H., et al. Gastric plasma biomarkers and Operative Link for Gastritis Assessment gastritis stage. In: *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol*. 2011, vol. 23(4), pp. 302-307.
35. Rugge M., Fassan M., Pizzi M., et al. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. In: *World J. Gastroenterol*. 2011, vol. 17(41), pp. 4596-4601.
36. Yue H., Shan L., Bin L. The significance of OLGA and OLGIM staging systems in the risk assessment of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. In: *Gastric Cancer*. 2018, vol. 21(4), pp. 579-587.
37. Bornschein J., Bird-Lieberman E., Malfertheiner P. The Rationale and Efficacy of Primary and Secondary Prevention in Adenocarcinomas of the Upper Gastrointestinal Tract. In: *Dig. Dis*. 2019, vol. 37(5), pp. 381-393.
38. Al-Nuaimya W.M., Faisalb H.M. Endoscopical and Histopathological Interpretation of Gastritis in Nineveh Province. In: *Ann. Coll. Med. Mosul*. 2019, vol. 41(1), pp. 28-35.
39. Kono S., Gotoda T., Yoshida S., et al. Can endoscopic atrophy predict histological atrophy? Historical study in United Kingdom and Japan. In: *World J. Gastroenterol*. 2015, vol. 21(46), pp. 13113-13123.

Adriana Botezatu, doctorandă, asistent universitar,
 Departamentul *Medicină Internă*,
 IP USMF Nicolae Testemițanu,
 tel.: 079620623,
 e-mail: adryana85@mail.ru