



## Polipi gastrici: gestione pratica

**Data** 28 maggio 2026  
**Categoria** gastroenterologia

Che fare quando all'esame gastroscopico si diagnostica la presenza di uno o più polipi gastrici?

Gli autori di questo aggiornamento sulla gestione dei polipi gastrici sono partiti dalla constatazione che queste neoplasie vengono spesso riscontrate casualmente durante un'esofago-gastro-duodeno-scopia (EGDS). Di seguito le raccomandazioni principali.

- 1) I polipi vanno asportati e sottoposti ad esame istologico ed è necessario eseguire anche una biopsia della mucosa gastrica circostante.
- 2) Si deve determinare la presenza di *Helicobacter pylori* e in caso di positività procedere alla eradicazione.
- 3) Se il paziente assume un PPI per un'indicazione appropriata può continuare ad assumerlo anche in presenza di polipi gastrici.
- 4) La resezione dei polipi può avvenire con tecnica tradizionale (ansa e pinza da biopsia, resezione della mucosa) o con la dissezione endoscopica sottomucosa.
- 5) In caso di più polipi si devono asportare quelli più voluminosi, quelli più piccoli possono essere asportati o campionati.
- 6) Un basso rischio di trasformazione si ha per i polipi delle ghiandole fundiche; rischio maggiore si ha per i polipi iperplastici che sono associati all'infezione da HP; i polipi che all'esame istologico si dimostrano essere adenomi sono considerati precursori neoplastici.
- 7) Il follow-up dipende dal risultato dell'esame istologico sia dei polipi che della mucosa gastrica: se presente displasia di basso grado è opportuna una EGDS di controllo dopo 12 mesi (dopo 6 mesi se la resezione è stata parziale); se displasia di alto grado si raccomanda una EGDS dopo 6 mesi (dopo 3 mesi se resezione parziale); si consiglia una EGDS di controllo se la biopsia della mucosa vicina al polipo mostra metaplasia e/o gastrite atrofica.
- 8) In generale il tipo di sorveglianza è guidato:
  - a) dalle dimensioni del polipo (indipendentemente dal tipo): il rischio di trasformazione è maggiore per i polipi di diametro superiore a 10 mm;
  - b) dalla presenza di displasia;
  - c) dalla presenza di gastrite autoimmune o di gastrite correlata a infezione da HP di lunga data con atrofia.

Chedere?

Questo aggiornamento è utile non solo allo specialista gastroenterologo ma anche al medico curante che deve spiegare il referto endoscopico e istologico e garantire che il paziente segua il protocollo di sorveglianza raccomandato. Tale compito non è affatto banale, soprattutto nel caso di follow-up prolungati nel tempo.

Le linee guida affermano che la terapia con PPI può essere continuata anche in presenza di polipi, ma si deve valutare se l'indicazione è appropriata, tanto più che l'uso cronico favorisce deficit di B12, ferro e magnesio.

Un riscontro di gastrite atrofica o metaplasia nella biopsia della mucosa circostante impone non solo un monitoraggio più strutturato, ma anche la verifica dello stato nutrizionale.

Nel paziente anziano o fragile se si riscontrano polipi piccoli a basso rischio istologico si possono prevedere intervalli di sorveglianza più lunghi o, in accordo con lo specialista, rinunciare a ulteriori procedure.

**Renato Rossi**

### Bibliografia

Buchner AM, et al. AGA clinical practice update on management of gastric polyps: Expert review. Clin Gastroenterol Hepatol 2026 Apr; 24:893. DOI: 10.1016/j.cgh.2026.01.007.