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 neoformazioni 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.

Chedire?

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.

RenatoRossi

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.