

Terminologie endoscopică

Având în vedere importanța informațiilor furnizate, se poate spune că gastroscopia este o investigație ce presupune un mare grad de responsabilitate, cu atât mai mult cu cât interpretarea modificărilor nu este totdeauna ușoară. Din acest motiv s-a impus necesitatea standardizării diagnosticului endoscopic pe baza unei terminologii cunoscute, bine definite, sistematizate și unanim acceptate.

Diagnosticul endoscopic se va face astfel în două etape:

- ◆ Descrierea aspectelor endoscopice
- ◆ Interpretarea leziunilor vizualizate.

Aspectele endoscopice care pot fi vizualizate la nivelul stomacului sunt în mare parte asemănătoare cu cele de la nivelul celorlalte segmente ale tubului digestiv și au fost standardizate din punct de vedere al terminologiei. Se vor urmări modificările de lumen, conținut, perete, peristaltică, mucoasă, prezența hemoragiei, modificările de suprafață, protruziile și leziunile subdenvelate ale mucoasei.

1. Lumenul poate fi:

1.1. **Normal.**—Stomacul gol este colabat iar vizibilitatea intragastrică este dificilă. După insuflație vizibilitatea crește. Toleranța la insuflație este individuală.

1.2. Mărit

1.2.1. **Destins** —mărirea trecătoare a calibrului prin insuflația mare de aer.

1.2.2. **Dilatat** —mărirea lumenului datorită hipotoniei peretelui sau obstrucției distale.

1.3. **Diminuat** —micșorarea lumenului poate fi parțială (îngustare, strâmtorare) sau totală (ocluzie). Scăderea de calibru este reversibilă sau ireversibilă.

1.3.1. **Îngustarea reversibilă (funcțională)** se poate produce prin:

1.3.1.1. **Contractie** care este o îngustare funcțională fiziologică survenită în urma unei peristaltice sau contracției sfincteriene fiziologice. În acest caz relaxarea musculaturii apare prin insuflație sau presiune moderată.

1.3.1.2. **Spasm** reprezentat de o îngustare funcțională nefiziologică în cazul căreia relaxarea se produce cu ajutorul spasmoliticelor. Spasmul apare de regulă, la nivelul antrului, în special la persoane nervoase și tensionate. Spasmul semicircular al corpului poate trăda existența unui ulcer pe mica curbură.

1.3.1.3. **Scăderea toleranței la insuflație**

1.3.2. **Îngustarea ireversibilă (organică)** se poate produce prin:

1.3.2.1. **Stenoză** —îngustare permanentă a lumenului gastric sau sfincterului piloric.

1.3.2.2. **Obstrucție** —îngustare totală sau parțială printr-un obstacol care nu ține de lumen. Uzual apare în antru, de exemplu prin bezoari.

1.4. **Lumen modificat prin membrane congenitale sau septuri fibroase dobândite** (secundare ulcerului cicatrizat) care sunt vizibile de obicei în

- antru și pilor, făcând dificilă recunoașterea trecerii în bulbul duodenal (pseudopilor).
- 1.5. **Lumen modificat prin hernie sau prolaps.**
 - 1.5.1. **Prolapsul gastro-duodenal** se caracterizează prin trecerea în bulbul a pliurilor gastrice longitudinale prin pilorul beant.
 - 1.5.2. **Hernia gastrică transhiatală**
 - 1.6. **Lumen modificat prin deformări gastrice** reprezentat de:
 - 1.6.1. **Compresiune extrinsecă** din partea ficatului (curbura mică), splinei (curbura mare) sau pancreasului (fața posterioară). În acest caz mucoasa și peristaltica gastrică sunt normale.
 - 1.6.2. **Deformare intrinsecă** în care peretele poate fi lipsit de elasticitate iar peristaltica poate fi diminuată până la dispariție. Apare prin:
 - 1.6.2.1. **Cascadă gastrică.** Aceasta nu este un termen endoscopic dar poate fi suspectată atunci când înaintarea endoscopului este împiedicată de o pungă subcardială largă separată de unghi și restul lumenului gastric.
 - 1.6.2.2. **Stomacul bilocular** (în clepsidră) se asociază de obicei cu ulcerul gastric activ sau cicatrizat și este produs de o îngustare care separă polul superior de cel inferior al stomacului.
 - 1.6.2.3. **Linită plastică**
 - 1.6.2.4. **Unghi gotic** (semnul Henning) produs de un ulcer sau cicatrice în regiunea subangulară a micii curburii.
 - 1.7. Modificările lumenului la nivelul **pilorului** care poate fi:
 - 1.7.1. **Normal.** Pilorul normal este o deschidere circulară care de cele mai multe ori poate fi depășită cu ușurință de endoscop.
 - 1.7.2. **Beant**, larg deschis, de regulă, asociat cu reflux duodeno-gastric.
 - 1.7.3. **Asimetric** în caz de ulcer piloric sau juxtampiloric, cicatrice sau prin piloroplastie.
 - 1.7.4. **Spastic**
 - 1.7.5. **Stenotic** în caz de ulcer piloric sau juxtampiloric, cicatrice ori infiltrație neoplazică.
 - 1.7.6. **Obstruat în totalitate** (ocluzie).
 2. **Conținutul** gastric poate fi reprezentat de:
 - 2.1. **Salivă** ajunsă în stomac în urma deglutiției.
 - 2.2. **Suc gastric** într-o cantitate dependentă de capacitatea secretorie a stomacului, perioada din zi în care se face examinarea și de starea psihică.
 - 2.3. **Bilă** în caz de reflux duodeno-gastric.
 - 2.4. **Fecale** în caz de fistule gastro-colice sau ocluzii intestinale.
 - 2.5. **Mucus**
 - 2.6. **Sânge**, proaspăt, sub formă de cheaguri sau “în zaț de cafea”.
 - 2.7. **Puroi**
 - 2.8. **Calculi** în caz de fistule bilio-gastrice (sindromul Bouveret)
 - 2.9. **Material extern** reprezentat de:

- 2.9.1. **Alimente.** Se vorbește de reziduu alimentar dacă sunt descoperite alimente în stomac după cel puțin 6 ore de post alimentar, aspect ce are semnificația unei evacuări gastrice incomplete.
- 2.9.2. **Bezoari**
- 2.9.3. **Corpi străini** înghițiți voluntar sau involuntar
- 2.9.4. **Fire de sutură** în caz de stomac rezecat.
- 2.9.5. **Paraziți** (de exemplu ascarizi).
3. **Peretele gastric** este caracterizat de:
 - 3.1. **Elasticitate** care poate fi:
 - 3.1.1. **Normală** atunci când motilitatea este spontană și apar modificări ale conturului provocate de undele peristaltice, atingerea cu fibroscopul sau insuflație.
 - 3.1.2. **Diminuată** (rigiditate) prin insuflație, cicatrice, fibroză sau infiltrație neoplazică.
 - 3.2. **Distensibilitate** care este dependentă de elasticitatea pereților gastrici.
4. **Peristaltica** stomacului poate fi:
 - 4.1. **Normală** când undele pornesc de la nivelul unghiului spre pilor care se deschide ritmic. La începutul examinării peristaltica poate fi absentă. O peristaltică normală semnifică în același timp și o elasticitate normală.
 - 4.2. **Diminuată** sau absentă după vagotomie tronculară, gastropatie diabetică sau administrarea de antispastice.
 - 4.3. **Accentuată**, cu unde ample și frecvente apărute încă din stomacul proximal și cauzate de stenoză pilorică sau duodenală.
 - 4.4. **Retrogradă** când apar contracții propagate în sens invers ce duc de cele mai multe ori la reflux.
 - 4.5. **Refluxul** duodeno-gastric apare sub forma unui jet sau flux de bilă refluat din bulb prin pilor și are semnificație incertă. Refluxul este considerat normal după piloroplastie.
5. **Mucoasa** poate fi:
 - 5.1. **Normală** când culoarea are nuanță roșie-roz. Culoarea depinde de vascularizație, gradul de iluminare, distanța de observare și distensie. Stomacul destins are mucoasă palidă, cu pattern vascular mai accentuat în 1/3 superioară. Mucoasa are granularitate fină datorită ariilor gastrice și reflectă lumina (luciu specific). Pliurile au conformație și orientare caracteristice fiecărei regiuni gastrice. Nu există diferențe de culoare între mucoasa corpului și antru sau între antru și bulb, în schimb mucoasa esofagiană este mai palidă decât cea a stomacului.
 - 5.2. **Palidă** în caz de supradistensie sau anemie.
 - 5.3. **Atrofică** când desenul vascular se observă foarte bine.
 - 5.4. **Granulară.** Aspectul granular este normal la nivelul corpului gastric, fiind dat de ariile gastrice. În antrul piloric aspectul granular poate fi produs de hiperplazia limfoidă.
 - 5.5. **Pestriță**
 - 5.6. **Roșie** (hiperemică) când desenul vascular este accentuat și nuanța de culoare este mai intensă. Mucoasa hiperemică apare de obicei în gastrita superficială dar cei doi termeni nu sunt interschimbabili. Hiperemia poate fi sub formă de:
 - 5.6.1. **Eritem** –zonă roșie localizată.

- 5.6.2. **Mucoasă “în fagure” sau “pieptănată”** caracterizată prin existența unor spoturi roșii la nivelul crestei pliurilor.
- 5.7. **Congestionată** atunci când se combină hiperemia, edemul și exudatul. Mucoasa este roșie, tumefiată, friabilă și acoperită de exudat mucos de culoare albă sau galbenă. Pliurile sunt accentuate iar desenul vascular nu se observă. Congestia mucoasă este specifică gastritei superficiale sau hipertrofice dar termenii nu se suprapun.
- 5.8. **Ulcerată sau aftoidă** atunci când existe multiple defecte subdenivelate înconjurate de un halou hiperemic.
- 5.9. **Inflamată** (gastrita). Termenul de gastrită se poate defini doar histologic. Din punct de vedere endoscopic el denumește acele modificări difuze ale mucoasei date de hiperemie, edem și exudat. Există mai multe tipuri de gastrită:
- 5.9.1. **Gastrita (gastropatia) superficială** în care mucoasa este congestionată sau hiperemică, cu eritem peteșial pe creasta pliurilor și acoperită de mucus aderent.
- 5.9.2. **Gastrita (gastropatia) atrofică** în care mucoasa este subțire, permițând vizualizarea desenului vascular. Spoturile mai palide sunt specifice metaplaziei intestinale.
- 5.9.3. **Gastrita (gastropatia) hipertrofică** în care pliurile sunt tumefiate și persistă la insuflație moderată.
6. **Hemoragia** este un termen care se referă la totalitatea manifestărilor clinice și endoscopice ale sângerării dar și la sechelele acesteia. Termenul de *sângerare (activă)* se referă la procesul de extravazare a sângelui în lumenul gastric. Termenul de *perioadă intrahemoragică* se referă la intervalul de timp în care continuă sângerarea. Sângele din lumen poate fi lichid sau parțial coagulat. Termenul de *perioadă posthemoragică* se referă la intervalul de timp în care sângerarea a încetat dar pot fi observate diverse sechele (stigmat) ale hemoragiei. Conținutul hematic din lumen poate fi sub formă de sânge proaspăt, cheag aderent sau zaț de cafea.
- 6.1. **Manifestările sângerării mucoase active** sunt reprezentate de:
- 6.1.1. **Punctele hemoragice**
- 6.1.2. **Spoturile hemoragice** (diametru de 1–5 mm)
- 6.1.3. **Sângerarea mucoasă localizată** (diametru >5 mm)
- 6.1.4. **Sângerarea mucoasă difuză** când este afectat stomacul în totalitate sau în cea mai mare parte.
- 6.2. **Tipul sângerării** în funcție de viteza extravazării sângelui este:
- 6.2.1. **“În pânză”** (oozing, trickling) când sângele roșu strălucitor bălțește sau curge lin (șiroiește) dintr-o regiune aparent îndemnă a mucoasei. Acest fel de hemoragie are origine capilară.
- 6.2.2. **“În flux continuu”** (flowing) când sângele curge dintr-un vas venos
- 6.2.3. **“În jet pulsatil”** (spurting) când sângele țâșnește dintr-o arteră care se poate uneori vizualiza.
- 6.2.4. **Masivă** atunci când datorită debitului sanguin foarte mare hemostaza și coagularea spontană este împiedicată.

- 6.3. **Stigmatete sângerării** vizibile în perioada posthemoragică sunt reprezentate de:
- 6.3.1. **Cheagul hematic** care apare sub formă de:
 - 6.3.1.1. **Cheag în lumen**
 - 6.3.1.2. **Cheag aderent**
 - 6.3.1.3. **Cheag sentinelă** dispus la nivelul breșei vasculare de la baza ulcerului.
 - 6.3.2. **Materialul “în zaț de cafea”**
 - 6.3.3. **Peteșile** sunt puncte sau spoturi hemoragice produse de capilarele subepiteliale dilatate sau de infiltratul hemoragic. Termenul nu se folosește în caz de sângerare activă.
 - 6.3.4. **Echimozele** (subfuziunile hemoragice) sunt arii mai mari de hemoragie submucoasă.
 - 6.3.5. **Spoturile negre** sunt puncte sau spoturi formate prin transformarea hematinei și se observă în perioada posthemoragică tardivă.
 - 6.3.6. **Eroziunile hemoragice** sunt defecte ovale sau liniare ale mucoasei acoperite de cruste hematice roșii–maronii. Termenul nu se folosește în caz de sângerare activă.
 - 6.3.7. **Exulcerațiile simple** apar în boala Dieulafoy (Exulceratio simplex) sunt produse prin sângerarea unor malformații vasculare și au localizare mai ales subcardială.
 - 6.3.8. **Vasele vizibile** se observă sub forma unor proiecții de culoare roșie sau brun–închisă, dispuse la baza unui crater ulceros acoperit de un cheag aderent (cheag sentinelă).
- 6.4. **Sursa sângerării** poate fi:
- 6.4.1. **Sângerarea artefactuală** (traumatică) când hemoragia apare prin traumatizarea mucoasei de către endoscopist, mai ales la nivelul porțiunilor mai îngustate ale lumenului.
Atunci când mucoasa are tendință sporită de a sângera la contactul obișnuit cu endoscopul se vorbește de mucoasă friabilă sau sângerare de contact.
 - 6.4.2. **Sângerarea nedeterminată** când nu poate fi precizat locul hemoragiei (sânge “transportat”).
Sângele poate proveni în stomac atât de la nivelul segmentelor digestive supra- cât și a celor subiacente.
Dacă sângerarea este activă trebuie precizată direcția de curgere.
Dacă stomacul conține atât sânge proaspăt cât și sânge coagulat este obligatorie stabilirea ariei sângerării active.
 - 6.4.3. **Sângerarea mucoasă non–artefactuală** este o hemoragie localizată în zonelor neatinse cu fibroscopul. În perioada intrahemoragică se prezintă ca sângerare activă, iar în perioada posthemoragică apare sub forma stigmatelor hemoragice. Sângerarea mucoasă non–artefactuală are mai multe forme de manifestare:
 - 6.4.3.1. **Gastropatia hemoragică** cu aspect diferit în timp. În perioada intrahemoragică mucoasa sângerează difuz sau din regiuni multiple și se observă sânge proaspăt sau coagulat depus

pe peretele gastric. În perioada posthemoragică precoce (în primele ore) se observă leziuni punctiforme sau fisuri acoperite de cheaguri sau sânge alterat, iar ulterior de hematină reziduală. După 24–48 ore leziunile își schimbă treptat culoarea spre galben-pal (fibrină) și ulterior dispar.

Termenul de gastropatie hemoragică nu este sinonim cu cel de gastrită erozivă sau hemoragică.

- 6.4.4. **Sângerarea mucoasă localizată** poate apare la nivelul oricărei leziuni, în vecinătatea sau la distanță de aceasta. Intrahemoragic, leziunile mici (cum sunt eroziunile) nu pot fi observate deoarece sunt acoperite de sânge. Leziunile voluminoase (ulcer, tumori) pot sângera “în jet” sau prezintă vase sanguine vizibile. Posthemoragic, stigmatul sângerării indică sursa hemoragiei precum și timpul scurs de la aceasta deoarece inițial se observă doar cheagul aderent, iar ulterior apar spoturi negre la locul sângerării.

Cele mai frecvente leziuni cu potențial hemoragic sunt:

- 6.4.4.1. **Fisurile Mallory–Weiss**, leziuni acoperite de fibrină, cu formă liniară și dimensiuni reduse, care pot fi surse de hemoragii masive.

- 6.4.4.2. **Varicele gastrice** sunt localizate mai ales în fornixul gastric și mai rar în antru. Aspectul congestiv al varicelor indică cu mare probabilitate sursa hemoragiei.

- 6.4.4.3. **Ulcerul gastric** poate sângera dintr-un vas protruziv în crater (hemoragie pulsatilă “în jet”) sau din margini (hemoragie de tip capilar sau venos).

Vasele protruzive observate în perioada posthemoragică indică un risc mare de recidivă.

Stigmatul hemoragic din apropierea ulcerului observat în perioada posthemoragică indică cu mare probabilitate că ulcerul este sursa hemoragiei.

Stigmatul hemoragic la distanță de ulcer, observat în perioada posthemoragică sugerează posibilitatea altei leziuni decât ulcerul ca sursă a hemoragiei.

7. **Leziunile plate** ale mucoasei sunt de mai multe feluri:

- 7.1. **Spoturile** sunt mici arii cu textură și colorație diferită față de restul mucoasei. Spoturile cu granularitate neobișnuită în regiunea antro-pilorică au ca substrat metaplazia intestinală.

- 7.2. **Depozitele** de la nivelul mucoasei gastrice sunt reprezentate de depuneri de exudat, mucus vâscos, fibrină.

- 7.3. **Plăcile** sunt mici arii anormale de mucoasă, cu formă neregulată. Plăcile albe de la nivelul pliurilor, având un diametru de 2–5 mm sunt produse de depunerile lipidice în mucoasa atrofică.

- 7.4. **Aftele** sunt spoturi roșii sau de culoare galbenă cu halou roșu, situate pe pliuri congestionate. Din punct de vedere histologic aceste leziuni corespund gastritei acute sau cronice, erozive sau non-erozive, asociate sau nu cu depozite exudative fibrino-purulente.

Termenul de aftă nu este sinonim cu cel de gastrită erozivă.

Termenul de gastropatie aftoasă se referă la o suferință gastrică în care apare una sau mai multe afte, de regulă, la nivelul antrului gastric.

7.5. **Infiltrația** este o arie mucoasă plată sau ușor supradenivelată cu structură histologică modificată. Pliurile sunt dezorganizate și peretele pare rigid. Infiltrația apare în caz de inflamație, scleroză sau neoplazie. Infiltrația inflamatorie survine în caz de gastrită eozinofilică, gastrită flegmonoasă, hiperplazie a foliculilor limfatici (hiperplazie nodulară focală), boală Ménétrier, sindrom Zollinger–Ellison și boală Crohn. Infiltrația neoplazică apare în următoarele situații:

A. **Cancer infiltrativ** în care apar diferențe de culoare (roșie sau pestriță), relief (supradenivelare, aspect nodular), elasticitate (perete rigid, fără peristaltică) și friabilitate față de mucoasa normală. Cancerul infiltrativ (tip Bormann IV) este relativ frecvent și foarte malign.

B. **Cancerul gastric precoce** formă plată (tip II_b) are aspect asemănător cu precedentul, dar examenul histopatologic stabilește diagnosticul.

C. **Limfomul și pseudolimfomul gastric** apare mai rar sub formă infiltrativă (de obicei dă leziuni protruzive).

7.6. **Modificările vasculare** sunt de mai multe tipuri:

7.6.1. **Desenul vascular normal.** În mod normal rețeaua vasculară se observă doar în porțiunea proximală a corpului gastric.

7.6.2. **Desenul vascular șters** apare în caz de hiperemie, congestie sau inflamație.

7.6.3. **Desenul vascular accentuat** apare în caz de supradistensie sau atrofie gastrică

7.6.4. **Angiectazia** este o malformație vasculară unică sau multiplă, congenitală sau dobândită care apare sub forma unor puncte, spoturi sau ca o pânză de păianjen. Angiectaziile se asociază de regulă, cu ciroza hepatică, insuficiența renală cronică sau cu diverse coagulopatii.

Telangiectazia ereditară se manifestă prin apariția unor spoturi roșii cu margini imprecise ce se decolorează la compresiune și care sunt localizate la nivelul pielii și mucoaselor (inclusiv pe mucoasa gastrică).

8. **Modificările protruzive** ale mucoasei sunt reprezentate de:

8.1. **Pliurile gastrice** care pot fi:

8.1.1. **Normale**, având o orientare longitudinală de-a lungul micii curburi și în rețea la nivelul curburii mari și celor două fețe. Mucoasa normală are capacitatea de a se plia și deplia în funcție de insuflație. Pliabilitatea se observă cel mai bine la nivelul curburii mari unde pliurile tortuoase se aplatizează, dar persistă la insuflație și al curburii mici unde pliurile pot să dispară complet.

8.1.2. **Șterse sau absente** în caz de supradistensie sau atrofie mucoasă

8.1.3. **Lărgite**, dar fără semnificație patologică dacă mucoasa este normală și pliabilitatea (elasticitatea) păstrată.

- 8.1.4. **Congestionate** în caz de lărgire edematoasă a pliurilor asociată cu exudat și afte pe creasta pliurilor secundară inflamației sau iritației mucoasei.
- 8.1.5. **Gigante** care pot apare:
 - 8.1.5.1. **Idiopatic** la cei cu tulburări gastrice hiperkinetice (primare sau secundare ulcerului duodenal).
 - 8.1.5.2. **Secundar** hiperplaziei sau infiltrației în caz de hiperplazie foveolară din boala Ménétrier, hiperplazie glandulară în sindromul Zollinger–Ellison, gastropatie aftoasă, gastrită eozinofilică, gastrită flegmonoasă, limfom sau cancer gastric infiltrativ.
 - 8.1.5.3. **Postoperator**
- 8.1.6. **Deformate**, semnificând un cancer gastric precoce și prezentând forme și aspecte diverse:
 - 8.1.6.1. **Pliuri “în punte”**
 - 8.1.6.2. **Pliuri radiare, convergente**
 - 8.1.6.3. **Pliuri ascuțite**, de formă conică
 - 8.1.6.4. **Pliuri cu margine abruptă**
 - 8.1.6.5. **Pliuri “în măciucă”**
 - 8.1.6.6. **Pliuri fuzionate**
 - 8.1.6.7. **Pliuri cu margini erodate.**
- 8.2. **Mucoasa granulară** se întâlnește în cazul de hiperplaziei foveolare din boala Ménétrier sau în hiperplazia glandulară din sindromul Zollinger–Ellison.
- 8.3. **Mucoasa “în pietre de pavaj”** sugerează o afectare gastrică în boala Crohn.
- 8.4. **Papulele** sunt supradenivelări conice cu baza largă de implantare (sesile), cu diametru de 0,1–1 cm, unice sau multiple. În funcție de aspect papulele sunt de mai multe tipuri:
 - 8.4.1. **Simple**, cu mucoasă supraiacentă nemodificată.
 - 8.4.2. **Ombilicate**, prezentând o depresiune centrală sau supradenivelare periferică (în hiperplazia foveolară).
 - 8.4.3. **Aftoase**, în realitate afte situate pe un plan mai supradenivelat al mucoasei.

Tab. 1: Clasificarea endoscopică a gastropatiilor* conform Organizației Mondiale de Endoscopie Digestivă (OMED)

Tipul gastropatiei	Descriere
Hemoragică	Multiple manifestări hemoragice, inclusiv sângerarea mucoasă difuză
Aftoasă	Afte unice sau multiple dispuse la nivelul pliurilor congestionate
Papuloasă (varioliformă)	Multiple papule de diverse aspecte: simple, ombilicate, aftoase

* –din punct de vedere endoscopic este preferabil termenul de gastropatie celui de gastrită deoarece acesta presupune cunoașterea aspectului histologic.

- 8.4.4. **Hemoragice**, cu centru hemoragic sau conținând hematină.
- 8.4.5. **Gastropatia papuloasă (varioliformă)** se caracterizează din punct de vedere histologic prin existența infiltratului inflamator leucocitar iar din punct de vedere endoscopic prin existența papulelor de diferite tipuri: ombilicate sau aftoase în perioadele de activitate, papule simple în perioadele de remisiune a bolii (Tab. I).
- 8.4.6. **Glandele transformate chistic** apar sub forma unor protruzii cu diametru <5 mm localizate în corpul gastric.
- 8.5. **Polipii și polipoza.** Polipii sunt protruzii circumscrise sesile sau pediculate ale mucoasei. Ei pot să aibă bază bine delimitată (polipi pediculați, semipediculați sau sesili) ori imprecis delimitată (polipi sesili). Polipii pot fi izolați (unici) grupați sau diseminați (în caz de polipoză). Cei mai mulți polipi sunt de tip hiperplastic și mai rar de tip hiperplaziogen, adenomatos sau carcinomatos. Pancreasul ectopic seamănă cu un polip sesil al mării curburi antrale care prezintă o fantă centrală.
- 8.6. **Leziunile polipoide** sunt reprezentate de:
- 8.6.1. **Granulomul de fir**
- 8.6.2. **Pseudopolip.**
- 8.7. **Tumorile** sunt acele formațiuni protruzive care nu intră în nici una din categoriile mai sus menționate (pliuri, varice, polipi etc.). Deși termenul de tumoră este pur descriptiv, fără substrat histologic, în mod uzual se referă la o formațiune neoplazică. Tumorile sunt din punct de vedere endoscopic de mai multe tipuri:
- 8.7.1. **Submucoase** care sunt protruzii cu mucoasă supraiacentă normală și de natură malignă sau benignă. Tumorile submucoase benigne prezintă următoarele semne endoscopice:
- * *Semnul cortului* –mucoasa supraiacentă este mobilă și poate fi ridicată prin smulgerea cu pensa de biopsie;
 - * *Semnul pliului în punte* (semnul Schindler) constă în convergența pliurilor spre tumoră;
 - * *Semnul pernei* –producerea unei impresiuni (denivelări) pe suprafața tumorii prin apăsare cu pensa de biopsie. Apare în caz de tumori cu consistență redusă (lipoame).
- 8.7.2. **Polipoide** (polipi maligni).
- 8.7.3. **Vegetante** (fungoide) –protruzii exofitice de formă neregulată, cu suprafață rugoasă.
- 8.7.4. **Ulcerate**
- 8.7.5. **Infiltrative**
- 8.8. **Protruziile vasculare** sunt reprezentate de:
- 8.8.1. **Hemangiom** –protruzie polipoidă de culoare roșie–albăstruie.
- 8.8.2. **Varice gastrice** situate în regiunea subcardială, asemănătoare cu polipii sau pliurile îngroșate, dar de culoare albăstruie și asociate cu diverse semne de hipertensiune portală.

- 8.9. **Compresiunile gastrice extrinseci** seamănă din punct de vedere endoscopic cu tumorile submucoase.
9. **Leziunile subdenivelate și excavate** ale mucoasei (defectele mucoasei) sunt reprezentate de:
- 9.1. **Fisură** care este o despicătură strâmtă, acoperită de sânge și fibrină ce apare în sindromul Mallory–Weiss.
- 9.2. **Eroziunea** este un defect al epiteliului de suprafață și porțiunii superficiale a mucoasei fără să intereseze musculara mucoasei (diagnostic diferențial cu ulcerul). Eroziunile nu pot fi observate în cursul sângerării active.
- 9.3. **Ulcerul** este un defect mai larg și mai profund decât eroziunea. Natura ulcerului este sugerată de aspectul bazei, margini și mucoasa adiacentă (Tab. II). Dimensiunile gigante (>20 mm), marginile neregulate, nodulare și craterul cu aspect necrotic sunt semne probabile de malignitate (cancerului gastric ulceriform).
Observarea vaselor protruzive la nivelul craterului semnifică un risc mare de sângerare sau resângerare.
Marginile roșii, hiperemice caracterizează perioada de activitate a ulcerului.
Marginile nete și supradenivelate sunt caracteristice ulcerelor cronice. Reducerea dimensiunilor la examinări succesive și modificarea formei craterului de la ovală la forma liniară sau cu zone alternând ulcerate și cicatrizate (*salami ulcer*) indică evoluția spre vindecare.
- 9.4. **Ulceratiia** este un defect al unui țesut anormal ca structură histologică ori localizare.
Termenul de ulceratiie la nivelul unei tumori este sinonim cu cel de tumoră ulcerată.
- 9.5. **Cicatricea** este o depresiune sau deformare albicioasă a mucoasei cu pliurile convergente consecutivă unui ulcer.
- 9.6. **Deschiderile anormale** sunt reprezentate de:

Tab. II: Elemente endoscopice de diferențiere a ulcerului gastric benign de cel malign

	Ulcer benign	Ulcer malign
Marginile craterului	Nete (“ștanțate”)	Imprecise, “în pantă lină”, “în pată de ulei”
Baza craterului	Netedă, acoperită de fibrină	Mamelonată, nodulară
Mucoasa adiacentă	Hiperemică, edemațiată	Nodulară
Pliurile	La marginea craterului	La distanță de crater Modificate (“în măciucă”, fuzionate etc.)
Peristaltică	Prezentă	Absentă

- 9.6.1. **Diverticul** care este o pungă mucoasă ce penetrează deseori peretele gastric.
- 9.6.2. **Fistulă**, o deschidere neregulată tapetată de mucoasă anormală și care comunică cu o altă cavitate căptușită de epiteliu. Prin fistulă poate trece aer, suc gastric, puroi, fecale.
- 9.6.3. **Sinus** este o deschidere “oarbă” în lumen (fără comunicare cu alt organ).
- 9.6.4. **Stomă postoperatorie.**