

GHID DE DIAGNOSTIC SI TRATAMENT AL GASTRITELOR

Autor: Prof. Dr. Anca Elena Negovan

Departament M3, Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie „George Emil Palade”, Secția Clinică Medicină Internă I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș

Avizat de Comisia de Medicină Internă a CMR:

Președinte: Prof. Dr. Camelia Diaconu (București)

Vicepreședinți: Prof. Dr. Corina Pop (București)

Prof. Dr. Olga Orășan (Cluj Napoca)

Membri:

Conf. Dr. Alice Bălăceanu (București)

Prof. Dr. Raluca Costache (București)

Prof. Dr. Daniel Lighezan (Timișoara)

Conf. Dr. Mihaela Mocan (Cluj Napoca)

Prof. Dr. Anca Negovan (Târgu Mureș)

Prof. Dr. Laura Carina Tribus (București)

Secretar: Sl. Dr. Andreea Gabriella Andronesi (București)

CUPRINS

1. Abrevieri
2. Introducere
3. Metodologie
4. Definiția bolii
5. Tabloul clinic al bolii
6. Investigații paraclinice
7. Diagnostic pozitiv
8. Diagnostic diferențial
9. Tratament
10. Complicații
11. Monitorizare
12. Anexe
13. Bibliografie

1. ABREVIERI

Abreviere	Semnificație	Abreviere	Semnificație
AAP	anticorpi anti-celule parietale	ACG	American College of Gastroenterology
AFI	anticorpi anti-factor intrinsec	AGA	American Gastroenterological Association
AGML	leziune acută a mucoasei gastrice (acute gastric mucosal lesion)	AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
AIG	gastrită autoimună (autoimmune gastritis)	ASR	rată standardizată pe vârstă (age-standardized rate)
B12	vitamina B12 (cobalamină)	BQT	terapie cvadruplă cu bismut (bismuth quadruple therapy)
CMV	citomegalovirus	CgA	cromogranina A
EDS	endoscopie digestivă superioară	EHMSG	European Helicobacter and Microbiota Study Group
ESGE	European Society of Gastrointestinal Endoscopy	ESP	European Society of Pathology
GC	cancer gastric (gastric cancer)	GIM / MI	metaplazie intestinală gastrică
H. pylori / Hp	Helicobacter pylori	H2RA	antagonist al receptorilor H2 histaminergici
HDS	hemoragie digestivă superioară	MALT	țesut limfoid asociat mucoaselor (mucosa-associated lymphoid tissue)
MAPS III	Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the stomach (ed. III, 2025)	NET	tumoră neuroendocrină (neuroendocrine tumor)

Abreviere	Semnificație	Abreviere	Semnificație
OLGA	Operative Link on Gastritis Assessment	OLGIM	Operative Link on Gastric Intestinal Metaplasia
P-CAB	blocant competitiv al canalului de potasiu (potassium-competitive acid blocker)	PA	anemie pernicioasă (pernicious anemia)
PGI / PGII	pepsinogen I / pepsinogen II	IPP / PPI	inhibitor de pompă de protoni
RE.GA.IN.	Real-world Gastritis Initiative (2024)	TABC	test respirator cu uree marcată (urea breath test)
TRU	test rapid la urează	UEG	United European Gastroenterology

2. INTRODUCERE ȘI OBIECTIVUL GHIDULUI

Gastritele reprezintă un grup heterogen de afecțiuni caracterizate prin inflamația mucoasei gastrice, cu etiologii, evoluții și implicații prognostice foarte diferite. Deși frecvent considerate o entitate banală, gastritele cronice — în special cele determinate de *Helicobacter pylori* și gastrita autoimună — se situează pe traiectoria de carcinogeneză gastrică (cascada Correa) și constituie principalele condiții precanceroase gastrice. Recunoașterea, stadializarea și supravegherea corectă a acestor pacienți au un impact direct asupra prevenției cancerului gastric, a doua cauză de mortalitate prin cancer digestiv la nivel european.

Medicul internist se află frecvent în prima linie a diagnosticului: pacientul cu dispepsie, cu anemie feriprivă inexplicabilă, cu deficit de vitamina B12 sau cu hemoragie digestivă superioară ajunge adesea întâi în serviciul de medicină internă. Din această poziție, internistul trebuie să inițieze evaluarea, să identifice semnalele de alarmă, să solicite investigațiile adecvate și să coordoneze traseul multidisciplinar al pacientului.

2.1. Obiectivul ghidului

Prezentul ghid își propune să descrie într-o manieră structurată și aplicabilă traseul de îngrijire al pacientului cu gastrită, de la prezentarea inițială până la supravegherea pe termen lung, oferind medicului internist un instrument practic de decizie clinică. În mod specific, ghidul urmărește:

- standardizarea abordării diagnostice a pacientului cu simptomatologie sugestivă (dispepsie) sau cu manifestări indirecte (anemie, deficite nutriționale);
- diferențierea corectă între *gastrită* (proces inflamator confirmat histologic) și *gastropatie* (leziune mucozală cu inflamație minimă/absentă);
- clasificarea etiologică a gastritelor și stratificarea riscului de progresie neoplazică prin sistemele OLGA/OLGIM;
- aplicarea schemelor actuale de eradicare a infecției cu *H. pylori*, adaptate contextului de rezistență la antibiotice din Europa de Est;
- definirea intervalelor de monitorizare endoscopică în funcție de stadiul leziunilor precanceroase;
- recunoașterea și managementul complicațiilor (hemoragie, anemie, tumori neuroendocrine, adenocarcinom).

2.2. Traseul de îngrijire al pacientului cu gastrită (sinteză)

Traseul de îngrijire poate fi sintetizat în șase etape secvențiale, detaliate în capitolele următoare:

Etapă	Conținut	Capitol
1. Prezentare	Dispepsie, anemie feriprivă/megaloblastică, HDS, screening la risc; evaluarea semnalelor de alarmă	5
2. Evaluare inițială	Anamneză, examen clinic, analize de sânge, testare <i>H. pylori</i>	5–6
3. Endoscopie + biopsii	EDS cu protocol de biopsii Sydney actualizat; cromoendoscopie virtuală	6
4. Diagnostic	Confirmare histologică, clasificare etiologică, stadializare OLGA/OLGIM	7–8
5. Tratament	Eradicare <i>Hp</i> , suplimentare deficite, tratamentul formei acute, măsuri nonfarmacologice	9
6. Monitorizare	Test de vindecare, supraveghere endoscopică conform stadiului, corectarea deficitelor	11

3. METODOLOGIE

Elaborarea acestui ghid se bazează pe principalele recomandări internaționale publicate în ultimii cinci ani (2019–2025), completate de documente de referință consacrate ale căror principii rămân valabile. Sursele principale utilizate sunt:

- **RE.GA.IN. — Real-world Gastritis Initiative** (Rugge M et al., Gut 2024), consensul internațional cel mai recent dedicat integral gastritelor, care actualizează sistemele Sydney–Houston și Kyoto și armonizează dialogul endoscopie–histologie;
- **Maastricht VI/Florence** (Malfertheiner P et al., Gut 2022), consensul european privind managementul infecției cu *H. pylori*;
- **ACG Clinical Guideline: Treatment of *H. pylori* Infection** (Chey WD et al., Am J Gastroenterol 2024);
- **MAPS III** (Dinis-Ribeiro M et al., Endoscopy 2025) — ESGE/EHMSG/ESP, privind managementul condițiilor precanceroase și al neoplaziei precoce gastrice;
- **AGA Clinical Practice Updates** privind gastrita atrofică (2021), metaplazia intestinală gastrică (2020) și screeningul/supravegherea cancerului gastric (2024–2025);
- **Kyoto Global Consensus** (Sugano K et al., Gut 2015) și sistemul Sydney actualizat (Dixon MF et al., 1996), pentru cadrul de clasificare clinico-patologică.

Nivelul de dovezi și forța recomandărilor din sursele citate au fost stabilite predominant prin metodologia **GRADE**, iar calitatea metodologică a ghidurilor a fost evaluată cu instrumentul AGREE II. Prezentul document reprezintă o sinteză adaptată practicii medicinei interne și nu constituie o meta-analiză originală.

Limitele documentului

- ▶ Un ghid nu poate aborda fiecare caz specific: toate comorbiditățile, toate protocoalele de îngrijire spitalicească sau toate situațiile clinice particulare.
- ▶ Prezentul document nu pretinde a fi exhaustiv în acoperirea posibilelor abordări de gestionare și nici nu înlocuiește responsabilitatea individuală a medicului față de pacientul său.
- ▶ Deciziile terapeutice trebuie individualizate în funcție de contextul clinic, comorbidități, disponibilitatea locală a medicamentelor și preferințele informate ale pacientului.

4. DEFINIȚIA BOLII

Gastrita este definită ca inflamația mucoasei gastrice, evidențiată histologic prin infiltrat inflamator (neutrofile — inflamație activă; limfocite și plasmocite — inflamație cronică). RE.GA.IN. subliniază că **gastrita este, prin definiție, un diagnostic histopatologic**: termenul nu trebuie utilizat ca sinonim al aspectului endoscopic („eritem gastric”) sau al simptomelor dispeptice.

Gastropatia se distinge de gastrită prin prezența leziunilor epiteliale/vasculare cu infiltrat inflamator minim sau absent (de exemplu gastropatia reactivă/chimică indusă de AINS, alcool sau reflux biliar, gastropatia de hipertensiune portală). Distincția are implicații etiologice și terapeutice majore.

4.1. Clasificarea etiologică

Clasificarea modernă a gastritelor este centrată pe etiologie, în conformitate cu RE.GA.IN. și sistemul Sydney actualizat:

Categorie	Entități principale
Gastrită indusă de H. pylori	Gastrita cronică activă asociată H. pylori — cea mai frecventă gastrită la nivel mondial; poate evolua spre atrofie, metaplazie intestinală și neoplazie
Gastrită autoimună (AIG)	Atrofie corporeală (oxintică) cu crușarea antrului, mediată de anticorpi anti-celule parietale și anti-factor intrinsec; evoluează spre anemie pernicioasă
Gastropatii reactive/chimice	AINS/aspirină, reflux biliar (gastropatie de bont), alcool, gastropatie de hipertensiune portală
Gastrite infecțioase non-Hp	Bacteriene (inclusiv gastrita flegmonoasă), virale (CMV, EBV), fungice (Candida), parazitare, alte Helicobacter (H. heilmannii)
Forme histologice speciale	Gastrita limfocitară, eozinofilică, granulomatoasă (boala Crohn, sarcoidoză, TBC), colagenă
Alte cauze	Radică, ischemică, indusă de medicamente/toxice, gastrita din boala grefă-contra-gazdă (GVHD)

4.2. Clasificări topografice, endoscopice și histologice

- **Sistemul Sydney actualizat (1996):** integrează topografia (antru, corp, incizură), morfologia (inflamație, activitate, atrofie, metaplazie intestinală, densitate Hp — scala analog-vizuală) și etiologia.
- **Clasificarea Kyoto:** sistem de scor endoscopic care corelează aspectele mucozale (atrofie, metaplazie intestinală, pliuri mărite, nodularitate, roșeață difuză) cu statusul Hp și riscul neoplazic.
- **Stadializarea OLGA și OLGIM:** sisteme de stadializare histologică a atrofiei (OLGA) și, respectiv, a metaplaziei intestinale (OLGIM), pe o scală 0–IV. Stadiile III–IV definesc riscul înalt de progresie spre adenocarcinom și impun supraveghere (vezi Anexa 12.1).

5. TABLOUL CLINIC

Caracteristica esențială a gastritelor este disocierea clinico-patologică: majoritatea gastritelor cronice, inclusiv formele cu atrofie avansată, sunt asimptomatice sau paucisimptomatice. Nu există o corelație fiabilă între severitatea histologică și intensitatea simptomelor. Prin urmare, absența simptomelor nu exclude o gastrită cu potențial evolutiv.

5.1. Simptomatologie

Manifestări digestive (dispepsie)

- durere sau arsură epigastrică (dispepsie de tip ulceros);
- plenitudine postprandială și sațietate precoce (dispepsie de tip dismotilitate);
- greață, eructații, balonare, disconfort epigastric.

Manifestări ale formei acute erozive/hemoragice

- debut acut cu durere epigastrică intensă, greață, vărsături;
- **hemoragie digestivă superioară:** hematemeză, melenă, „zaț de cafea” — frecvent în contextul consumului de AINS, alcool, sau la pacientul critic (gastropatia de stres).

Manifestări extradigestive (gastrita autoimună / atrofică)

- **sindrom anemic:** astenie, dispnee de efort, paloare — prin anemie feripriva (precoce) sau megaloblastică prin deficit de B12 (tardiv);

- **manifestări neurologice ale deficitului de B12:** parestezii, ataxie, degenerescență combinată subacută, tulburări cognitive;
- glosită (limba depapilată, dureroasă — Hunter), tulburări de gust;
- asociere frecventă cu alte boli autoimune (tiroidită Hashimoto, diabet zaharat tip 1, vitiligo).

Semnale de alarmă (red flags) — impun EDS promptă

- ▶ Vârsta ≥ 50 ani cu dispepsie nou-instalată (prag ajustabil la contextul epidemiologic local).
- ▶ Hemoragie digestivă (hematemeză, melenă), anemie feriprivă inexplicabilă.
- ▶ Scădere ponderală involuntară, disfagie, odinofagie, vărsături persistente.
- ▶ Masă abdominală palpabilă, adenopatie, icter.
- ▶ Antecedente familiale de cancer gastric, antecedente de chirurgie gastrică sau de leziuni precanceroase.

5.2. Examenul clinic

Examenul obiectiv este cel mai adesea sărac sau normal. Elementele care pot fi întâlnite:

- sensibilitate la palparea epigastrului (nespecifică);
- semne de anemie: paloare tegumentară și mucoasă, tahicardie, sufluri funcționale;
- semne neurologice în deficitul de B12: alterarea sensibilității profunde, Romberg pozitiv, hiporeflexie;
- semne de instabilitate hemodinamică în hemoragia digestivă (tahicardie, hipotensiune, extremități reci);
- semne ale unei complicații/afecțiuni asociate (masă epigastrică sugestivă de neoplazie avansată).

6. INVESTIGAȚII PARACLINICE

6.1. Analize de sânge

Test	Utilitate clinică
Hemoleucogramă	Anemie microcitară hipocromă (feriprivă) sau macrocitară (deficit B12/folat); pancitopenie în deficit sever de B12
Feritină, sideremie, CTLF, saturația transferinei	Diagnosticul anemiei feriprive (marker precoce în AIG și în gastrita Hp)
Vitamina B12, acid folic, homocisteină, acid metilmalonic	Deficitul de B12 în gastrita atrofică corporeală/AIG
Gastrina serică (à jeun)	Hipergastrinemie marcată în AIG (hiperplazie a celulelor G antrale reactivă la aclorhidrie)
Cromogranina A	Marker de hiperplazie a celulelor enterocromafin-like; screening al tumorilor neuroendocrine tip 1
Anticorpi anti-celule parietale (AAP), anti-factor intrinsec (AFI)	Susțin diagnosticul de AIG; AFI mai specific, AAP mai sensibil
Pepsinogen I, raport PGI/PGII	„Biopsie serologică”: valori scăzute sugerează atrofie corporeală (component al panelurilor serologice tip GastroPanel)
Reticulocite, LDH, bilirubină indirectă	Hemoliză intramedulară în anemia megaloblastică

6.2. Testarea *Helicobacter pylori*

Condiție esențială de acuratețe: IPP se întrerup cu **cel puțin 2 săptămâni** înainte de testare, iar antibioticele și compușii de bismut cu **cel puțin 4 săptămâni** înainte, pentru a evita rezultatele fals-negative.

Metodă	Tip	Observații
Test respirator cu uree marcată (TABC)	Neinvaziv	Standard neinvaziv pentru diagnostic și test de vindecare; sensibilitate și specificitate înalte

Metodă	Tip	Observații
Antigen fecal (test monoclonal)	Neinvaziv	Alternativă validată la TABC, inclusiv pentru testul de vindecare
Serologie (IgG anti-Hp)	Neinvaziv	Nu diferențiază infecția activă de cea trecută; utilă epidemiologic sau când IPP/sângerarea limitează alte teste
Test rapid la urează (TRU)	Invaziv (biopsie)	Rezultat rapid intraendoscopic; fals-negativ în sângerare activă/atrofie/IPP
Histologie	Invaziv (biopsie)	Confirmă infecția și evaluează simultan inflamația, atrofia, MI
Cultură + antibiogramă / testare moleculară a rezistenței	Invaziv (biopsie)	Recomandată tot mai mult pentru terapia ghidată de susceptibilitate, mai ales după eșec terapeutic

6.3. Endoscopia digestivă superioară (EDS)

EDS reprezintă investigația centrală. RE.GA.IN. și MAPS III subliniază necesitatea unei **endoscopii de înaltă calitate**, cu timp de examinare adecvat, pregătire optimă a mucoasei și utilizarea **cromoendoscopiei virtuale (VCE)** pentru identificarea și ghidarea biopsiilor din zonele de atrofie, metaplazie intestinală sau leziuni suspecte. La prima gastroscopie se recomandă evaluarea individuală a riscului gastric și stratificarea condițiilor precanceroase, indiferent de țara de origine a pacientului.

6.4. Protocolul de biopsii și examenul histopatologic

Protocolul Sydney actualizat impune prelevarea a minimum 5 biopsii, în recipiente separate corect etichetate:

- 2 biopsii din antru (mica și marea curbură);
- 2 biopsii din corp (mica și marea curbură);
- 1 biopsie din incizura angularis (zona cu cea mai mare probabilitate de a evidenția MI/atrofie);
- biopsii țintite suplimentare din orice leziune vizibilă (recipient separat).

Histopatologul cuantifică (scala analog-vizuală Sydney): inflamația cronică, activitatea, densitatea Hp, atrofia și metaplazia intestinală (cu subtipare: completă/incompletă), permițând stadializarea **OLGA/OLGIM**. Documentarea consecventă a extinderii și severității atrofiei/MI necesită efort coordonat între endoscopist și anatomopatolog.

6.5. Imagistică și alte investigații

- **Imagistica (CT, ecografie):** rol limitat în diagnosticul gastritei; utilă în evaluarea complicațiilor (gastrita flegmonoasă, perforație), a stadializării unei neoplazii sau a diagnosticului diferențial (pancreatită, litiază biliară).
- **Tranzitul baritat:** practic abandonat pentru această indicație; nu evaluează mucoasa cu acuratețe și nu permite biopsii.
- **Ecoendoscopia (EUS):** utilă în formele cu pliuri gastrice îngroșate (diagnostic diferențial Ménétrier, limfom, linită plastică).

7. Diagnosticul pozitiv

Diagnosticul pozitiv al gastritei este **histopatologic** și se stabilește prin integrarea a trei niveluri de informație — dialogul „endoscopie–histologie” promovat de RE.GA.IN.:

1. **Confirmarea inflamației mucozale** pe biopsiile prelevate conform protocolului Sydney;
2. **Stabilirea etiologiei** — în principal H. pylori vs. autoimună — prin corelarea histologiei cu testele serologice, statusul Hp, gastrina și autoanticorpii;
3. **Stadializarea leziunilor precanceroase** (atrofie, MI) prin sistemele OLGA/OLGIM, esențială pentru stratificarea riscului și planul de supraveghere.

Elemente-cheie de diagnostic în funcție de etiologie

- ▶ Gastrita cu H. pylori: gastrită cronică activă, predominant antrală (în faza inițială), test Hp pozitiv; risc de progresie spre pangastrită atrofică.
- ▶ Gastrita autoimună: atrofie corporeală cu cruțarea antrului, hipergastrinemie, AAP/AFI pozitivi, hiperplazie de celule enterocromafin-like, deficit de B12.
- ▶ Gastropatia reactivă/chimică: hiperplazie foveolară, edem, congestie vasculară, infiltrat inflamator minim; context de AINS/reflux biliar/alcool.

8. DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL

Simptomele gastritei sunt nespecifice; diagnosticul diferențial vizează în principal alte cauze de dispepsie și de durere epigastrică:

Afecțiune	Elemente de diferențiere
Dispepsia funcțională (Roma IV)	Simptome dispeptice ≥ 3 luni fără leziune organică la EDS; diagnostic de excludere, foarte frecvent
Boala ulceroasă gastroduodenală	Ulcer vizibil endoscopic; frecvent asociată Hp sau AINS
Boala de reflux gastroesofagian	Pirozis, regurgitații; esofagită la EDS
Cancer gastric / limfom MALT	Masă/ulcer suspect, pliuri infiltrate; biopsii obligatorii; MALT regresează adesea după eradicarea Hp
Gastropareza	Sațietate precoce, vărsături cu alimente nedigerate; evaluare a golirii gastrice
Patologie biliopancreatică	Colică biliară, pancreatită; enzime pancreatice, imagistică
Ischemie miocardică (infarct inferior)	Durere epigastrică cu iradiere, factori de risc cardiovascular; ECG, troponine — de exclus prompt
Boala celiacă / intoleranțe	Simptome digestive difuze, anemie; serologie, biopsii duodenale
Cauze de anemie/deficit B12 non-gastrice	Malabsorbție, dietă, hemoragie ocultă de altă cauză — la pacientul cu tablou biologic dominant

9. TRATAMENT

9.1. Profilaxia bolii

- **Eradicarea *H. pylori*** este cea mai eficientă măsură de prevenție primară a cancerului gastric; beneficiul maxim se obține înainte de instalarea leziunilor precanceroase (la stadiul de gastrită neatrofică).
- **Strategia „test-and-treat”**: la pacientul tânăr (< 50 ani, prag ajustabil) cu dispepsie neinvestigată și fără semnale de alarmă, se recomandă testarea neinvazivă și tratarea Hp.

- **Gastroprotecția la utilizatorii de AINS/aspirină la risc:** co-prescrierea de IPP și testarea/eradicarea Hp înainte de terapia AINS de lungă durată.
- **Screening la populațiile la risc:** conform MAPS III, screening endoscopic în regiunile cu risc înalt (ASR > 20/100.000) la fiecare 2–3 ani, iar în regiunile cu risc intermediar (ASR 10–20/100.000) la 5 ani, dacă s-a demonstrat cost-eficiența.

9.2. Obiectivele tratamentului

- eliminarea factorului etiologic (eradicarea Hp, retragerea agentului gastrotoxic);
- ameliorarea simptomelor și vindecarea leziunilor mucozale;
- prevenirea și oprirea progresiei atrofie → metaplazie → displazie → adenocarcinom;
- corectarea deficitelor nutriționale (fier, vitamina B12);
- prevenirea și tratamentul complicațiilor (hemoragie, tumori neuroendocrine).

9.3. Tratamentul medicamentos

9.3.1. Boala „stabilă” (gastrita cronică)

A. Eradicarea infecției cu H. pylori. În Europa de Est rezistența la claritromicină este ridicată; de aceea, conform ACG 2024 și Maastricht VI, terapiile empirice cu claritromicină sau levofloxacină trebuie evitate dacă nu se documentează susceptibilitatea. Schema de primă linie preferată este:

Linie	Schemă	Componente și durată
Prima linie (preferată)	Terapie cvadruplă cu bismut optimizată (BQT) — 14 zile	IPP ×2/zi + subcitrát/subsalicilat de bismut ×4/zi + tetraciclină 500 mg ×4/zi + metronidazol 500 mg de 3–4×/zi
Alternativă	Terapie triplă cu rifabutină — 14 zile	IPP + amoxicilină 1 g ×3/zi + rifabutină (regim dedicat)
Alternativă (P-CAB, unde e disponibil)	Terapie duală cu vonoprazan–amoxicilină sau triplă cu vonoprazan	Vonoprazan + amoxicilină ± claritromicină (disponibilitate limitată în UE)
Terapie ghidată	Conform antibiogramelor / testării moleculare a rezistenței	Recomandată mai ales după eșecul primei linii

Terapie de salvare (pacient tratat anterior): dacă nu s-a utilizat BQT optimizată anterior — se administrează BQT; dacă BQT a fost deja folosită — se recomandă terapia triplă cu rifabutină. Se evită repetarea unei scheme deja eșuate.

Test de vindecare: obligatoriu la **toți** pacienții tratați, prin TABC sau antigen fecal, la **cel puțin 4 săptămâni** după finalizarea terapiei și după oprirea IPP cu 2 săptămâni înainte.

B. Gastrita autoimună. Nu există o terapie care să reverseze procesul autoimun. Managementul este de substituție și de supraveghere:

- **vitamina B12** — substituție parenterală în anemia pernicioasă (doze de încărcare, apoi întreținere pe termen lung/toată viața);
- **fier** — corectarea deficitului de fier (frecvent precoce, chiar înainte de deficitul de B12);
- eradicarea Hp dacă coexistă; screeningul și supravegherea tumorilor neuroendocrine tip 1 și a adenocarcinomului;
- evaluarea afecțiunilor autoimune asociate (funcție tiroidiană, diabet zaharat tip 1).

C. Gastropatia reactivă/chimică. Retragera agentului cauzal (AINS, alcool), corectarea refluxului biliar; IPP pentru controlul simptomelor și vindecarea mucozală.

D. Tratament simptomatic al dispepsiei. IPP sau antagoniști H2, antiacide, prokinetice (în dispepsia de tip dismotilitate); reevaluare dacă simptomele persistă în ciuda eradicării Hp.

9.3.2. Boala acutizată / decompensată (gastrita acută erozivă–hemoragică)

Forma acută erozivă/hemoragică — inclusiv gastropatia de stres la pacientul critic — reprezintă urgența terapeutică din spectrul gastritelor. Abordarea este cea a hemoragiei digestive superioare:

4. **Resuscitare și stabilizare hemodinamică:** acces venos, reechilibrare volemică, transfuzie conform pragului restrictiv (țintă Hb ~ 7–8 g/dL la pacientul stabil), monitorizare.
5. **IPP intravenos în doză mare** (bolus urmat de perfuzie continuă sau doze intermitente), inițiat precoce.
6. **Endoscopie digestivă superioară de urgență/precoce** (în primele 24 h): diagnostic, stratificarea riscului și hemostază endoscopică a leziunilor active.
7. **Îndepărtarea/corectarea factorilor precipitanți:** oprirea AINS/anticoagulantelor (evaluare risc-beneficiu), tratamentul afecțiunii de bază la pacientul critic.

8. **Profilaxia ulcerului de stres** la pacienții cu factori de risc din terapie intensivă (ventilație mecanică, coagulopatie), conform protocoalelor locale.

9.4. Tratamentul nonfarmacologic

- **Renunțarea la fumat** — factor de risc pentru atrofie și cancer gastric;
- **Limitarea consumului de alcool** și evitarea agenților iritanți gastrici;
- **Revizuirea medicației gastrotoxice** (AINS, corticosteroizi, bifosfonați, preparate de fier per os iritante);
- **Măsuri dietetice:** mese fracționate, evitarea alimentelor care declanșează simptome (rol adjuvant, individualizat — dovezile pentru diete restrictive sunt limitate);
- **Igiena și prevenția transmiterii Hp** (contextul familial), consilierea pacientului privind aderența la tratamentul de eradicare.

10. COMPLICAȚII

Complicație	Mecanism / context	Implicații
Hemoragie digestivă superioară	Gastrită erozivă acută, AINS, stres	Urgență; hemostază endoscopică, IPP i.v.
Ulcer peptic, perforație	Progresia leziunilor Hp/AINS	Tratament medical/endoscopic/chirurgical
Atrofie → metaplazie → displazie → adenocarcinom	Cascada Correa (gastrită Hp și autoimună)	Stadializare OLGA/OLGIM, supraveghere endoscopică
Limfom gastric MALT	Stimulare limfoidă cronică prin Hp	Eradicarea Hp induce regresie în majoritatea cazurilor stadiu incipient
Anemie feriprivă	Malabsorbția fierului (aclorhidrie, Hp)	Corectarea deficitului; căutarea gastritei atrofice
Anemie pernicioasă (deficit B12)	Distrugerea celulelor parietale în AIG	Substituție parenterală de B12, monitorizare neurologică

Complicație	Mecanism / context	Implicații
Tumori neuroendocrine gastrice tip 1	Hipergastrinemie cronică din AIG/atrofie	Screening endoscopic; rezección endoscopică a leziunilor mici, supraveghere
Boala Ménétrier	Gastropatie hiperplazică cu pierdere de proteine	Hipoalbuminemie, edeme; management specializat

11. MONITORIZAREA PACIENTULUI

Monitorizarea urmărește confirmarea eradicării Hp, supravegherea leziunilor precanceroase în funcție de stadiu și corectarea susținută a deficitelor. Intervalele de mai jos sintetizează recomandările MAPS III și AGA:

Situație clinică	Recomandare de monitorizare
Post-eradicare H. pylori	Test de vindecare (TABC/antigen fecal) la ≥ 4 săptămâni; oprirea IPP cu 2 săptămâni înainte
Atrofie/MI limitată la antru, fără alți factori de risc	În general fără supraveghere endoscopică specifică
Gastrită atrofică avansată (OLGA/OLGIM III–IV; atrofie/MI extinsă)	EDS de înaltă calitate cu supraveghere la 3 ani
MI cu factori de risc adiționali (istoric familial GC, MI incompletă, Hp persistent)	Supraveghere endoscopică la 3 ani
Gastrită autoimună	Interval individualizat (decizie partajată); screening al tumorilor neuroendocrine tip 1 la 1–2 ani în funcție de încărcătura lezională
Anemie pernicioasă nou-diagnosticată	EDS cu biopsii topografice la diagnostic pentru stratificarea riscului și excluderea neoplaziei/NET
Deficite nutriționale	Monitorizarea periodică a fierului și a B12; substituție de întreținere pe termen lung

Situație clinică	Recomandare de monitorizare
Displazie / leziune vizibilă	Reevaluare endoscopică promptă și management specializat (stadializare, rezecție endoscopică)

Notă privind vârsta: conform MAPS III, la persoanele asimptomatice peste 80 de ani supravegherea gastrică poate fi întreruptă sau neinițată, iar deciziile trebuie să integreze comorbiditățile și speranța de viață.

12. ANEXE

Anexa 12.1. Stadializarea OLGA / OLGIM

Stadiul se obține prin combinarea scorului de atrofie (OLGA) sau de metaplazie intestinală (OLGIM) din antru (inclusiv incizura) și din corp. Fiecare compartiment este notat 0–3 (fără / ușor / moderat / sever). **Stadiile III și IV definesc riscul înalt** de progresie neoplazică și impun supraveghere.

Corp \ Antru	Antru 0	Antru 1	Antru 2	Antru 3
Corp 0	Stadiu 0	Stadiu I	Stadiu II	Stadiu II
Corp 1	Stadiu I	Stadiu I	Stadiu II	Stadiu III
Corp 2	Stadiu II	Stadiu II	Stadiu III	Stadiu IV
Corp 3	Stadiu III	Stadiu III	Stadiu IV	Stadiu IV

Interpretare: stadiile 0–II = risc scăzut; stadiile III–IV = risc înalt, cu indicație de supraveghere endoscopică la 3 ani.

Anexa 12.2. Protocolul de biopsii Sydney actualizat

Sediu	Nr. biopsii	Recipient
Antru (mică + mare curbură)	2	Recipient 1
Incizura angularis	1	Recipient 1 sau separat
Corp (mică + mare curbură)	2	Recipient 2
Leziune vizibilă (opțional)	≥ 1	Recipient separat, etichetat

Anexa 12.3. Semnale de alarmă în dispepsie (checklist)

- Vârstă ≥ 50 ani cu simptome nou-instalate
- Hemoragie digestivă (hematemeză/melenă), anemie feriprivă
- Scădere ponderală involuntară
- Disfagie / odinofagie progresivă
- Vărsături persistente
- Masă abdominală palpabilă / adenopatie
- Antecedente familiale de cancer gastric sau leziuni precanceroase cunoscute

Anexa 12.4. Instrumente de evaluare recomandate

- **Scoruri de dispepsie / calitatea vieții:** chestionarul Nepean Dyspepsia Index (NDI) sau Short-Form Leeds Dyspepsia Questionnaire (SF-LDQ) pentru monitorizarea simptomatică.
- **Panel serologic neinvaziv:** pepsinogen I, raport PGI/PGII, gastrină-17 și serologie Hp (tip GastroPanel) pentru estimarea neinvazivă a atrofiei corporeale/antrale.
- **Bilanț geriatric:** la pacientul vârstnic, evaluarea comorbidităților, a statusului nutrițional (fier, B12) și a fragilității orientează decizia de supraveghere (a se corela cu recomandarea MAPS III privind vârsta > 80 ani).

BIBLIOGRAFIE

1. Diaconu CC (coord.). Tratat de Medicină Internă. Editura ALL, București, 2024. ISBN 978-606-587-623-1.
2. Rugge M, Genta RM, Malfertheiner P, Dinis-Ribeiro M, El-Serag H, Graham DY, et al. RE.GA.IN.: the Real-world Gastritis Initiative — updating the updates. Gut. 2024;73(3):407-441.
3. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, Gisbert JP, Liou JM, Schulz C, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut. 2022;71(9):1724-1762.
4. Chey WD, Howden CW, Moss SF, Morgan DR, Greer KB, Grover S, et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. Am J Gastroenterol. 2024;119(9):1730-1753.
5. Dinis-Ribeiro M, Libânio D, Uchima H, Spaander MCW, Bornschein J, Matysiak-Budnik T, et al. Management of epithelial precancerous conditions and early neoplasia of the

- stomach (MAPS III): ESGE, EHMSG and ESP Guideline update 2025. *Endoscopy*. 2025;57(5):504-554.
6. Sugano K, Tack J, Kuipers EJ, Graham DY, El-Omar EM, Miura S, et al. Kyoto global consensus report on *Helicobacter pylori* gastritis. *Gut*. 2015;64(9):1353-1367.
 7. Shah SC, Piazzuelo MB, Kuipers EJ, Li D. AGA Clinical Practice Update on the Diagnosis and Management of Atrophic Gastritis: Expert Review. *Gastroenterology*. 2021;161(4):1325-1332.e7.
 8. Gupta S, Li D, El Serag HB, Davitkov P, Altayar O, Sultan S, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on Management of Gastric Intestinal Metaplasia. *Gastroenterology*. 2020;158(3):693-702.
 9. Shah SC, Wang AY, Wallace MB, Hwang JH. AGA Clinical Practice Update on Screening and Surveillance in Individuals at Increased Risk for Gastric Cancer in the United States: Expert Review. *Gastroenterology*. 2025.
 10. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Classification and grading of gastritis. The updated Sydney System. *Am J Surg Pathol*. 1996;20(10):1161-1181.
 11. Rugge M, Meggio A, Pennelli G, Pisciolli F, Giacomelli L, De Pretis G, et al. Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system. *Gut*. 2007;56(5):631-636.
 12. Capelle LG, de Vries AC, Haringsma J, Ter Borg F, de Vries RA, Bruno MJ, et al. The staging of gastritis with the OLGIM system using intestinal metaplasia as an easy-to-apply marker. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(7):1150-1158.
 13. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Marcos-Pinto R, Areia M, Leja M, Esposito G, et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II). *Endoscopy*. 2019;51(4):365-388.
 14. Banks M, Graham D, Jansen M, Gotoda T, Coda S, di Pietro M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the diagnosis and management of patients at risk of gastric adenocarcinoma. *Gut*. 2019;68(9):1545-1575.
 15. Lahner E, Zagari RM, Zullo A, Di Sabatino A, Meggio A, Cesaro P, 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), SIGE, SIED. *Dig Liver Dis*. 2019;51(12):1621-1632.

16. Stanghellini V, Chan FKL, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, et al. Gastroduodenal Disorders (Rome IV). Gastroenterology. 2016;150(6):1380-1392.
17. Correa P. Human gastric carcinogenesis: a multistep and multifactorial process. Cancer Res. 1992;52(24):6735-6740.
18. Kamada T, Haruma K, Inoue K, Shiotani A. Helicobacter pylori infection and endoscopic gastritis — Kyoto classification of gastritis. Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. 2015;112(6):982-993.
19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Vitamin B12 deficiency in over 16s: diagnosis and management. NICE guideline NG239. London: NICE; 2024.

Document de sinteză pentru practica medicinei interne. Nu înlocuiește judecata clinică individuală și nu constituie un protocol obligatoriu. A se corela cu ghidurile de specialitate în vigoare și cu reglementările instituționale