

Na suspeita de câncer gástrico (CG), a endoscopia é principal ferramenta de diagnóstico. Também pode ser usado no rastreio do CG, porém, para que possa haver equilíbrio entre custo/risco e benefício, este rastreio deve ser limitado aos pacientes com alto risco.

Com a evolução dos conhecimentos sobre o CG, tem-se demonstrado o papel da atrofia gástrica com principal preditor do CG do tipo intestinal. Porém, o risco de câncer difere nos diferentes achados de atrofia (apenas de antro, de corpo, ambos, associado a infecção com *H. pylori* ...), dificultando o manejo dos pacientes com tais achados.

Assim, um grupo de estudo formado por patologistas e gastroenterologistas (the Operative Link of Gastritis Assesment – OLGA), propôs um sistema, baseado em uma gradação do fenótipo da [gastrite](#) atrofica encontrada, ao longo de uma escala evolutiva (estágios OLGA I a IV) capaz de prever o risco crescente de CG.

O estadiamento OLGA leva em conta a severidade da atrofia (gradação histológica) e a localização endoscópica (topografia) das amostras colhidas. O estadiamento também apresenta informações sobre a possível etiologia da atrofia (autoimune, infecção por *H. pylori*, etc).

Os critérios utilizados para definir a atrofia gástrica e seu estadiamento podem ser avaliadas no quadro abaixo (figura 1)

Atrophy in the gastric mucosa: histological classification and grading				
Atrophy				
0 Absent (score 0)				
1 Indefinite (no score is applicable)				
	Histological type	Location and key lesions	Corpus	Grading
2 Present	2.1 Non-neoplastic	Antro	Clonal shunting/whitish	2.1.1 Mild=O2 (1-50%)
		Lamina propria. Blasts	Lamina propria. Blasts	2.1.2 Moderate=O2 (51-60%)
	2.2 Metaplastic	Intestinal metaplastic	Intestinal metaplastic	2.2.1 Mild=O1 (1-50%)
			Pseudopyloric metaplastic	2.2.2 Moderate=O2 (51-60%)
				2.2.3 Severe=O3 (>60%)

Figura 1 : Classificação histológica para atrofia

gástrica.

As biópsias devem ser realizadas no mínimo em cinco locais e separadas em 3 frascos:

- Pequena e grande curvatura de corpo (C1 e C2)
- Incisura angularis (A3)
- Pequena e grande curvatura de antro (A1 e A2)

Combinado os achados do estadiamento de atrofia nos diferentes locais anatômicos, criou-se o estadiamento OLGA (figura 2) :

Biopsy score	Corpus			
	No atrophy (score 0)	Mild atrophy (score 1)	Moderate atrophy (score 2)	Severe atrophy (score 3)
Antro	STAGE I	STAGE I	STAGE II	STAGE II
	No atrophy (score 0)	STAGE I	STAGE II	STAGE II
	Mild atrophy (score 1)	STAGE I	STAGE II	STAGE II
	Moderate atrophy (score 2)	STAGE II	STAGE II	STAGE II
	Severe atrophy (score 3)	STAGE II	STAGE IV	STAGE II

FIGURA 2 - ESTADIAMENTO OLGA

Com base no estadiamento OLGA, podemos nos deparar com os seguintes cenários :

Estagiamento OLGA 0 : Não há achado de atrofia . Deve-se atentar ao achado histológico de “indeterminado para atrofia”, que pode ocorrer em infecções ativas por *H. pylori* , estando o tratamento indicado, e novas biópsias posteriores.

Estagiamento OLGA I : Estágio de atrofia mais baixo, detectado em biópsias. E geral, podem estar associados a infecção ativa por *H. pylori*, ou dificuldade de análise do material por uso associado de inibidos de bomba de prótons . Deve ser mencionada no laudo histológico, a suspeita de infecção por *H. pylori* mesmo na ausência do achado.

Estagiamento OLGA II : Combinação de achado em geral de atrofia em diferentes locais de biópsias, mas em geral, a atrofia mais comum em região mucosecretora. Carrega um baixo risco de evolução para CG.

Estagiamento OLGA III : Moderada atrofia nos dois compartimentos anatômicos, e mais comumente associado a metaplasia intestinal. Quando ocorre com atrofia 0 na área mucosecretora , em geral está associado a gastrite atrófica autoimune de corpo. Não é achado comum em população de baixo risco, pode estar associado a neoplasia não invasiva ou até avançada.

Estagiamento OLGA IV: É o achado de atrofia em todos os compartimentos anatômicos. Raramente encontrado em áreas de baixa incidência de CG. Os dados demonstram que os programas de vigilância devem ser reservados so pacientes incluídos nos grupos OLGA IIIe IV.

Mais recentemente, alguns grupos propõe o uso de uma classificação diferenciada, onde histologicamente o achado mais importante seria o de metaplasia intestinal, e a porcentagem que esta metaplasia está presente nas biópsias (variação chamada de OLGIM , figura 3). Por fim, também se discute a não necessidade de realização de biópsias da *Incisura angularis*.

BI score		Corpus			
		No IH (score 0)	Mild IH (score 1)	Moderate IH (score 2)	Severe IH (score 3)
Antrum	No IH (score 0)	STAGE 0	STAGE I	STAGE II	STAGE III
	Mild IH (score 1)	STAGE I	STAGE I	STAGE II	STAGE III
	Moderate IH (score 2)	STAGE II	STAGE II	STAGE II	STAGE III
	Severe IH (score 3)	STAGE II	STAGE II	STAGE III	STAGE III

FIGURA 3 - ESTADIAMENTO OLGIM

Pessoalmente, entendo que o estadiamento OLGA é importante para definir o acompanhamento aos pacientes com atrofia, porém, há uma dependência grande do patologista, que deve estar integrado a equipe de gastroenterologistas, o que pode ser problemático em muitas cidades brasileiras.

Você já teve experiência com o OLGA ? Acompanha algum paciente seguindo as condutas propostas ?

BIBLIOGRAFIA

1- Ruge M, Correa P, Di Mario F, El-Omar E, Fiocca R, Geboes K, Genta RM, Graham DY, Hattori T, Malfertheiner P, Nakajima S, Sipponen P, Sung J, Weinstein W, Vieth M. OLGA staging for gastritis: a tutorial. *Dig Liver Dis.* 2008 Aug;40(8):650-8.

2- Capelle LG, de Vries AC, Haringsma J, Ter Borg F, de Vries RA, Bruno MJ, van Dekken H, Meijer J, van Grieken NC, Kuipers EJ. The staging of gastritis with the OLGA system by using intestinal metaplasia as an accurate alternative for atrophic gastritis. *Gastrointest Endosc.* 2010 Jun;71(7):1150-8.

3- Zhou Y, Li HY, Zhang JJ, Chen XY, Ge ZZ, Li XB. Operative link on gastritis assessment stage is an appropriate predictor of early gastric cancer. *World J Gastroenterol.* 2016 Apr 7;22(13):3670-8.

4- Ruge M, Fassan M, Pizzi M, Farinati F, Sturniolo GC, Plebani M, Graham DY. Operative link for gastritis assessment vs operative link on intestinal metaplasia assessment. *World J Gastroenterol.* 2011



Nov 7;17(41):4596-601.