

Polypper i ventrikel og duodenum

Overlæge Michael Bau Mortensen & professor Claus Fenger

Odense Universitetshospital, Kirurgisk afdeling A og Afdelingen for Klinisk Patologi

Formålet med denne artikel er at beskrive arten af forskellige ventrikel- og duodenalpolypper og på basis af den foreliggende litteratur angive forslag til rationel behandling og opfølgning. Litteraturen er udvalgt på baggrund af søgning i PubMed under følgende søgeord: *polyps and review, gastric/stomach polyps, duodenal polyps, benign duodenal neoplasms, benign gastric neoplasms, polyposis, gastric duodenal submucosal lesions* m.fl.

Af pladshensyn beskrives polyposesyndromer ikke i detaljer.

Resultater

Endoskopisk undersøgelse af den øvre gastrointestinalkanal (øsofagogastroduodenoskopi) er en vigtig og hyppigt anvendt undersøgelse ved mistanke om lidelser i øsofagus, ventrikel og duodenum. I forbindelse med skopien vil man ofte støde på polypper i ventriklen og duodenum. I større endoskopiske serier angives forekomsten af polypper i ventriklen hos voksne at være 3% [1] og i duodenum 5% [2]. Tallene er lavere for børn [3, 4]. Mens polypper i ventriklen ofte er tilfældige

fund uden relation til patientens symptomatologi, vil polypper i duodenum hyppigere give anledning til symptomer (blødning, vægttab, opkastning, ikterus, diare og smerter). Da den kliniske betydning og dermed behandlingsstrategien afhænger af lokaliseringen og den histologiske type, er det vigtigt for klinikerne at kende de forskellige polypper.

En polyp er en klinisk betegnelse for en prominens på en slimhinde, uanset hvad den består af, og hvorfra den udgår. Betegnelsen pseudopolyp er derfor ulogisk. Mange klinikere vil formentlig forbinde ordet polyp med en benign eller højst prækankrøs forandring, og adskillelsen fra ordet tumor beror nok mest på en opfattelse af, at noget stort og måske uregelmæssigt er en tumor, og noget småt og mere afrundet er en polyp. En liste over ventrikel- og duodenalpolypper vil imidlertid også omfatte maligne neoplasier, da disse vil kunne vise sig som en polyp, specielt i tidlige stadier (**Tabel 1**). For både ventrikel og duodenum gælder det, at angivelsen af hyppigheden af de enkelte polyptyper i nogen grad afhænger af, hvor mange der fjernes. I alle større materialer er de hyppigste i ventriklen de hyperplastiske polypper og funduskirtelpolypper, mens adenomer er sjældnere [5, 6]. I duodenum er polypper, der består af gastrisk metaplasi, de hyppigste, efterfulgt af adenomer, inflammatoriske (lymfoid) polypper og polypper opbygget af Brunnerkirtler [7].

Det afgørende er at bestemme, om en polyp er benign eller malign, og om der er anden patologi i den øvrige slimhinde, som kan forklare endoskopikerens fund. Den endoskopiske (makroskopiske) diagnose er usikker, og »alle« polypper bør derfor fjernes og mikroskoperes, idet det diagnostiske og behandlingsmæssige niveau og overvejelser dog bør afspejle en samlet vurdering af patienten; herunder alder, symptomer, komorbiditet m.m. Den histologiske diagnose er imidlertid heller ikke altid enkel at stille på biopsier af få millimeters størrelse. Henvisningssedlen til patologen bør altid indeholde oplysninger om polyppernes lokalisering, antal og makroskopiske udseende og eventuelle forandringer i den omgivende slimhinde. Ligeledes bør det anføres, hvis der er kendskab til eller mistanke om polypose eller anden relevant komorbiditet. Endelig skal man huske, at polypper også kan skyldes processer i submucosa. Ved svaret normal eller uspecifik patologi må det derfor overvejes, om materialet er repræsentativt. Er der mistanke om en submukøs proces eller udefrakommende impression, bør der foretages endoskopisk ultralydskanning (EUS) [8] eventuelt suppleret med EUS-vejledt biopsi.

Ventrikelpolypper

Funduskirtelpolyp

Navnet er uheldigt, da polyppen kan findes overalt i slimhin-

Faktaboks

I endoskopiske serier angives forekomsten af polypper hos voksne at være 3-5%

Den makroskopiske diagnose er behæftet med betydelig usikkerhed, hvorfor polypper som hovedregel bør fjernes

Henvisningen til patologen bør altid indeholde oplysninger om lokalisering, antal, det makroskopiske udseende, eventuelle forandringer i den omgivende slimhinde og mistanke om polypose eller anden relevant komorbiditet

Diagnosen adenom på en biopsi af en polyp udelukker ikke karcinom i den del af adenomet, som ikke blev fjernet

Fund af adenom(er) i duodenum hos patienter uden kendt familiær adenomatøs polypose bør udløse en koloskopi på grund af øget forekomst af kolorektale adenomer

Valg af behandling bør afspejle en balance mellem malignitetspotentiale, symptomer, alder og eventuel komorbiditet

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

der af corpustypen. Funduskirtelpolyp kaldes også cystisk hamartom eller cystisk corpus-fundus-polyp. Histologisk består den af hyperplastiske, cystisk dilaterede corpuskirtler. Patogenesen er ukendt, men polypperne synes at være associeret med årelang behandling med potente syrehæmmere, og regression er beskrevet efter ophør med behandling. Regression er også beskrevet i forbindelse med *Helicobacter pylori* (H.p.)-infektion [9].

Forekomst: funduskirtelpolypper udgør omtrent halvdelen af alle sporadiske ventrikelpolypper og kan findes hos op til 80% af de patienter, der har familiær adenomatøs polypose (FAP) [10].

Udseende: funduskirtelpolypper er multiple små (2-3 mm) halvkugleformede polypper i fundus og corpus ventriculi med samme farve som den omkringliggende slimhinde.

Diagnostik: Der foretages endoskopi med biopsi. Det er karakteristisk, at hovedparten kan skrubes af slimhinden («høstes») med endoskopet alene.

Malignitetspotentiale: Dysplasi udvikles næsten aldrig i sporadiske polypper [11], mens dette sker i en fjerdedel af de FAP-associerede polypper. Livstidsrisikoen for cancerudvikling i sidstnævnte er formentlig under 1% [10]. Polyppen er associeret med en højere forekomst af kolorektale adenomer/karcinomer.

Behandling: Efter at diagnosen er stillet, er det ikke nødvendigt at foretage sig yderligere, men man bør overveje, om patienten kunne have FAP og eventuelt foretage kolskopi.

Hyperplastiske polypper

Hyperplastiske polypper bliver også kaldt hyperplasiogene eller regenerative polypper som udtryk for, at polyppen formentlig repræsenterer en reaktion på slimhindebeskadigelse. Den opstår ofte i atrofisk slimhinde og kan således være relateret til H.p.-infektion [5]. Histologisk ses der hyperplasi af foveolarepitelet og ødematøst og inflammatorisk stroma.

Forekomst: Hyperplastiske polypper angives at udgøre 30-70% af alle ventrikelpolypper, men er formentlig lidt sjældnere end funduskirtelpolypper.

Udseende: Hyperplastiske polypper er fra 3 mm op til flere cm store, oftest solitære, bløde sessile polyp(er) i corpus eller antrum ventriculi. Overfladen er uregelmæssig og ofte eroderet.

Diagnostik: Der foretages endoskopi med biopsi eller polypektomi.

Malignitetspotentiale: Risikoen for, at der udvikles adenokarcinom i en hyperplastisk polyp, er under 2%, formentlig stigende ved multiple polypper. Den generelt øgede risiko for ventrikcancer hos disse patienter kan muligvis forklares af den kronisk atrofiske gastritis (H.p.-infektion), som i sig selv udgør en risikofaktor [12].

Behandling: Af (differential-)diagnostiske årsager og pga. risikoen for cancer bør polyppen altid fjernes. Eradikation af H.p. har ført til, at hyperplastiske polypper er (for-)svundet, og er således et muligt alternativ eller en supplerende behandling [13].

Adenomer

Adenomer i ventriklen inddeles og graderes som kolorektale polypper. Histologisk består de alle af dysplastisk epitel, som kan være af gastrisk/pylorisk eller intestinal type. Mange opstår på en baggrund af autoimmun, H.p.-associeret eller atrofisk gastritis med intestinal metaplasi, nogle få som led i FAP.

Forekomst: Adenomer udgør under 10% af alle ventrikelpolypper.

Udseende: Adenomer forekommer både i corpus og antrum, hyppigst som solitære, sessile polypper. De kan både være store/polypøse og flade/udbredte over et stort areal af ventriklen. De ligner kolorektale polypper.

Diagnostik: Der foretages endoskopi med biopsi eller polypektomi. Det må understreges, at diagnosen adenom på en biopsi af en polyp ikke udelukker karcinom i den del af adenomet, som ikke blev fjernet [14]. Ved store polypper kan endelig diagnostik være baseret på et ventrikelsektat.

Malignitetspotentiale: Risikoen for malignitet stiger med størrelsen (op til 40% risiko for fokalt adenokarcinom ved > 20 mm) og dysplasi grad. Der er øget risiko for samtidig eller fremtidig cancer i den resterende ventrikel. Malignitetsrisikoen er muligvis højest ved den intestinale type [15].

Behandling: altid fjernelse og på samme præmisser som ved kolorektale adenomer, dvs. endoskopisk/kirurgisk af-

Tabel 1. De hyppigst forekommende polypper i ventrikel (V) og duodenum (D).

Nonneoplastiske polypper

VS	Funduskirtelpolyp (cystisk corpus-fundus-polyp)
V	Hyperplastisk polyp
V+D	Inflammatorisk fibroid polyp
V+D	Lymfoid polyp
V	Eosinofil polyp
V+D	Xantom
D	Brunnerkirtelpolyp
V+D	Heterotopt pancreasvæv
D	Gastrisk metaplasi

Neoplastiske polypper

V+D	Adenom
V+D	Adenokarcinom
V+D	Karcinoid og endokrin tumor
V+D	Malignt lymfom
V+D	GIST og GANT
V+D	Andre mesenkymale tumorer
V+D	Metastaser

Polyposesyndromer

V+D	Peutz Jegher-polypose
V+D	Juvenil polypose
V+D	Familiær adenomatøs polypose
V+D	Cowden's disease
V+D	Cronkhite-Canada-syndrom

GIST = gastrointestinal stromal tumor; GANT = gastrointestinal autonom nervetumor.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

hængigt af tekniske muligheder, biopsisvar, alder og komorbiditet.

Polypper i duodenum

Gastrisk metaplasi

Metaplasi er en ændring fra en celletype til en anden. Betegnelsen heterotopi (eller ektopi) anvendes derimod om væv, der er udviklet på et forkert sted. De fleste regner forekomst af overfladeepitel af ventrikelttype i duodenum for en metaplasi, mens forekomst af hele kirtler med parietalceller og hovedceller regnes for en heterotopi. Forandringen ses hyppigst ved øget syreproduktion.

Forekomst: Metaplasi udgør 70% af de polypper, der bliver fundet i bulbus duodeni [16], men er sjældnere længere distalt.

Udseende: Metaplasi er ofte multiple, små og sessile.

Diagnostik: Der foretages endoskopi med biopsi eller polypektomi.

Malignitetspotentiale: Forekomst af cancer i en polyp, der indeholder gastrisk metaplasi, er beskrevet, men må betragtes som en raritet.

Behandling: Graden af gastrisk metaplasi i duodenum kan reduceres ved en kombination af H.p.-eradikation og syrehæmmende behandling, men relationerne er ikke entydige [17]. Der er ingen evidens vedrørende behandling og opfølgning af patienter med gastrisk metaplasi. Som tidligere nævnt bør alle polypper i duodenum fjernes med henblik på diagnostik og som led i behandlingen, men ved små polypper i bulbus, hvor biopsierne viser gastrisk metaplasi, behøver man ikke at foretage yderligere opfølgning.

Adenomer

Adenomer i duodenum er opbygget af dysplastisk epitel og svarer histologisk til kolorektale adenomer. Patogenesen er ukendt.

Forekomst: Adenomer er den hyppigste sporadisk forekommende type polypper i det andet stykke af duodenum [2, 7]. Hos 70+-årige FAP-patienter er den kumulative incidens for duodenal adenomatose 90% [18].

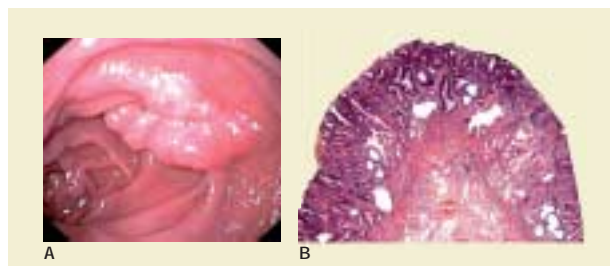
Udseende: Adenomer er oftest solitære og flade. Mange er små og sessile (**Figur 1**), men især omkring papilla duodeni major kan der ses store adenomer.

Diagnostik: Der foretages endoskopi med biopsi eller polypektomi.

Malignitetspotentiale: adenomer er præmaligne, men studier med langtidsofølgning indikerer, at risikoen for cancerudvikling efter endoskopisk terapi er beskeden [7, 19, 20].

Fund af adenom(er) i duodenum hos patienter uden FAP bør udløse en koloskopi på grund af øget forekomst af kolorektale adenomer [21].

Behandling: Adenomer i duodenum bør altid fjernes. Ud over patientens alder og eventuel komorbiditet er den terapeutiske tilgang afhængig af flere faktorer: graden af dysplasi,



Figur 1. A. Endoskopisk billede af et adenom i duodenum. B. Histologisk billede af et tubulært adenom med let dysplasi i duodenum.

udbredelse, antallet, lokalisationerne samt den tilgængelige endoskopiske og kirurgiske ekspertise. Desværre er der mangel på evidens med hensyn til den mest optimale behandling og opfølgning af sporadiske polypper. Generelt anbefales, at kun (stilkede) polypper < 10 mm og beliggende uden for papilkomplekset fjernes endoskopisk med slynge uden videre vurdering. Større (flade) polypper, multiple polypper eller polypper beliggende i papilområdet bør evalueres nærmere med eksempelvis EUS for at udelukke karcinom og for at vurdere, om endoskopisk behandling er teknisk mulig. Akut pankreatitis, blødning, perforation og gangstenose er de hyppigst forekommende komplikationer til endoskopisk terapi. Man anbefaler stentanlæggelse i pancreasgang og eventuelt i choledochus forud for polypektomi ved papilområdet for at undgå efterfølgende stenoser [19].

Oftest kræves der flere endoskopier for at opnå komplet fjernelse af polypområdet, og recidivfrekvensen efter endoskopisk terapi kan være 20-30% [22, 23]. Lokal kirurgisk fjernelse af et adenom i papilområdet gennem en duodenotomi er mulig hos selekterede patienter. Operationen er teknisk krævende, og lokalrecidiver kan sjældent undgås. Ved store (villøse) polypper, mistanke om karcinomudvikling, usikkerhed vedrørende resektionsrande m.m. bør radikal resektion (Whipples procedure) tilbydes, såfremt patienten findes egnet til større kirurgi.

Lymfoide (inflammatoriske) polypper

I nogle serier optræder diagnosen inflammatorisk polyp, dog uden histologisk definition [2, 7]. I andre serier og i de fleste lærebøger omtales denne type slet ikke [1]. Forklaringen er formentlig, at betegnelsen er blevet anvendt på tilfælde med enten uspecifik duodenitis eller lymfoid hyperplasi, som begge kan ses som små polypper. Vi anvender her betegnelsen for polypper opbygget af lymfatisk væv, ofte med kimcentre. Patogenesen er ukendt, men måske drejer det sig om følger efter en lokal mucosaskade.

Forekomst: Lymfoide polypper udgør 15-20% af alle duodenalpolypper [7] beliggende uden for papilområdet. Findes oftest i bulbus duodeni.

Udseende: Lymfoide polypper er velafgrænsede, afrundede, ofte solitære 5-50 mm i diameter.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Diagnostik: Der foretages endoskopi med biopsi, evt. polypektomi ved symptomer eller tvivl om diagnose.

Malignitetspotentiale: intet.

Behandling: Der foretages polypektomi for at opnå en sikker diagnose. Opfølgning er ikke nødvendig.

Brunnerkirtelpolypper

Polypper i duodenum består undertiden af veldifferentierede Brunnerkirtler. Disse har i tidens løb været benævnt hamartomer, hyperplasier og adenomer, Brunneromer eller simpelthen noduli, alt som udtryk for, at man ikke kender deres sande natur. Histologisk består de af Brunnerkirtler adskilt af smalle fibrøse strøg. Patogenesen er ukendt.

Forekomst: Brunnerkirtelpolypper udgør 5-10% af de fjernede polypper i duodenum [7]. De ses hyppigst i bulbos duodeni, og incidensen aftager ned gennem resten af duodenum.

Udseende: Brunnerkirtelpolypper er oftest solitære og mindre end 2 cm i diameter, men de kan også være næsten

circumferentielt fladeformede over et kort stykke af duodenum.

Diagnostik: Der foretages endoskopi med biopsi eller polypektomi. Slimhindebiopsi giver sjældent diagnosen, da Brunnerkirtlerne er beliggende under slimhinden. Det er vigtigt, at man udelukker anden og betydende patologi i samme område, da der kan være tale om inkomplet biop-tering/polypektomi. Dette gælder bl.a. ved vedvarende symptomer såsom stenose og blødning, idet hovedparten af Brunnerkirtel-polypperne er asymptomatiske.

Malignitetspotentiale: Selv om man har beskrevet en mulig sammenhæng mellem Brunnerkirtel og hyperplasi, dysplasi og manifest adenokarcinom – specielt ved samtidig gastrisk foveolær metaplasi [24], må risikoen for cancerudvikling betegnes som meget lille. Opfølgningen af Brunnerkirtel-hyperplasi går således mere på patientens symptomer end på risikoen for udvikling af cancer.

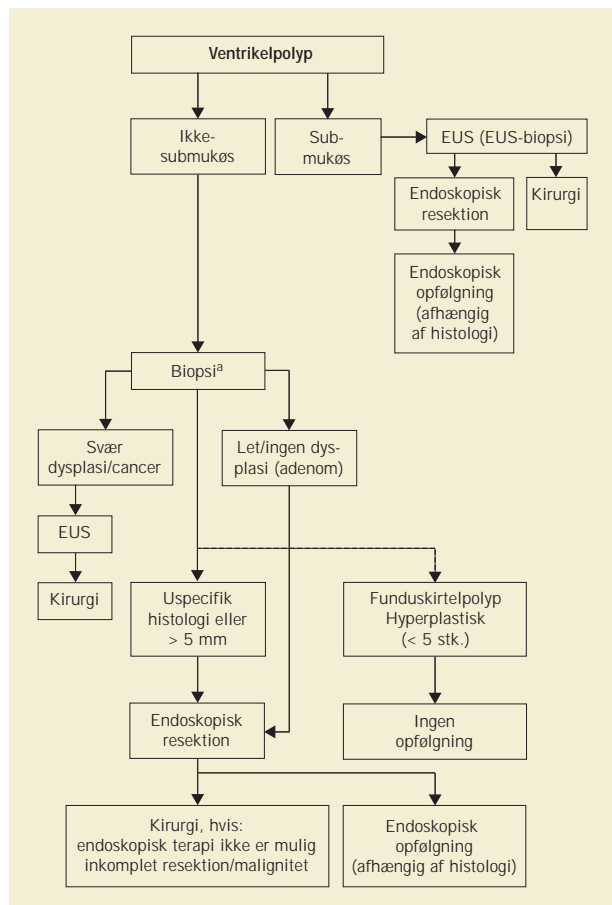
Behandling: Der foreligger ingen evidens vedrørende behandling og opfølgning af symptomgivende Brunnerkirtel-hyperplasi. Der foretages endoskopisk polypektomi, evt. argon-beaming ved symptomer. Er dette ikke teknisk muligt, kan aflastning (stent/gastroenteroanastomose) blive aktuel.

Submukøse tumorer i ventrikel og duodenum

Som nævnt i indledningen kan polypper være submukøse tumorer i både ventrikel og duodenum. Gastrointestinal stromal tumor (GIST), malignt lymfom, karcinoid tumor, lipom, leiomyom, leiomyosarkom, granularcelletumor, glomus tumor og Kaposi-sarkom er eksempler på polypper, hvor mucosa kan være helt intakt [25-30]. Den påviste polyp kan imidlertid også være en udefrakommende impression, hvorfor dette skal udelukkes inden eventuel intervention. EUS (eller miniprobeultral lyd gennem gastroskopet) er den bedste undersøgelse til at skelne mellem intramurale tumorer og udefrakommende impressioner, men med EUS kan man ikke ud fra ultralydbilledet alene med sikkerhed skelne malignt fra benignt [8]. EUS-vejledt fin- eller grovnålsbiopsi kan – med de begrænsninger et benignt biopsisvar medfører, hjælpe til at stille diagnosen og samtidig bedømme muligheden for endoskopisk terapi [31, 32]. Som hovedregel bør submukøse tumorer fjernes, men en konservativ tilgang (polypper < 2 cm) baseret på endoskopisk opfølgning (EUS og biopsi) er beskrevet [33, 34].

Diskussion

For hver 30 patienter man undersøger med øvre endoskopi, vil man finde en patient med en polyp. Hovedparten af polypperne er tilfældige fund, men man har ikke et præcist tal for dette, eller hvor hyppigt polypperne reelt er årsagen til de symptomer, som førte til endoskopi. Således må man i hvert enkelt tilfælde og optimalt set i forbindelse med selve skopien tage stilling til den diagnostiske og eventuelt behandlingsmæssige konsekvens af fundet. Ud over en vurdering af fun-



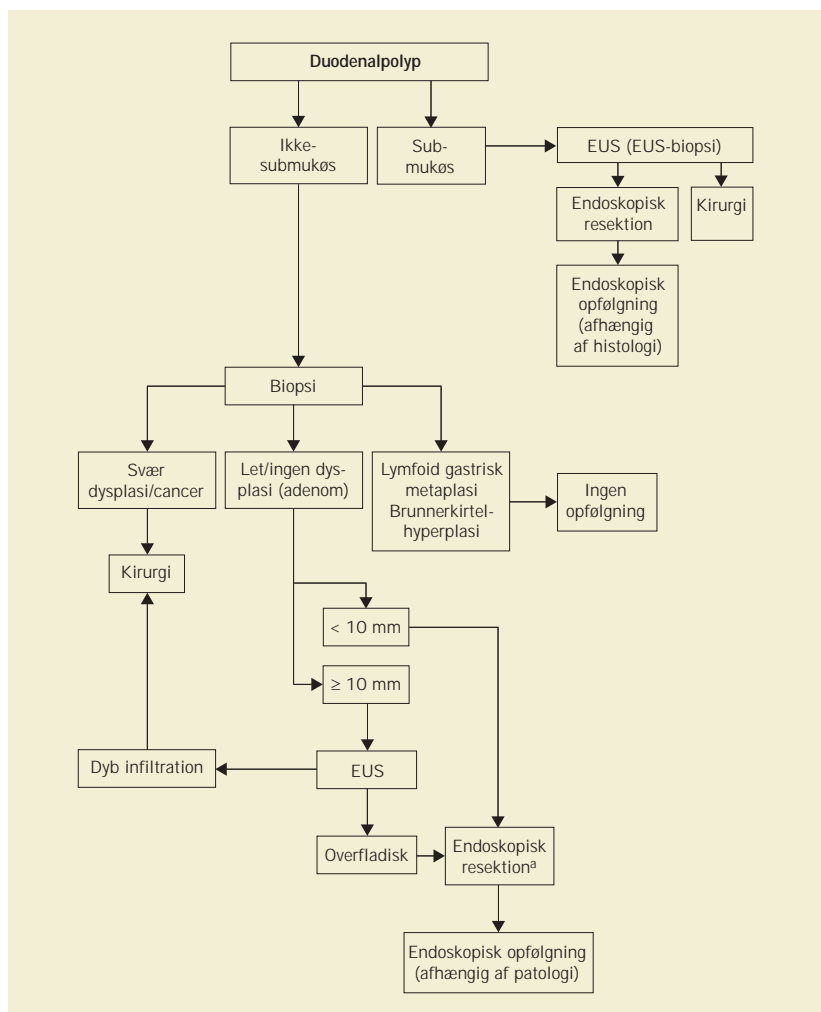
Figur 2. Forslag til udrednings- og behandlingsstrategi ved ventrikelpolyp(er). Der er ikke taget højde for eksempelvis alder og komorbiditet, og strategien gælder ikke for patienter med polyposesyndromer.

EUS = endoskopisk ultralydsskanning.

a) Ved multiple polypper (> 5) anbefales biopsier fra flere forskellige polypper (de største). Endoskopisk opfølgning inkl. biopsi tilrådes.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | OVERSIGTSARTIKEL

Figur 3. Forslag til udrednings- og behandlingsstrategi ved duodenalpolyp(per). Der er ikke taget højde for eksempelvis alder og komorbiditet, og strategien gælder ikke for patienter med polyposesyndromer. EUS = endoskopisk ultralydsskanning. a) CAVE: papilnære polypper.



dets betydning for patientens aktuelle og fremtidige symptomatologi og prognose, er kendskab til udseende, forekomst og betydning af de hyppigst forekommende polypper vigtig i beslutningsprocessen.

Polypper i ventrikel og duodenum dækker over et meget bredt sygdomsspektrum med deraf følgende vidt forskellige diagnostiske og behandlingsmæssige konsekvenser. Måske derfor findes der ingen evidensbaserede rutediagrammer eller algoritmer, som giver endoskopikeren et værktøj til daglig klinisk brug [35]. **Figur 2** og **Figur 3** er forslag til en udrednings- og behandlingsstrategi ved fund af polypper i henholdsvis ventrikel og duodenum. Strategierne fokuserer på at minimere den diagnostiske usikkerhed og dermed risikoen for underbehandling, samtidig med at man tillader en afventende holdning, hvor dette er muligt.

Konklusion

Som hovedregel bør alle polypper i ventrikel og duodenum fjernes med henblik på endelig histologi, idet man selv ved dybe biopsier vil kunne overse et præmalignt/malignt fokus i

polyppen. Et kendskab til forekomst, udseende og betydning af endoskopisk påviste polypper i ventrikel og duodenum kan være en væsentlig hjælp i den kliniske beslutningsproces og vil støttet af en samlet vurdering af patientens aktuelle tilstand muliggøre en konservativ holdning til udvalgte patienter.

Korrespondance: *Michael Bau Mortensen*, Kirurgisk afdeling A, Odense Universitetshospital, DK-5000 Odense C.
E-mail: m.bau@dadlnet.dk og mbm11.ouh-post1@ouh.fyns-amt.dk

Antaget: 1. maj 2007
Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Dekker W. Clinical relevance of gastric and duodenal polyps. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1990;178:7-12.
2. Jepsen JM, Persson M, Jakobsen NO et al. Prospective study of prevalence and endoscopic and histopathologic characteristics of duodenal polyps in patients submitted to upper endoscopy. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29:483-7.
3. Attard TM, Yardley JH, Cuffari C. Gastric polyps in pediatrics: an 18-year hospital-based analysis. *Am J Gastroenterol* 2002;97:298-301.
4. Attard TM, Abraham SC, Cuffari C. The clinical spectrum of duodenal polyps in pediatrics. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;36:116-9.
5. Oberhuber G, Stolte M. Gastric polyps: an update of their pathology and biological significance. *Virchows Arch* 2000;437:581-90.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

6. Stolte M, Sticht T, Eidt S et al. Frequency, location, and age and sex distribution of various types of gastric polyp. *Endoscopy* 1994;26:659-65.
7. Perez A, Saltzman JR, Carr-Locke DL et al. Benign nonampullary duodenal neoplasms. *J Gastrointest Surg* 2003;7:536-41.
8. Rosch T, Kapfer B, Will U et al. Accuracy of endoscopic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions: a prospective multicenter study. *Scand J Gastroenterol* 2002;37:856-62.
9. Watanabe N, Seno H, Nakajima T et al. Regression of fundic gland polyps following acquisition of *Helicobacter pylori*. *Gut* 2002;51:742-5.
10. Burt RW. Gastric fundic gland polyps. *Gastroenterology* 2003;125:1462-9.
11. Stolte M, Vieth M, Ebert MP. High-grade dysplasia in sporadic fundic gland polyps: clinically relevant or not? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:1153-6.
12. Dirschmid K, Platz-Baudin C, Stolte M. Why is the hyperplastic polyp a marker for the precancerous condition of the gastric mucosa? *Virchows Arch* 2006;448:80-4.
13. Ohkusa T, Takashimizu I, Fujiki K et al. Disappearance of hyperplastic polyps in the stomach after eradication of *Helicobacter pylori*. *Ann Intern Med* 1998;129:712-5.
14. Park DI, Rhee PL, Kim JE et al. Risk factors suggesting malignant transformation of gastric adenoma: univariate and multivariate analysis. *Endoscopy* 2001;33:501-6.
15. Abraham SC, Montgomery EA, Singh VK et al. Gastric adenomas: intestinal-type and gastric-type adenomas differ in the risk of adenocarcinoma and presence of background mucosal pathology. *Am J Surg Pathol* 2002;26:1276-85.
16. Matsui K, Kitagawa M. Biopsy study of polyps in the duodenal bulb. *Am J Gastroenterol* 1993;88:253-7.
17. Khulusi S, Badve S, Patel P et al. Pathogenesis of gastric metaplasia of the human duodenum: role of *Helicobacter pylori*, gastric acid, and ulceration. *Gastroenterology* 1996;110:452-8.
18. Bulow S, Bjork J, Christensen IJ et al. Duodenal adenomatosis in familial adenomatous polyposis. *Gut* 2004;53:381-6.
19. Catalano MF, Linder JD, Chak A et al. Endoscopic management of adenoma of the major duodenal papilla. *Gastrointest Endosc* 2004;59:225-32.
20. Saurin JC, Chavaillon A, Napoleon B et al. Long-term follow-up of patients with endoscopic treatment of sporadic adenomas of the papilla of Vater. *Endoscopy* 2003;35:402-6.
21. Apel D, Jakobs R, Weickert U et al. High frequency of colorectal adenoma in patients with duodenal adenoma but without familial adenomatous polyposis. *Gastrointest Endosc* 2004;60:397-9.
22. Apel D, Jakobs R, Spiethoff A et al. Follow-up after endoscopic snare resection of duodenal adenomas. *Endoscopy* 2005;37:444-8.
23. Cheng CL, Sherman S, Fogel EL et al. Endoscopic snare papillectomy for tumors of the duodenal papillae. *Gastrointest Endosc* 2004;60:757-64.
24. Sakurai T, Sakashita H, Honjo G et al. Gastric foveolar metaplasia with dysplastic changes in Brunner gland hyperplasia: possible precursor lesions for Brunner gland adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 2005;29:1442-8.
25. Logrono R, Jones DV, Faruqi S et al. Recent advances in cell biology, diagnosis, and therapy of gastrointestinal stromal tumor (GIST). *Cancer Biol Ther* 2004;3:251-8.
26. Yan SL, Yeh YH, Chen CH et al. Gastric glomus tumor: A hypervascular submucosal tumor on power doppler endosonography. *J Clin Ultrasound* 2007;35:164-8.
27. Patti R, Almasio PL, Di VG. Granular cell tumor of stomach: a case report and review of literature. *World J Gastroenterol* 2006;12:3442-5.
28. Zoller WG, Bogner JR, Powitz F et al. Endoscopic ultrasound in the diagnosis and staging of gastrointestinal Kaposi's sarcoma. *Endoscopy* 1995;27:191-6.
29. Thompson WM, Kende AI, Levy AD. Imaging characteristics of gastric lipomas in 16 adult and pediatric patients. *AJR Am J Roentgenol* 2003;181:981-5.
30. Chuah SK, Hu TH, Kuo CM et al. Upper gastrointestinal carcinoid tumors incidentally found by endoscopic examinations. *World J Gastroenterol* 2005;11:7028-32.
31. Saffou A, Vilman P, Gulddammer SB et al. Endoscopic ultrasound (EUS)-guided Trucut biopsy adds significant information to EUS-guided fine-needle aspiration in selected patients: a prospective study. *Scand J Gastroenterol* 2007;42:117-25.
32. Waxman I, Saitoh Y, Raju GS et al. High-frequency probe EUS-assisted endoscopic mucosal resection: a therapeutic strategy for submucosal tumors of the GI tract. *Gastrointest Endosc* 2002;55:44-9.
33. Sato T, Peiper M, Fritscher-Ravens A et al. Strategy of treatment of submucosal gastric tumors. *Eur J Med Res* 2005;10:292-5.
34. Brand B, Oesterhelweg L, Binmoeller KF et al. Impact of endoscopic ultrasound for evaluation of submucosal lesions in gastrointestinal tract. *Dig Liver Dis* 2002;34:290-7.
35. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2006;63:570-80.

Patienter med anden baggrund end dansk?

Statsborgerskab, nationalitet, etnicitet eller kultur

Antropolog Katrine Schepelern Johansen & cand.mag. Birgitte Schepelern Johansen

Københavns Universitet, Institut for Tværkulturelle og Regionale Studier, Afdelingen for Minoritetsstudier

Inden for det danske sundhedsvæsens kliniske hverdag og i forskningen i sundhed og sygdom er der kommet en øget interesse for patienternes forskellige kulturelle og nationale baggrund. Disse søges registreret som en relevant demografisk variabel ved siden af køn, alder og sociale forhold og inddrages som et særskilt interessefelt i forbindelse med pro-

blemer som for eksempel traumer og særlig sårbarhed over for diabetes.

Spørgsmålene om patienters etniske og kulturelle baggrund er også blevet diskuteret i den internationale litteratur [1, 2], ligesom det var temaet for en velbesøgt, international konference, der blev afholdt på Panuminstituttet i juni 2006 af Statens Institut for Folkesundhed og Forskningsnetværket Etniske Minoriteters Sundhed.

Denne øgede interesse for kultur gør det imidlertid relevant at spørge til, hvad det er for informationer om patienterne, man søger at registrere. Både klinisk og forskningsmæssigt bruger man ofte betegnelsen »etnisk baggrund« eller »etnicitet« til at betegne disse data. Som samfundsvidenskabe-