

---

# Magyar Gasztroenterológiai Társaság 50. Nagygyűlése

---

Program / Előadás kivonatok

Tihany, 2008. június 06-11.

---

## TARTALOM

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Általános tudnivalók .....            | 3 |
| A Nagygyűlés időrendi beosztása ..... | 4 |

## Premeeting:

|                                                         |   |
|---------------------------------------------------------|---|
| Prophesys vizsgálói értekezlet (Roche szimpózium) ..... | 7 |
|---------------------------------------------------------|---|

## Program:

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Magyar Gasztroenterológiai Társaság Postgraduális Képzési Programja ..                    | 8   |
| Endoszkópos asszisztensek ülése I. ....                                                   | 10  |
| Kiállítók köszöntése .....                                                                | 12  |
| Endoszkópia I. (előadások) .....                                                          | 13  |
| Hepatológia (előadások) .....                                                             | 15  |
| Táplálkozástudomány és dietetika (előadások) .....                                        | 18  |
| Interdiszciplináris szimpózium, Családorvosok fóruma .....                                | 19  |
| A Pentasa Granulatum szerepe a Colitis ulcerosa kezelésében<br>(Ferring szimpózium) ..... | 21  |
| „JuBÉLeum” (Richter szimpózium) .....                                                     | 23  |
| Közgyűlés / Emlékelőadások / Díjátadások .....                                            | 24  |
| A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei .....                                | 25  |
| NOTES szimpózium .....                                                                    | 29  |
| Endoszkópia II. (előadások) .....                                                         | 29  |
| Kutatói fórum (előadások) .....                                                           | 31  |
| Janssen-Cilag szimpózium .....                                                            | 35  |
| Bioelektromágneses reguláció (BEMER) kezelés (Bemer szimpózium) .                         | 37  |
| Össejtek a gasztroenterológiában (főtéma) .....                                           | 39  |
| Paramedicina a gasztroenterológiában (referátum) .....                                    | 39  |
| Helicobacter Pylori (előadások) .....                                                     | 41  |
| Endoszkópia III. (előadások) .....                                                        | 43  |
| Motilitás (előadások) .....                                                               | 45  |
| Pancreas (előadások) .....                                                                | 49  |
| Onkológia (előadások) .....                                                               | 52  |
| A reflux más megközelítései (Nycomed szimpózium) .....                                    | 57  |
| Danone szimpózium .....                                                                   | 58  |
| Biológiai terápia IBD-ben (főtéma) .....                                                  | 61  |
| Intesztinális ischaemia (referátum) .....                                                 | 61  |
| Kollégiumi fórum a gasztroenterológia aktuális kérdéseiről .....                          | 62  |
| Bélbetegségek (előadások) .....                                                           | 63  |
| Bélbetegségek (poszterek) .....                                                           | 66  |
| Finanszírozás (előadások) .....                                                           | 68  |
| Ultrahang, képalkotó (előadások) .....                                                    | 69  |
| Áttörés a hepatocellularis carcinoma szisztémás kezelésében<br>(Bayer szimpózium) .....   | 71  |
| Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (poszterek)                   | 72  |
| Learning center .....                                                                     | 76  |
| Előadás kivonatok .....                                                                   | 78  |
| Szerzők névsora .....                                                                     | 124 |
| Kiállítók és hirdető .....                                                                | 131 |
| Hirdető cégek listája .....                                                               | 132 |

---

***Kiadja a Magyar  
Gastroenterológiai  
Társaság***

*Felelős szerkesztő:*

*Dr. Szalay Ferenc  
ügyvezető igazgató*

*1092 Budapest  
Kinizsi u. 22.  
Tel: 215-1224  
Fax: 476-0634  
E-mail:  
gastro@gastroent.hu*

*ISSN: 1417-7013*

*Nyomda:*

*NestPress Kft.  
1116 Budapest  
Vegyész u. 17-25.*

**2008.**

---

# 50<sup>th</sup> Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

---

## Program / Abstracts

Tihany, 06-11 June, 2008

---

### Contents:

|                           |   |
|---------------------------|---|
| General information ..... | 3 |
| Time-table .....          | 5 |

### Pre-meeting:

|                         |   |
|-------------------------|---|
| (Roche symposium) ..... | 7 |
|-------------------------|---|

### Program:

|                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Postgraduate Course of the Hungarian Society of Gastroenterology .....                         | 8   |
| Meeting of GI nurses and endoscopy associates I. ....                                          | 10  |
| Exhibitors' meeting .....                                                                      | 12  |
| Endoscopy I. (oral presentations) .....                                                        | 13  |
| Hepatology (oral presentations ) .....                                                         | 15  |
| Nutrition and dietetics (oral presentations) .....                                             | 18  |
| Interdisciplinary discussion, Forum of Family doctors .....                                    | 19  |
| The role of Pentasa Sachet in the treatment of ulcerative colitis<br>(Ferring symposium) ..... | 21  |
| JUBILEE (Richter symposium) .....                                                              | 23  |
| General assembly, Memorial lectures, Awards .....                                              | 24  |
| NOTES symposium .....                                                                          | 29  |
| Endoscopy II. (oral presentations) .....                                                       | 29  |
| Research forum (oral presentations) .....                                                      | 31  |
| Janssen-Cilag symposium .....                                                                  | 35  |
| Bioelectromagnetic regulation (BEMER) treatment (Bemer symposium)                              | 37  |
| Stem in gastroenterology (main topic) .....                                                    | 39  |
| Alternative medicine (state of art lecture) .....                                              | 39  |
| Helicobacter Pylori (oral presentations) .....                                                 | 41  |
| Endoscopy III. ( oral presentations) .....                                                     | 43  |
| Motility (oral presentations) .....                                                            | 45  |
| Pancreas (oral presentations) .....                                                            | 49  |
| Oncology (oral presentations) .....                                                            | 52  |
| Different approaches to reflux (Nycomed symposium) .....                                       | 57  |
| Danone symposium .....                                                                         | 58  |
| Biological treatment of IBD (main topic) .....                                                 | 61  |
| Intesztinális ischaemia (state of art lecture) .....                                           | 61  |
| College forum .....                                                                            | 62  |
| Bowel diseases (oral presentations) .....                                                      | 63  |
| Bowel diseases (posters) .....                                                                 | 66  |
| Financing (oral presentations) .....                                                           | 68  |
| Ultrasound, Imaging (oral presentations) .....                                                 | 69  |
| Breakthrough in systemic treatment of hepatocellular carcinoma<br>(Bayer symposium) .....      | 71  |
| Challenges, Clinicopathology, Case reports (posters) .....                                     | 72  |
| Learning center .....                                                                          | 76  |
| Abstracts .....                                                                                | 78  |
| Alphabetic list of authors .....                                                               | 124 |
| Exhibitors and advertisers .....                                                               | 131 |
| List of advertisers .....                                                                      | 132 |

---

***Editor:  
Hungarian  
Society of  
Gastroenterology***

*Editor:*

*Dr. Ferenc Szalay  
Executive director*

*H-1092 Budapest  
Kinizsi u. 22.  
Tel.: +36 1 215-1224  
Fax: +36 1 476-0634  
E-mail:  
gastro@gastroent.hu*

*ISSN: 1417-7013*

*Publisher:*

*NestPress Kft.  
1116 Budapest  
Vegyész u. 17-25.*

**2008.**

## ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

### GENERAL INFORMATION

#### KONGRESSZUSI IRODA

2008. 06. 06-án 12.00 órától működik Club Tihanyban a főépület földszintjén. A Nagygyűlés ideje alatt minden nap 8.00-tól az aznapi utolsó tudományos program végéig tart nyitva. A résztvevők a programfüzetet regisztráláskor kapják meg.

#### RÉSZVÉTELI DÍJ

A kongresszuson való részvétel feltétele a regisztrálás.

A részvételi díj tartalmazza a fogadás, táncest és a búcsúest költségeit.

A regisztrálás jogosít a Nagygyűlés valamennyi, illetve a napijegy esetén az adott napon sorra kerülő szakmai programon való részvételre.

#### POSZTEREK

A poszttereket az 1 m széles és 2 m magas, földön álló állványra, gombostűvel vagy ragasztószalaggal lehet felerősíteni. A posztterek szélessége **100 cm**, magassága **120 cm**. A poszter címét, a szerzők nevét és munkahelyét a szerzőknek kell feltüntetni.

A posztterek megvitatására tematika szerint a programban megjelölt napon kerül sor.

Kérjük a szerzőket, hogy a jelzett időben álljanak az érdeklődők rendelkezésére.

#### KREDITPONT

A kongresszus résztvevői a kreditpont igazolást a kongresszusi irodán vehetik fel.

#### CONGRESS OFFICE

Opens on 06. 06. 2008 from 12.00 a.m. at the entrance of the Club Tihany. Opening hours from 8.00 a.m. up to the last scientific program of each day. Participants will receive the final program at the desk.

Official hours: each day from 8.00 a.m. to 19.00 p.m.

#### REGISTRATION FEES

You have to register in order to participate in the Congress.

Registration fee includes admittance to all scientific sessions.

Registration fee includes the price of the Gala Dinner.

#### POSTERS

Panels for posters (1 m x 2 m) will be provided by the Organizing Committee. Size of posters can not be larger than 100 cm (width) x 120 cm (height).

Poster has to contain the title of lecture, author's name(s) and institution(s).

The poster discussion will be on that day, which is marked in the program.

We ask the authors to be at disposal of enquirers in time of the marked time.

#### CREDITS

The participants can pick up the certificate at the registration desk.

**2008. június 06. Péntek**  
**06 June, Friday**  
**12.00 -**

**Club Tihany Főépület**

**REGISZTRÁLÁS / REGISTRATION**

**2008. június 06. Péntek**  
**01 June, Friday**  
**16.00 – 19.00**

**Levendula I. terem**  
**Levendula Hall I.**

**PROPHEYS VIZSGÁLÓI ÉRTEKEZLET**  
**ROCHE SZIMPÓZIUM – ROCHE SYMPOSIUM**  
*PRE MEETING*

2008. június 07. Szombat  
07 June, Saturday  
9.00 – 12.30

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

JANSSEN-CILAG TÁMOGATÁSÁVAL / SUPPORTED BY JANSSEN-CILAG

9.00 – 10.00

### AZ EMÉSZTŐSZERVI BETEGSÉGEK PSZICHÉS ASPEKTUSAI, A PSZICHOTERÁPIA LEHETŐSÉGEI

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DIGESTIVE DISEASES, POTENTIAL OF PSYCHOTHERAPY

Moderátor: Garamszegi Mária, Szekszárd

### FUNKCIONÁLIS GASZTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK GYERMEKKORBAN

FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISEASES IN CHILDHOOD

Veres Gábor, Budapest

### EMÉSZTŐSZERVI BETEGSÉGEK PSZICHOSZOMATIKUS MEGKÖZELÍTÉSBN

DIGESTIVE DISEASES IN PSYCHOSOMATIC PERSPECTIVE

Banai János, Budapest

### SZEMÉLYISÉGFAKTOROK, FARMAKO-ÉS PSZICHOTERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK AZ EMÉSZTŐSZERVI MEGBETEGEDÉSEKBN

PERSONALITY FACTORS, PHARMACO- AND PSYCHOTHERAPEUTIC POSSIBILITIES IN DIGESTIVE DISEASES

Gáti Ágnes, Pécs

10.00 – 11.15

### IDÜLT HEPATITISEK ÉS AUTOIMMUN EREDETŰ BILIÁRIS KÓRKÉPEK CHRONIC HEPATITIS AND AUTOIMMUNE CHOLESTATIC LIVER DISEASES

Moderátorok: Hunyady Béla, Pécs

Horváth Gábor, Budapest

### KRÓNIKUS B ÉS D HEPATITIS (epidemiológia, kórlefolyás, diagnosztika, terápia)

CHRONIC B AND D HEPATITIS

Horváth Gábor, Budapest

### KRÓNIKUS C HEPATITIS (új szempontok a kezelésben)

CHRONIC HEPATITIS C (NEW THERAPEUTIC STRATEGIES)

Hunyady Béla, Pécs

### AUTOIMMUN MÁJBETEGSÉGEK (AIH, PSC, PBC - epidemiológia, kórlefolyás, diagnosztika, terápia)

AUTOIMMUNE LIVER DISEASE (AIH, PSC, PBC)

Pár Alajos, Pécs

**MÁJCIRRHOSIS ÉS SZÖVŐDMÉNYEI, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A  
HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMÁRA (epidemiológia, kórlefolyás, diagnosztika, terápia)**

*LIVER CIRRHOSIS AND ITS COMPLICATIONS WITH SPECIAL REGARDS TO THE  
HEPATOCELLULAR CANCER*

Tornai István, Debrecen

**MÁJBETEGSÉGET OKOZÓ, ÖRÖKLŐDŐ ANYAGCSERE-BETEGSÉGEK (epidemiológia, kórlefolyás, diagnosztika, terápia)**

*HEREDITER METABOLIC DISORDERS CAUSING LIVER DISEASE*

Szőnyi László, Budapest

**11.30 – 12.30**

**POLYPECTOMIA. NAGY RIZIKÓJÚ ESETEK, KÖVETÉS ÉS ELLENŐRZÉS  
POLYPECTOMY; HIGH RISK POLYPECTOMY, SURVEILLANCE AFTER POLYPECTOMY**

*Moderátorok: Újszászy László, Miskolc*

**Banai János, Budapest**

**TECHNIKA ÉS GYAKORLATI KÉRDÉSEK  
COLONOSCOPIC POLYPECTOMY, EQUIPMENTS**  
Bene László, Budapest

**A POLYPUSOK ENDOSZKÓPOS ELLÁTÁSA  
POLYPECTOMY, THERAPEUTIC PROCEDURES**  
Kristóf Tünde, Miskolc

**HIGH RISK POLYPECTOMIA ÉS SZÖVŐDMÉNYEK  
HIGH RISK POLYPECTOMY, COMPLICATIONS**  
Pécsi Gyula, Gyula

**POLYPECTOMIZÁLT BETEGEK KÖVETÉSE, GONDOZÁSA  
SURVEILLANCE AFTER POLYPECTOMY**  
Nagy Ferenc, Szeged

**2008. június 07. Szombat**  
**07 June, Saturday**  
**09.00 – 13.00**

**Levendula I. terem**  
**Levendula Hall I.**

**ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK ÜLÉSE I.**  
 MEETING OF THE GI NURSES AND ENDOSCOPY ASSOCIATES I.

*Üléseelnökök:*

**Rácz István, Győr**

**Kokas Mariann, Győr**

**Kormosné Török Éva, Miskolc**

- 9.00 MEGNYITÓ
- 9.10 **NYELŐCSŐ POLYP ELTÁVOLÍTÁSA GUMIGYŰRŰ LIGATURA SEGÍTSÉGÉVEL**  
Vincze L., Földiné Kiss G., Lakó K., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Endoszkópos Labor,
- 9.20 **VÉRZŐ GYOMORFEKÉLYEK ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE HAEMOCLIP ÉS ENDOLOOP KOMBINÁCIÓJÁVAL**  
Bábics I., Földiné Kiss G., Lakó K., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Endoszkópos Labor
- 9.30 **A GORDIUSI CSOMÓ**  
Szolykóné Szaszko Z., Fábíán G., Szigeti N., PTE ÁOK II.sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum
- 9.40 **AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENS SZEREPE AZ DIAGNOSZTIKUS NONINVAZÍV ÉS INVAZÍV ENDOSONOGRAPHIÁS VIZSGÁLATOK VÉGZÉSÉBEN**  
Tátrai Tamás ., Ádám T., Kürthy K., Kalmárné Kubinyi ., Takács R., Eröss B., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterológia
- 9.50 **A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA SZEREPE AZ ISMERETLEN EREDETŰ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN.**  
Schneider Z., Csontosné S., Molnár Á., Fehér L., Czimmer J., Pakodi F., Vincze Á., I. sz. Belgyógyászati Klinika, OEKK-KK Pécsi Tudományegyetem
- 10.00 **KAPSZULÁS RENDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA**  
Jánoki M., Rácz I., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház I. Belgy. Gastroenterológia
- 10.10 **INTRAOPERATIV POLYPECTOMIA**  
Gasparik R., Baranya Megyei Kórház Pécs Endoscopos labor
- 10.20 **ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD): INDICATION AND TECHNIQUE. A CASE REPORT.**  
Tari K., Lukovich P., Váradi G., Kupcsulik P., 1<sup>st</sup> Department of Surgery, Semmelweis University Budapest, Hungary

**10.30 SESSILIS RECTUM ADENOMÁK ELTÁVOLÍTÁSA ENDOSZKÓPOS  
SUBMUCOSA DISSECTIO (ESD) TECHNIKÁJÁVAL – ÚJ ELJÁRÁS AZ EN-  
DOSZKÓPOS SZAKASSZISTENS SZEMSZÖGÉBŐL**

Molnár T., Tóthné Lestár A., Nagyné Budai N., Székely A., Madácsy L., OMCH Endo-  
szkópos Labor, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár

**10.40 COLONOSCOPOS VIZSGÁLAT 80 ÉV FELETT – AZ ENDOSZKÓPOS AS  
SZISZTENS SZEMSZÖGÉBŐL**

Dózsa L., Gaál E., Schäfer E., Rusznyák K., Varsányi M., Gyökeres T., Banai J., Álla-  
mi Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest

**SZÜNET**

**11.10-13.00**

**PROTOKOLL, STERILIZÁLÁS, BIZTONSÁG  
AZ ENDOSZKÓPOS TARTOZÉKOK ELŐKÉSZÍTÉSE STERILIZÁLÁSRA  
KEREKASZTAL**

*Moderátorok:* **Kokas Mariann, Győr**

**Kabai Annamária, Karcag**

*Résztvevők:*

**Seres Lászlóné, Paulovicsné Kiss Melinda, Kádár Tamásné, Kormosné Török Éva**

**2008. június 07. Szombat**

**07 June, Saturday**

**16.00 – 18.00**

**Levendula I. terem**

**Levendula Hall I.**

**ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK ÜLÉSE II.  
MEETING OF THE GI NURSES AND ENDOSCOPY ASSOCIATES II.**

**16.00-18.00**

**KÖZGYŰLÉS  
VEZETŐSÉG VÁLASZTÁS  
VEZETŐSÉGI ÜLÉS**

2008. június 07. Szombat  
07. June, Saturday  
12.30 -tól

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| <b>KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE / EXHIBITORS' MEETING</b> |
|---------------------------------------------------|

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Rácz István, Győr**

**Hunyady Béla, Pécs**

**Szalay Ferenc, Budapest**



**A KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE**  
Welcome greeting



**A KIÁLLÍTÁS HIVATALOS MEGNYITÁSA**  
Official opening of the exhibition

2008. június 07. Szombat  
07 June, Saturday  
14.00 – 15.20

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## ENDOSZKÓPIA I. / ENDOSCOPY I. (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

Altörjay István, Székesfehérvár      Gurzó Zoltán, Gyula

- 14.00 **KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA SZEREPE VÉKONYBÉL TUMOROK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**  
Kovács M., Pák P., Pák G., II.Belgyógyászati Osztály, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom
- 14.10 **VASTAGBÉLVIZSGÁLAT KAPSZULÁVAL: AZ ELSŐ MAGYARORSZÁGI TAPASZTALATOK**  
Pák P., Kovács M., Pák G., II. Belgyógyászati Osztály - Gasztroenterológia, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom
- 14.20 **HEMOSZTÁZIS A FELSŐ TÁPCSATORNAI NEM VARIX EREDETŰ VÉRZÉSEK BEN MA MAGYARORSZÁGON.**  
Novák J., Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza, III.sz. Belgyógyászat, Gyula ,
- 14.30 **ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING AND THE ROLE OF NSAID AND ACETYLSALICYLATE IN EMERGENCY GASTROSCOPIC EXAMINATION CASES.**  
Varga M.,<sup>1</sup>, Csefkó K.,<sup>1</sup>, Szűcs Z.,<sup>2</sup>, Soós I.,<sup>1</sup>, Szabó M.,<sup>1</sup>, Pink T.,<sup>1</sup>, 3rd Internal Medicine-Gastroenterology and Hepatology <sup>1</sup>, Surgery <sup>2</sup>,
- 14.40 **UPPER GI ANGIODYSPLASIA: RARE REASON OF GASTROINTESTINAL BLEEDING, EXPERIENCES ON THREE PATIENTS**  
Szakács A., Takács R., Kerékgyártó O., Tatai O., Hamvas J., 1st. Department of medicine, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest <sup>1</sup>,
- 14.50 **CLOSURE OF THE GASTRIC INCISION WITH MAGNETS AT THE END OF THE TRANSGASTRIC NOTES INTERVENTIONS**  
Kecskédi B.,<sup>1</sup>, Lukovich P.,<sup>2</sup>, Gerő D.,<sup>1</sup>, Tari K.,<sup>2</sup>, Váradi G.,<sup>2</sup>, Jónás A.,<sup>2</sup>, Kupcsulik P.,<sup>2</sup>, Semmelweis University, Faculty of Medicine <sup>1</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University <sup>2</sup>,
- 15.00 **A NEW PERSPECT OF MAINTAINING TRIANGULATION WITHIN NOTES CHOLECYSTECTOMY**  
Hudomel D.,<sup>1</sup>, Lukovich P.,<sup>2</sup>, Pálinkás P.,<sup>1</sup>, Váradi G.,<sup>2</sup>, Kupcsulik P.,<sup>2</sup>, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest <sup>1</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>,
- 15.10 **BILE DUCT DISEASES IN INFANCY AND CHILDREN**  
Kovács M.,<sup>1</sup>, Szőnyi L.,<sup>4</sup>, Dezsőfi A.,<sup>4</sup>, Davidovics S.,<sup>2</sup>, Rácz I.,<sup>3</sup>, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Department of Pediatrics <sup>1</sup>, Department of Pediatric Surgery <sup>2</sup>, 1st Department of Medicine and Gastroenterology <sup>3</sup>, Semmelweis University, Budapest, 1st Department of Pediatrics <sup>4</sup>

2008. június 07. Szombat  
07 June, Saturday  
13.00 – 15.40

Levendula I. terem  
Levendula Hall I.

## HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Tornai István**, Debrecen    **Pár Alajos**, Pécs

**13.00 THE DIAGNOSIS AND CLINICAL IMPACT OF DRUG INDUCED, TREATMENT RESISTANT MUTATIONS OF HEPATITIS B VIRUS (HBV) DURING NUCLEOSIDE ANALOGUE THERAPY**

Gervain J.,<sup>4</sup> 4th Department of Internal Medicine-Gastroenterology and Molecular Diagnostic Laboratory, Szent György Hospital, Székesfehérvár ,

**13.10 A GLUTEN BEVITEL INTERFERÁL A HEPATITIS B VAKCINÁCIÓRA ADOTT IMMUNVÁLASSZAL COELIAKIÁBAN**

Nemes É.,<sup>1</sup>, Papp M.,<sup>2</sup>, Lefler É.,<sup>3</sup>, Szegedi L.,<sup>4</sup>, Tumpek J.,<sup>5</sup>, Sipka S.,<sup>5</sup>, Korponay-Szabó I.,<sup>1</sup>, Gyermekklinika, DE OEC, Debrecen <sup>1</sup>, II. Belklinika, DE OEC, Debrecen <sup>2</sup>, ÁNTSZ, Laboratórium Kft, Debrecen <sup>3</sup>, Belgyógyászati Osztály, Kenézy

**13.20 THE EFFECTIVENESS OF ENTECAVIR IN CHRONIC HEPATITIS B IN PATIENTS RESISTANT TO LAMIVUDINE AND ADEFOVIR**

Koutoubi Z.,<sup>1</sup>, Vincze Á.,<sup>2</sup>, Chebli A.,<sup>1</sup>, Taha M.,<sup>1</sup>, Department of Medicine, Tawam Hospital – Johns Hopkins Medicine, Al Ain, UAE <sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary <sup>2</sup>,

**13.30 THE PREVALENCE OF HEPATITIS C VIRUS INFECTION AMONG PRISONERS IN HUNGARY. FIRST DATA OF THE FIRST HUNGARIAN SURVEY**

Horváth G.,<sup>1</sup>, Werling K.,<sup>2</sup>, Gasztonyi B.,<sup>3</sup>, Nagy I.,<sup>4</sup>, 1st Dept. Med. Szt. János Hosp. Budapest <sup>1</sup>, 2nd Dept. Med. Semmelweis University Budapest <sup>2</sup>, Dept. Med. County Hosp. Zalaegerszeg <sup>3</sup>, 1st Dept. Med. University of Szeged <sup>4</sup>

**13.40 REAL LIFE EXPERIENCE IS LESS FAVORABLE THAN EXPECTED IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C**

Vincze Á.,<sup>2</sup>, Hunyady B.,<sup>3</sup>, Koutoubi Z.,<sup>1</sup>, Chebli A.,<sup>1</sup>, Taha M.,<sup>1</sup>, Department of Medicine, Tawam Hospital – Johns Hopkins Medicine, Al Ain, UAE <sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary <sup>2</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital Kaposvár<sup>3</sup>

**13.50 CHANGES OF AUTONOMIC AND SENSORY NERVE FUNCTION DURING HEPATITIS C ANTIVIRAL TREATMENT**

Osztovits J.,<sup>1</sup>, Horváth T.,<sup>3</sup>, Tax J.,<sup>1</sup>, Horváth E.,<sup>1</sup>, Csiki L.,<sup>1</sup>, Bekő G.,<sup>1</sup>, Csák T.,<sup>1</sup>, Horváth A.,<sup>1</sup>, Lakatos P.,<sup>1</sup>, Ibrányi E.,<sup>4</sup>, Tóth T.,<sup>1</sup>, Lengyel G.,<sup>2</sup>, Fehér J.,<sup>2</sup>, Abonyi M.,<sup>1</sup>, Kollai M.,<sup>3</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University <sup>1</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University <sup>2</sup>, Institute of Human Physiology and Clinical Experimental Research, Semmelweis University <sup>3</sup>, Szt. László Hospital, Budapest <sup>4</sup>,

- 14.00 **INSULIN RESISTANCE IS A NEGATIVE PREDICTIVE FACTOR FOR SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS** Lombay B.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Szent Ferenc Hospital, Department of Internal Medicine, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis University, 1st Clinic of Internal Medicine, Budapest<sup>2</sup>,

- 14.10 **SEN VIRUS (SENV) CO-INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**  
Pár A.<sup>1</sup>, Takács M.<sup>2</sup>, Dencs Á.<sup>2</sup>, Rusvai E.<sup>2</sup>, Miseta A.<sup>3</sup>, Hegedüs G.<sup>4</sup>, Pár G.<sup>1</sup>, Mózsik G.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs<sup>1</sup>, National Center for Epidemiology<sup>2</sup>, Department of Laboratory Medicine, University of Pécs<sup>3</sup>, Baranya County Hospital, Department of Pathology, Pécs, Hungary<sup>4</sup>,

## SZÜNET

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Nagy István**, Szeged **Hunyady Béla**, Kaposvár

- 14.30 **A PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITIS PATHOGENESISÉBEN A HAPTOGLOBIN POLYMORPHISMUSNAK SZEREPE LEHET**

Tornai I.<sup>1</sup>, Orosz P.<sup>2</sup>, Pár A.<sup>3</sup>, Szalay F.<sup>4</sup>, Veress G.<sup>5</sup>, Weisz G.<sup>6</sup>, Hársfalvi J.<sup>7</sup>, Magyar Autoimmun Májbetegség Vizsgáló Csoport<sup>1</sup>, DEOEC II. Belklinika Debrecen<sup>1</sup>, BAZ-megyei Kórház, II. Belosztály, Miskolc<sup>2</sup>, POTE I. Belklinika, Pécs<sup>3</sup>, SOTE I. Belklinika<sup>4</sup>, SOTE I. Gyermekklinika<sup>5</sup>, Kenézy Gyula Kórház, Fertőző osztály, Debrecen<sup>6</sup>, DEOEC, Klinikai Kutató Központ, Debrecen<sup>7</sup>,

- 14.40 **GENETIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF WILSON DISEASE IN PATIENTS FROM HUNGARY**

Folhoffer A.<sup>1</sup>, Ferenci P.<sup>2</sup>, Csák T.<sup>1</sup>, Horváth A.<sup>1</sup>, Hegedüs D.<sup>1</sup>, Firneisz G.<sup>3</sup>, Osztovits J.<sup>1</sup>, Visnyei Z.<sup>1</sup>, Kósa J.<sup>1</sup>, Wilheim-Polli C.<sup>2</sup>, Szőnyi L.<sup>4</sup>, Abonyi M.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, 4th Dept of Medicine of University Vienna, Vienna, Austria<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, 1st Dept of Pediatrics of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>4</sup>,

- 14.50 **DIFFERENT CYTOKINE PATTERNS OF ALCOHOLIC CIRRHOSIS, HCV-RELATED CIRRHOSIS AND PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS**

Bekő G.<sup>1</sup>, Osztovits J.<sup>2</sup>, Visnyei Z.<sup>2</sup>, Csák T.<sup>2</sup>, Blázovics A.<sup>3</sup>, Kovács M.<sup>4</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Central Laboratory of Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department Medicine of Semmelweis University<sup>2</sup>, 2nd Department Medicine of Semmelweis University<sup>3</sup>, Randox Laboratory Ltd. Hungary<sup>4</sup>,

- 15.00 **ÄTIOLOGIE DES HEPATOZELLULÄREN KARZINOMS IN MAGDEBURG: DATEN VON 396 PATIENTEN**

Csepregi A., Zimmermann L., Malfertheiner P., Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg ,

- 15.10 **VER REGENERATION, PORTAL OCCLUSION, CHEMOTHERAPY, LIVER TUMORS**

Kupcsulik P., Hahn O., Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika ,

**15.20 FUNKCIONÁLIS KAPACITÁS VIZSGÁLATA VENA PORTAE LIGATURÁK KAPCSÁN**

Szijártó A., Darvas K., Kupcsulik P., Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika

**15.30 MÁJÁTÜLTETÉS INDIKÁCIÓI GYERMEKKORBAN. HAZAI TAPASZTALATOK.**

Dezsőfi A.,<sup>1</sup> Kóbori L.,<sup>2</sup> Görög D.,<sup>2</sup> Fehérvári I.,<sup>2</sup> Máthé Z.,<sup>2</sup> Burdelski M.,<sup>3</sup> Szőnyi L.,<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekklinika, Budapest <sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinika, Budapest <sup>2</sup>, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kinderklinik Kiel <sup>3</sup>,

2008. június 07. Szombat  
07 June, Saturday  
13.00 – 15.40

Levendula I. terem  
Levendula Hall I.

## HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Tornai István, Debrecen    Pár Alajos, Pécs**

**13.00 THE DIAGNOSIS AND CLINICAL IMPACT OF DRUG INDUCED, TREATMENT RESISTANT MUTATIONS OF HEPATITIS B VIRUS (HBV) DURING NUCLEOSIDE ANALOGUE THERAPY**

Gervain J.,<sup>4</sup> 4th Department of Internal Medicine-Gastroenterology and Molecular Diagnostic Laboratory, Szent György Hospital, Székesfehérvár ,

**13.10 A GLUTEN BEVITEL INTERFERÁL A HEPATITIS B VAKCINÁCIÓRA ADOTT IMMUNVÁLASSZAL COELIAKIÁBAN**

Nemes É.,<sup>1</sup>, Papp M.,<sup>2</sup>, Lefler É.,<sup>3</sup>, Szegedi L.,<sup>4</sup>, Tumpek J.,<sup>5</sup>, Sipka S.,<sup>5</sup>, Korponay-Szabó I.,<sup>1</sup>, Gyermekklinika, DE OEC, Debrecen <sup>1</sup>, II. Belklinika, DE OEC, Debrecen <sup>2</sup>, ÁNTSZ, Laboratórium Kft, Debrecen <sup>3</sup>, Belgyógyászati Osztály, Kenézy

**13.20 THE EFFECTIVENESS OF ENTECAVIR IN CHRONIC HEPATITIS B IN PATIENTS RESISTANT TO LAMIVUDINE AND ADEFOVIR**

Koutoubi Z.,<sup>1</sup>, Vincze Á.,<sup>2</sup>, Chebli A.,<sup>1</sup>, Taha M.,<sup>1</sup>, Department of Medicine, Tawam Hospital – Johns Hopkins Medicine, Al Ain, UAE <sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary <sup>2</sup>,

**13.30 THE PREVALENCE OF HEPATITIS C VIRUS INFECTION AMONG PRISONERS IN HUNGARY. FIRST DATA OF THE FIRST HUNGARIAN SURVEY**

Horváth G.,<sup>1</sup>, Werling K.,<sup>2</sup>, Gasztonyi B.,<sup>3</sup>, Nagy I.,<sup>4</sup>, 1st Dept. Med. Szt. János Hosp. Budapest <sup>1</sup>, 2nd Dept. Med. Semmelweis University Budapest <sup>2</sup>, Dept. Med. County Hosp. Zalaegerszeg <sup>3</sup>, 1st Dept. Med. University of Szeged <sup>4</sup>

**13.40 REAL LIFE EXPERIENCE IS LESS FAVORABLE THAN EXPECTED IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C**

Vincze Á.,<sup>2</sup>, Hunyady B.,<sup>3</sup>, Koutoubi Z.,<sup>1</sup>, Chebli A.,<sup>1</sup>, Taha M.,<sup>1</sup>, Department of Medicine, Tawam Hospital – Johns Hopkins Medicine, Al Ain, UAE <sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary <sup>2</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital Kaposvár<sup>3</sup>

**13.50 CHANGES OF AUTONOMIC AND SENSORY NERVE FUNCTION DURING HEPATITIS C ANTIVIRAL TREATMENT**

Osztovits J.,<sup>1</sup>, Horváth T.,<sup>3</sup>, Tax J.,<sup>1</sup>, Horváth E.,<sup>1</sup>, Csiki L.,<sup>1</sup>, Bekő G.,<sup>1</sup>, Csák T.,<sup>1</sup>, Horváth A.,<sup>1</sup>, Lakatos P.,<sup>1</sup>, Ibrányi E.,<sup>4</sup>, Tóth T.,<sup>1</sup>, Lengyel G.,<sup>2</sup>, Fehér J.,<sup>2</sup>, Abonyi M.,<sup>1</sup>, Kollai M.,<sup>3</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University <sup>1</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University <sup>2</sup>, Institute of Human Physiology and Clinical Experimental Research, Semmelweis University <sup>3</sup>, Szt. László Hospital, Budapest <sup>4</sup>,

- 14.00 **INSULIN RESISTANCE IS A NEGATIVE PREDICTIVE FACTOR FOR SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS** Lombay B.,<sup>1</sup>, Szalay F.,<sup>2</sup>, Szent Ferenc Hospital, Department of Internal Medicine, Miskolc <sup>1</sup>, Semmelweis University, 1st Clinic of Internal Medicine, Budapest <sup>2</sup>,

- 14.10 **SEN VIRUS (SENV) CO-INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**  
Pár A.,<sup>1</sup>, Takács M.,<sup>2</sup>, Dencs Á.,<sup>2</sup>, Rusvai E.,<sup>2</sup>, Miseta A.,<sup>3</sup>, Hegedüs G.,<sup>4</sup>, Pár G.,<sup>1</sup>, Mózsik G.,<sup>1</sup>, Hunyady B.,<sup>1</sup>, Vincze Á.,<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Pécs <sup>1</sup>, National Center for Epidemiology <sup>2</sup>, Department of Laboratory Medicine, University of Pécs <sup>3</sup>, Baranya County Hospital, Department of Pathology, Pécs, Hungary <sup>4</sup>,

## SZÜNET

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Nagy István**, Szeged **Hunyady Béla**, Kaposvár

- 14.30 **A PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITIS PATHOGENESISÉBEN A HAPTOGLOBIN POLYMORPHISMUSNAK SZEREPE LEHET**

Tornai I.,<sup>1</sup>, Orosz P.,<sup>2</sup>, Pár A.,<sup>3</sup>, Szalay F.,<sup>4</sup>, Veress G.,<sup>5</sup>, Weisz G.,<sup>6</sup>, Hársfalvi J.,<sup>7</sup>, Magyar Autoimmun Májbetegség Vizsgáló Csoport .,<sup>1</sup>, DEOEC II. Belklinika Debrecen <sup>1</sup>, BAZ-megyei Kórház, II. Belosztály, Miskolc <sup>2</sup>, POTE I. Belklinika, Pécs <sup>3</sup>, SOTE I. Belklinika <sup>4</sup>, SOTE I. Gyermekklinika <sup>5</sup>, Kenézy Gyula Kórház, Fertőző osztály, Debrecen <sup>6</sup>, DEOEC, Klinikai Kutató Központ, Debrecen <sup>7</sup>,

- 14.40 **GENETIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF WILSON DISEASE IN PATIENTS FROM HUNGARY**

Folhoffer A.,<sup>1</sup>, Ferenci P.,<sup>2</sup>, Csák T.,<sup>1</sup>, Horváth A.,<sup>1</sup>, Hegedüs D.,<sup>1</sup>, Firneisz G.,<sup>3</sup>, Osztovits J.,<sup>1</sup>, Visnyei Z.,<sup>1</sup>, Kósa J.,<sup>1</sup>, Wilhelm-Polli C.,<sup>2</sup>, Szőnyi L.,<sup>4</sup>, Abonyi M.,<sup>1</sup>, Lakatos P.,<sup>1</sup>, Szalay F.,<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, 4th Dept of Medicine of University Vienna, Vienna, Austria <sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>3</sup>, 1st Dept of Pediatrics of Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>4</sup>,

- 14.50 **DIFFERENT CYTOKINE PATTERNS OF ALCOHOLIC CIRRHOSIS, HCV-RELATED CIRRHOSIS AND PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS**

Bekő G.,<sup>1</sup>, Osztovits J.,<sup>2</sup>, Visnyei Z.,<sup>2</sup>, Csák T.,<sup>2</sup>, Blázovics A.,<sup>3</sup>, Kovács M.,<sup>4</sup>, Szalay F.,<sup>2</sup>, Central Laboratory of Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, 1st Department Medicine of Semmelweis University <sup>2</sup>, 2nd Department Medicine of Semmelweis University <sup>3</sup>, Randox Laboratory Ltd. Hungary <sup>4</sup>,

- 15.00 **ÄTIOLOGIE DES HEPATOZELLULÄREN KARZINOMS IN MAGDEBURG: DATEN VON 396 PATIENTEN**

Csepregi A., Zimmermann L., Malfertheiner P., Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg ,

- 15.10 **VER REGENERATION, PORTAL OCCLUSION, CHEMOTHERAPY, LIVER TUMORS**

Kupcsulik P., Hahn O., Semmelweis Egyetem I.sz.Sebészeti Klinika ,

**15.20 FUNKCIONÁLIS KAPACITÁS VIZSGÁLATA VENA PORTAE LIGATURÁK KAPCSÁN**

Szijártó A., Darvas K., Kupcsulik P., Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika

**15.30 MÁJÁTÜLTETÉS INDIKÁCIÓI GYERMEKKORBAN. HAZAI TAPASZTALATOK.**

Dezsőfi A.,<sup>1</sup> Kóbori L.,<sup>2</sup> Görög D.,<sup>2</sup> Fehérvári I.,<sup>2</sup> Máthé Z.,<sup>2</sup> Burdelski M.,<sup>3</sup> Szőnyi L.,<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekklinika, Budapest <sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinika, Budapest <sup>2</sup>, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kinderklinik Kiel <sup>3</sup>,

2008. június 07. Szombat  
07 June, Tuesday  
14.00 – 15.45

Levendula II terem  
Levendula Hall II

**TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNY ÉS DIETETIKA /**  
**NUTRITION AND DIETETICS**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnök/Chairmen:*

**Figler Mária, Pécs**

**Lelovics Zsuzsanna, Pécs**

**14.00 NUTRIGENOMIKA, NUTRIGENETIKA**

Hidvégi E., Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest ,

**14.15 10 YEAR FOLLOW-UP OF A PATIENT WITH SHORT-BOWEL SYNDROME AND ARENTERAL NUTRITION-DEPENDENCY.**

Sahin P., Aradán M., Topa L., Pozsár J., Dept. of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest ,

**14.30 N-3 TARTALMÚ LIPID EMULZIÓ BIZTONSÁGOSSÁGA KORASZÜLÖTTEK PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSÁBAN**

Tomsits E.<sup>1</sup>, Fekete Gy.<sup>1</sup>, Pataki M.<sup>2</sup>, Tölgyesi A.<sup>2</sup>, Rischák K.<sup>3</sup>, Szollár L.<sup>3</sup>  
Semmelweis Egyetem II.sz Gyermekklinika <sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I.sz Gyermekklinika <sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Kórélettani Intézet <sup>3</sup>,

**14.45 A NUTRITIONDAY 2008 (TÁPLÁLTSÁGIÁLLAPOT-VIZSGÁLAT) HAZAI EREDMÉNYEI KÓRHÁZAKBAN**

Lelovics Z.<sup>1</sup>, Bozóné Kegyes R.<sup>2</sup>, Bonyárné Müller K.<sup>1</sup>, Figler M.<sup>1</sup>, PTE ETK, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Pécs <sup>1</sup>, PTE KK, Szívklinika, Pécs <sup>2</sup>, PTE KK, II. Belgyógyászati Klinika, Pécs <sup>3</sup>,

**15.00 A DIETETIKAI PROTOKOLLOK SZEREPE A GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK INDIVIDUÁLIS ELLÁTÁSI GYAKORLATÁBAN**

Fekete K.<sup>1</sup>, Bonyárné Müller K.<sup>2</sup>, Lelovics Z.<sup>2</sup>, Tátrai L.<sup>3</sup>, Figler M.<sup>4</sup>, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest <sup>1</sup>, PTE ETK, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék, Pécs <sup>2</sup>, Péterfy Sándor utcai Kórház, Alsóerdősor utcai részlege, Budapest <sup>3</sup>, PTE KK, II. Belgyógyászati Klinika, Pécs <sup>4</sup>,

**15.15 LEVEL OF KNOWLEDGE AMONG PATIENTS TREATED WITH ACENOCUMAROL IN RESPECT OF ADVERSE EFFECTS AND INTERACTIONS**

Vámai R., Végh M., Nagy L., 3rd Department of Internal Medicine and Family Medicine Institute, University of Pécs Medical Faculty, Pécs, Hungary ,

**15.30 EXAMINATION OF SERUM FATTY ACIDS IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLIC PANCREATITIS**

Figler M.<sup>1</sup>, Marosvölgyi T.<sup>2</sup>, Horváth G.<sup>3</sup>, Dittrich A.<sup>2</sup>, Cseh J.<sup>2</sup>, Lelovics Z.<sup>3</sup>, Szabó É.<sup>2</sup>, Decsi T.<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine and Nephrology Center <sup>1</sup>, Department of Paediatrics <sup>2</sup>, Department of Nutrition and Dietetics, University of Pécs <sup>3</sup>,

2008. június 07. Szombat  
07 June, Saturday  
16.00 – 17.30

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## **SZISZTÉMÁS TÜNETEK GASZTROENTEROLÓGIAI BETEGSÉGEKBEN**

*EXTRAGASTROINTESTINAL SYMPTOMS IN  
GASTROENTEROLOGICAL DISEASES*

*Az AstraZeneca, a Janssen-Cilag, a Richter Gedeon és a Teva Magyarország  
támogatásával*

*Sponsored by AstraZeneca, Janssen-Cilag, Richter Gedeon and Teva  
Magyarország*

**Interdisziplináris megbeszélés a Magyar Gasztroenterológiai Társaság és a Családorvosok  
részvételével**

**Interdisciplinary discussion of Hungarian Gastroenterological Society and Family Doctors**

*Üléselnökök/Chairmen: Szalay Ferenc, Budapest Magyar Anna, Budapest*

- 16.00-16.20 **HAEMATOLÓGIAI ELTÉRÉSEK GASZTROENTEROLÓGIAI  
BETEGSÉGEKBEN**  
*HAEMATOLOGICAL DISORDERS IN GASTROENTEROLOGICAL DISEASES*  
Farkas Péter SOTE
- 16.20-16.40 **IMMUNPATHOGENEZISŰ BETEGSÉGEK HCV HEPATITISBEN**  
*IMMUNOPATHOGENETIC DISORDERS IN HCV HEPATITIS*  
Tornai István DOTE
- 16.40-17.00 **REUMATOLÓGIAI KÓRKÉPEK IBD-BEN**  
*RHEUMATOLOGICAL DISEASES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE*  
Sütő Gábor PTE
- 17.00-17.20 **IBD-HEZ TÁRSULÓ BŐRGYÓGYÁSZATI KÓRKÉPEK**  
*SKIN DISORDERS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE*  
Kárpáti Sarolta SOTE
- 17.20-17.30 **VITA, HOZZÁSZÓLÁSOK**

**2008. június 07. Szombat**  
**07 June, Saturday**  
**17.30 - 18.30**

**Wimbledon terem**  
**Wimbledon Hall**

**A PENTASA GRANULATUM SZEREPE A COLITIS  
 ULCEROSA KEZELÉSÉBEN**  
*THE ROLE OF PENTASA SACHET IN THE TREATMENT OF  
 ULCERATIVE COLITIS*  
 FERRING SZIMPÓZIUM/ FERRING SYMPOSIUM

*Üléselnök/ Chairman: Rácz István, Győr*

**ECCO KONSZENZUS 2008: A MESZALAZINOK SZEREPE A COLITIS  
 ULCEROSA KEZELÉSÉBEN**  
*EUROPEAN EVIDENCE-BASED CONSENSUS 2008: THE ROLE OF MESALASIN  
 PREPARATES IN THE MANAGEMENT OF ULCERATIVE COLITIS*  
 Lakatos László, Veszprém

**AKUT COLITIS ULCEROSA KOMBINÁLT KEZELÉSE PENTASA  
 GRANULÁTUMMAL ÉS KLIZMÁVAL**  
*TREATMENT OF ACUT ULCERATIVE COLITIS WITH PENTASA SACHETS AND  
 ENEMA*  
 Banai János, Budapest

**PODIUM VIZSGÁLAT - PENTASA GRANULÁTUM NAPI EGYSZERI  
 ADAGOLÁSA A FENNTARTÓ TERÁPIÁBAN**  
*PODIUM study – Pentasa 2gr sachet Once Daily In Ulcerative colitis for Maintenance of  
 remission*  
 Bene László, Budapest

**LOKÁLIS KEZELÉS LEHETŐSÉGEI A FENNTARTÓ TERÁPIÁBAN**  
*POSSIBILITIES OF LOCAL TREATMENT IN MAINTENANCE OF REMISSION*  
 Demeter Pál, Budapest

**ÖSSZEFOGLALÁS**  
*CONCLUSION*  
 Rácz István, Győr

**DISZKUSSZIÓ**  
 Discussion

**2008. június 07. Szombat**  
**07 June, Saturday**  
**18.30 - 19.30**

**Wimbledon terem**  
**Wimbledon Hall**

**„JuBÉLeum”**

**JUBILEE**

RICHTER SZIMPÓZIUM/ RICHTER SYMPOSIUM

*Üléselnök/ Chairman:* **Papp János**, Budapest

**FEKÉLYBETEGSÉG: A GASZTROENTEROLÓGIA SIKERTÖRTÉNETE**

*PEPTIC ULCER: THE WAY TO SUCCESS*

**Varró Vince**, Szeged

**ENDOSZKÓPIA: A GASZTROENTEROLÓGIA SIKERTÖRTÉNETE**

*ENDOSCOPY: THE WAY TO SUCCESS*

**Papp János**, Budapest

**GENETIKA A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN, AVAGY A CSALÁDFA  
 ANALÍZISTÓL A GENOM WIDE SCANIG**

*GENETICS IN THE GASTROENTEROLOGY: FROM THE ANALYSIS OF FAMILY TREES  
 TO THE GENOM WIDE SCAN*

**Lakatos Péter**, Budapest

**20.30-tól**

**ORGONA KONCERT**

2008. június 08. Vasárnap  
08 June, Sunday  
9.00 –12.30

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

**HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS**  
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

**Az ünnepek üzenete**  
Banai János, Budapest

**MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS**  
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

**Újonnal felfedezett glikán szerológiai markerek gyulladásos bélbetegségben összefüggést mutatnak a betegség korábbi megjelenésével, a szövődmenyes betegséglefolyással, a műtétek gyakoriságával és a NOD2/CARD15 genotípussal**

*New serological markers for inflammatory bowel disease are associated with earlier age at onset, complicated disease behavior, risk for surgery, and NOD2/CARD15 genotype in a hungarian IBD cohort*

**Papp Mária, Debrecen**

**NK és cytotoxikus T sejt receptorok megváltozott felszíni expressziója krónikus HCV hepatitisben.**

*Altered surface expression of receptors on NK and cytotoxic T cells in chronic HCV hepatitis*  
**Pár Gabriella, Pécs**

**GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBER**

**STATE OF ART LECTURE**

**Simon Travis, England**

**50 ÉVES AZ MGT**  
**A GASTROENTEROLÓGIA FEJLŐDÉSE A NAGYGYŰLÉSEK TÜKRÉBEN**

**Üléselnökök/Chairmen: Rácz István, Győr      Harsányi László, Budapest**

**Rácz István: Bevezető**

**Varró Vince: A gasztroenterológia fejlődése 1957-1992 (20 perc)**

**Rácz István: Az endoszkópia fejlődése (10 perc)**

**Harsányi László: Sebészet (10 perc)**

**Pap Ákos: Pancreas (10 perc)**

**Szalay Ferenc: Hepatológia (10 perc)**

**A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA**

A legjobb magyar nyelvű gasztroenterológiai tárgyú dolgozat díj,  
"Hetényi Géza" emlékérem, "Pro Optimo Merito in Gastroenterologia" emlékérem  
Rolf Madaus Alapítvány díja

**A SIMOR PÁL ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA**

**K Ö Z G Y Ű L É S**  
GENERAL ASSEMBLY

- I. Elnöki megnyitó
- II. Főtitkári beszámoló
- III. Pénztárosi beszámoló
- IV. Ellenőri jelentés

- V. Vita az elhangzott beszámolók felett
- VI. Az új vezetőség megválasztása
- VII. Zárszó

A MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG  
A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREM" KITÜNTETÉSÉBEN  
A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

*MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"*

|                       |      |                     |      |                        |             |
|-----------------------|------|---------------------|------|------------------------|-------------|
| Dr. MAGYAR IMRE       | 1960 | Dr. WINTER MIKLÓS   | 1977 | Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR | 1993        |
| Dr. VARRÓ VINCE       | 1961 | Dr. PRÓNAY GÁBOR    | 1978 | Dr. BAJTAI ATTILA      | 1994        |
| Dr. FORNET BÉLA       | 1962 | Dr. PETRÁNYI GYULA  | 1979 | Dr. KISS JÁNOS         | 1995        |
| Dr. GÖMÖRI PÁL        | 1963 | Dr. HOLLÁN ZSUZSA   | 1980 | Dr. PAPP JÁNOS         | 1996        |
| Dr. PETRI GÁBOR       | 1964 | Dr. ECKHARDT SÁNDOR | 1981 | Dr. LONOVICS JÁNOS     | 1997        |
| Dr. HÁMORI ARTHUR     | 1965 | Dr. PREISICH PÉTER  | 1982 | Dr. TULASSAY ZSOLT     | 1998        |
| Dr. SÓS JÓZSEF        | 1966 | Dr. MÓZSIK GYULA    | 1983 | Dr. PÁR ALAJOS         | 1999        |
| Dr. JULESZ MIKLÓS     | 1968 | Dr. PAPP MIKLÓS     | 1984 | Dr. SCHAFF ZSUSZA      | 2000        |
| Dr. KELEMEN ENDRE     | 1969 | Dr. GÁTI TIBOR      | 1985 | Dr. SZALAY FERENC      | 2001        |
| Dr. JÁVOR TIBOR       | 1970 | Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS | 1986 | Dr. PAP ÁKOS           | 2002        |
| Dr. IVANICS GYÖRGY    | 1971 | Dr. FEHÉR JÁNOS     | 1987 | Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ    | 2003        |
| Dr. CSERNAY LÁSZLÓ    | 1972 | Dr. IHÁSZ MIHÁLY    | 1988 | Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN    | 2004        |
| Dr. RÁK KÁLMÁN        | 1973 | Dr. SZÉCSÉNY ANDOR  | 1989 | Dr. RÁCZ ISTVÁN        | 2005        |
| Dr. WITTMAN ISTVÁN    | 1974 | Dr. LAPIS KÁROLY    | 1990 | Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER  | 2006        |
| Dr. SZARVAS FERENC    | 1975 | Dr. SIMON LÁSZLÓ    | 1991 | Dr. TAKÁCS TAMÁS       | 2007        |
| 1976-ban nem adtuk ki |      | Dr. BALOGH ISTVÁN   | 1992 | <b>Dr. BANAI JÁNOS</b> | <b>2008</b> |

A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

**TISZTELETBELI TAGJAIT** RÉSZESÍTETTE

*HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"*

|                           |       |                            |             |             |
|---------------------------|-------|----------------------------|-------------|-------------|
| Dr. T.CSÁKY               | (USA) | Dr. ANTON VAVREČKA         | (SK)        | 1998        |
| Dr. F.VILARDELL           | (E)   | Dr. P. FUNCH-JENSEN        | (D)         | 1998        |
| Dr. D. MÜTING             | (D)   | Dr. MASSIMO CRESPI         | (I)         | 1998        |
| Dr. L.DEMLING             | (D)   | Dr. M.J.G. FARTHING        | (GB)        | 1998        |
| Dr. H.MANSUROV            | (SU)  | Dr. EDGAR ACHKAR           | (USA)       | 1999        |
| Dr. A.UGOLEV              | (SU)  | Dr. PETER DÍTE             | (CZ)        | 1999        |
| Dr. M.SIURALA             | (FL)  | Dr. COLM O'MORAIN          | (IRL)       | 1999        |
| Dr. Z.KOJECZKY            | (CS)  | Dr. JOHN WALSCH            | (USA)       | 1999        |
| Dr. L.LAMBLING            | (F)   | Dr. PETER MALFERTHEINER    | (D)         | 2000        |
| Dr. E.GÜLZOW              | (D)   | Dr. JAN KOTRLÍK            | (CZ)        | 2000        |
| Dr. RUDOLF AMMAN          | (CH)  | Dr. A.S. PENA              | (NL)        | 2000        |
| Dr. HERBERT FALK          | (D)   | Dr. LIONEL BUENO           | (F)         | 2000        |
| Dr. SERGE BONFILS         | (F)   | Dr. ROY POUNDER            | (GB)        | 2001        |
| Dr. GÉZA CSOMÓS           | (D)   | Dr. ANDRZEJ NOWAK          | (PL)        | 2001        |
| Dr. HERMON R.DOWLING      | (GB)  | Dr. DIETER HÄUSSINGER      | (D)         | 2001        |
| Dr. RÜDIGER NILIUS        | (D)   | Dr. K. D. BARDHAN          | (UK)        | 2001        |
| Dr. SÁNDOR SZABÓ          | (USA) | Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI   | (USA)       | 2002        |
| Dr. ROLF MADAUS           | (D)   | Dr. EAMONN MM QUIGLEY      | (IRL)       | 2002        |
| Dr. RODOPHO CHELI         | (I)   | Dr. EUGENIUSZ BUTRUK       | (PL)        | 2002        |
| Dr. F.G. RINGER           | (D)   | Dr. WOLFRAM DOMSCHKE       | (D)         | 2002        |
| Dr. MEINHARD CLASSEN      | (D)   | Dr. LARS LUNDELL           | (S)         | 2003        |
| Dr. HERIBERT THALER       | (A)   | Dr. ALBERTO MONTORI        | (I)         | 2003        |
| Dr. ANATOLIJ LOGINOV      | (SU)  | Dr. JULIUS ŠPIČÁK          | (CZ)        | 2003        |
| Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI     | (I)   | Dr. GYÖNGYI SZABO          | (USA)       | 2004        |
| Dr. GEORGE ÁCS            | (USA) | Dr. ANDRES T. BLEI         | (USA)       | 2004        |
| Dr. ERWIN KUNTZ           | (D)   | Dr. CAROL STANCIU          | (RO)        | 2004        |
| Dr. MARKETA JABLONSKA     | (CS)  | Dr. BARRY E. ARGENT        | (UK)        | 2004        |
| Dr. N.J. LYGIDAKIS        | (NL)  | Dr. FABIO FARINATI         | (I)         | 2005        |
| Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE  | (D)   | Dr. DAVID E. J. JONES      | (UK)        | 2005        |
| Dr. HARALD HENNING        | (D)   | Dr. RAOUL POUPON           | (F)         | 2005        |
| Dr. JAMES C. THOMPSON     | (USA) | Dr. MIKLÓS SAHIN-TÓTH      | (USA)       | 2005        |
| Dr. PETER FERENCI         | (A)   | Dr. GUIDO COSTAMAGNA       | (I)         | 2006        |
| Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER | (D)   | Dr. ANDREA VARRO           | (USA)       | 2006        |
| Dr. WOLFGANG ARNOLD       | (D)   | Dr. MICHAEL PETER MANNS    | (D)         | 2006        |
| Dr. GRAHAM J. DOCKRAY     | (GB)  | Dr. JEAN FIORAMONTI        | (F)         | 2006        |
| Dr. HAROLD O. CONN        | (USA) | Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO | (USA)       | 2006        |
| Dr. K.D. RAINSFORD        | (GB)  | Dr. LÁSZLÓ G. BOROS        | (USA)       | 2007        |
| Dr. PENTTI SIPPONEN       | (SF)  | Dr. CHRISTIAN ELL          | (D)         | 2007        |
| Dr. G.N.J. TYTGAT         | (NL)  | Dr. EVA BROWNSTONE         | (A)         | 2007        |
| Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ     | (E)   | Dr. NADIR ARBER            | (IL)        | 2007        |
| Dr. GUENTER J.KREJS       | (A)   | Dr. JAROSLAW REGULA        | (PL)        | 2007        |
| Dr. C.J. HAWKEY           | (GB)  | <b>Dr. MAKOTO OTSUKI</b>   | <b>(J)</b>  | <b>2008</b> |
| Dr. J.F. RIEMANN          | (D)   | <b>Dr. SIMON TRAVIS</b>    | <b>(UK)</b> | <b>2008</b> |
| Dr. CLAUDIO TIRIBELLI     | (I)   |                            |             |             |

## MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

*IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD*

|       |                         |              |                          |
|-------|-------------------------|--------------|--------------------------|
| 1990. | Dr. LENGYEL GABRIELLA   | 2000.        | Dr. NEMECZ ANDREA        |
| 1991. | Dr. KEMPLER PÉTER       | 2001.        | Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ         |
| 1992. | Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA | 2002.        | Dr. GASZTONYI BEÁTA      |
| 1993. | Dr. IZBÉKI FERENC       | 2003.        | Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ |
| 1994. | Dr. HORVÁTH GÁBOR       | 2004.        | Dr. JUHÁSZ MÁRK          |
| 1995. | Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ       | 2005.        | Dr. MIHELLER PÁL         |
| 1996. | Dr. HEGYI PÉTER         | 2006.        | Dr. SCHWAB RICHÁRD       |
| 1997. | Dr. OSZTROGONÁCZ HENRIK | 2007.        | Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN     |
| 1998. | Dr. CSEPREGI ANTAL      | <b>2008.</b> | <b>Dr. PAPP MÁRIA</b>    |
| 1999. | Dr. MOLNÁR BÉLA         | <b>2008.</b> | <b>Dr. PÁR GABRIELLA</b> |

### A TÁRSASÁG "PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"

EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSBEN A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

*MEMBERS AWARDED WITH "PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA" MEDALLION*

|                     |      |                              |             |
|---------------------|------|------------------------------|-------------|
| Dr. VARRÓ VINCE     | 1982 | Dr. IHÁSZ MIHÁLY             | 1999        |
| Dr. WITTMAN ISTVÁN  | 1982 | Dr. SZEKENI ÁGNES            | 1999        |
| Dr. MAGYAR IMRE     | 1983 | Dr. BODÁNSZKY HEDVIG         | 2000        |
| Dr. RUBÁNYI PÁL     | 1984 | Dr. FLAUTNER LAJOS           | 2000        |
| Dr. PRÓNAY GÁBOR    | 1985 | Dr. PAPP JÁNOS               | 2001        |
| Dr. JÁVOR TIBOR     | 1986 | Dr. SIMON LÁSZLÓ             | 2001        |
| Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS | 1987 | Dr. TULASSAY ZSOLT           | 2002        |
| Dr. SZÉCSÉNY ANDOR  | 1987 | Dr. LONOVICS JÁNOS           | 2002        |
| Dr. GÁTI TIBOR      | 1988 | Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR       | 2003        |
| Dr. MÓZSIK GYULA    | 1989 | Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ            | 2003        |
| Dr. KENDREY GÁBOR   | 1990 | Dr. KISS JÁNOS               | 2004        |
| Dr. FIGUS I. ALBERT | 1991 | Dr. PÁR ALAJOS               | 2004        |
| Dr. LAPIS KÁROLY    | 1992 | Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ            | 2004        |
| Dr. BALÁZS MÁRTA    | 1993 | Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ          | 2005        |
| Dr. PAPP MIKLÓS     | 1993 | Dr. WITTMANN TIBOR           | 2005        |
| Dr. PREISICH PÉTER  | 1994 | Dr. TÁRNOK FERENC            | 2006        |
| Dr. DOMJÁN LAJOS    | 1995 | Dr. VÁRKONYI TIBOR           | 2006        |
| Dr. VARGA LÁSZLÓ    | 1995 | Dr. DÁVID KÁROLY             | 2006        |
| Dr. KOVÁCS ÁGOTA    | 1996 | Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN          | 2007        |
| Dr. TOÓTH ÉVA       | 1996 | Dr. SCHAFF ZSUSZA            | 2007        |
| Dr. BAJTAI ATTILA   | 1997 | Dr. LÍBOR JÁNOS posthumus    | 2007        |
| Dr. SZALAY FERENC   | 1997 | <b>Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER</b> | <b>2008</b> |
| Dr. BALOGH ISTVÁN   | 1998 | <b>Dr. NAGY FERENC</b>       | <b>2008</b> |
| Dr. FEHÉR JÁNOS     | 1998 |                              |             |

### A TÁRSASÁG "PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"

EMLÉKÉRMÉVEL KITÜNTETETT KÜLFÖLDI GASZTROENTEROLÓGUSOK

*FOREIGN GASTROENTEROLOGISTS AWARDED WITH*

**"PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA" MEDALLION**

|                       |       |      |                           |            |             |
|-----------------------|-------|------|---------------------------|------------|-------------|
| Dr. LUDWIG DEMLING    | (D)   | 1986 | Dr. GABRIELE S. NAGY      | (AUS)      | 1988        |
| Dr. DAVID A. DREILING | (USA) | 1988 | Dr. SÁFÁR ISTVÁN          | (SK)       | 2001        |
| Dr. HENRY T. HOWAT    | (UK)  | 1988 | Dr. GEORGE WEBER          | (USA)      | 2001        |
| Dr. RUDOLF AMMAN      | (CH)  | 1988 | Dr. HERBERT FALK          | (D)        | 2001        |
| Dr. HENRY SARLES      | (F)   | 1988 | <b>Dr. LÁSZLÓ SÁFRÁNY</b> | <b>(D)</b> | <b>2008</b> |
| Dr. MANFRED V. SINGER | (D)   | 1988 | <b>Dr. J.F. RIEMANN</b>   | <b>(D)</b> | <b>2008</b> |

2008. június 08. Vasárnap  
08 June, Sunday  
14.00 – 15.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## NOTES SZIMPÓZIUM/NOTES SYMPOSIUM

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Bajor Judit**, Budapest      **Gyökeres Tibor**, Budapest  
**Lukovich Péter**, Budapest    **Rácz István** Győr

- **ELSŐ ENDOSZKÓPOS LÉPÉSEK A NOTES FELÉ** Gyökeres Tibor
- **NOTES – THE VIEW OF A GASTROENTEROLOGIST** Rainer Schöfl
- **NOTES – DILEMMÁK, KUTATÁSRA ÉS MEGOLDÁSRA VÁRÓ PROBLÉMÁK, A SEBÉSZ SZEMPONTJAI** Wéber György

15.00-17.35

## ENDOSZKÓPIA II. / ENDOSCOPY II. (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Döbrönte Zoltán**, Budapest    **Pap Ákos**, Budapest

- 15.00    **DIAGNOSIS AND ENDOSCOPIC TREATMENT OF COLORECTAL CANCER**  
J.F. Riemann, Germany

SZÜNET

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Gyökeres Tibor**, Budapest    **Orosz Péter**, Miskolc

- 15.45    **EMERGENCY VERSUS EARLY ACUTE ERCP IN PATIENTS (PTS) WITH CLINICAL SIGNS OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) – IT THE THERAPEUTIC WINDOW IS REALLY CRITICAL?**

Fejes R., Kurucsai G., Székely A., Székely I., Madácsy L., 1st Dept. of Gastroenterology and OMCH Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary ,

- 15.55    **SUCCESSFULL TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) WITH SMALL CALIBER PANCREATIC STENTS IN PATIENTS WITH OR WITHOUT COMCOMITTANT BILIARY SPHINCTEROTOMY**

Gódi S., Kurucsai G., Fejes R., Székely A., Székely I., Madácsy L., First Dept. Of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital and OMCH Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary ,

- 16.05    **RESCUE ERCP AND A SMALL CALIBER PANCREATIC STENT INSERTION TO PREVENT THE EVOLUTION OF SEVERE POST-ERCP PANCREATITIS – A CASE SERIES**

Madácsy L., Kurucsai G., Gódi S., Fejes R., Joó I., Székely A., First Dept. of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital and OMCH Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary ,

**16.15 THE EFFECTIVITY OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOGRAPHY (ERC) IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE BILIARY COMPLICATIONS**

Szepes A.<sup>1</sup>, Szabolcs A.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>,

1st Dept. of Medicine, University of Szeged <sup>1</sup>, Szent György County Hospital, Székesfehérvár <sup>2</sup>,

**16.25 WHAT IS THE ROLE OF ENDOSCOPIC THERAPY IN EARLY AND LATE POSTOPERATIVE BILE DUCT STENOSIS?**

Patai Á.<sup>1</sup>, Patai V. Á.<sup>2</sup>, Döbrönte Z.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely <sup>1</sup>, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>,

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Madácsy László, Székesfehérvár    Solt Jenő, Pécs**

**16.45 INTRAOPERATIVE ERCP DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR PATIENTS WITH SYMPTOMATIC CHOLECYSTOLITHIASIS AND SUSPECTED CHOLEDOCHOLITHIASIS BUT FAILED PREOPERATIVE ERCP**

Székely A.<sup>1</sup>, Kurucsai G.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Joó I.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Juhász Á.<sup>2</sup>, Tihanyi Z.<sup>2</sup>, Altörjay Á.<sup>2</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, First Dept of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital, Székesfehérvár, Hungary <sup>1</sup>, Department of Surgery, Fejér Megyei Szent-György Hospital, Székesfehérvár, Hungary <sup>2</sup>,

**16.55 ERCP IN PATIENTS OVER 80 YEARS – EXPERIENCES IN OUR DEPARTMENT**

Gyökeres T., Rábai K., Rusznyák K., Schafer E., Varsányi M., Banai J., Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ,

**17.05 CLINICAL OUTCOME OF SIMULTANEOUS ENDOSCOPIC SELF-EXPANDABLE METAL STENT INSERTION FOR PALLIATION MALIGNANT BILIARY AND DUODENAL OBSTRUCTION**

Topa L., Pozsár J., Sahin P., Virág Z., Szőnyi M., Tóth L., Szent Imre Hospital, Dept. of Gastroenterology, Budapest ,

**17.15 COMPARISON OF NONCOVERED AND COVERED METAL STENTS FOR THE ENDOSCOPIC PALLIATION OF DISTAL MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION**

Pozsár J., Sahin P., Topa L., Dept. of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest ,

**17.25 MRCP AND ERCP: COMPETITIVE OR COMPLEMENTARY?**

Dancs N.<sup>1</sup>, Hussam S.<sup>1</sup>, Paukovics Á.<sup>2</sup>, Horváth Z.<sup>3</sup>, Rácz I.<sup>1</sup>, Petz Aladár County and Teaching Hospital, 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology <sup>1</sup>, Medical Center, Győr <sup>2</sup>, Széchenyi István University, Győr, Department of Mathematics and Computational Sciences <sup>3</sup>,

2008. június 08. Vasárnap  
08 June, Sunday  
14.00 – 17.54

Levendula II. terem  
Levendula Hall II.

**KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Mózsik Gyula**, Pécs

**Varga Gábor**, Budapest

**14.00 THE BIOACTIVITY OF MULTIDRUG RESISTANCE TRANSPORTER PROTEINS IS INCREASED IN HUMAN ESOPHAGUS CANCER-DERIVED MYOFIBROBLASTS**

Czepán M.<sup>1</sup>, Ózsvári B.<sup>1</sup>, Ignáth I.<sup>1</sup>, Márki-Zay J.<sup>5</sup>, Lonovics J.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Lázár G.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>3</sup>, Varró A.<sup>4</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rakonczay Z.<sup>1</sup>

University of Szeged, 1st Department of Medicine <sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Surgery <sup>2</sup>, University of Szeged, Department of Pathology <sup>3</sup>, University of Liverpool, Department of Physiology <sup>4</sup>, Solvo Biotechnology, Central Hungarian Innovations Center, Budapest <sup>5</sup>,

**14.14 CRANIOFACIALIS EREDETŰ PROGENITOR SEJTEK PLASZTICITÁSÁNAK JELLEMZÉSE**

Porcsalmy B.<sup>1</sup>, Király M.<sup>1</sup>, Kádár K.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, Pataki Á.<sup>3</sup>, Dankó T.<sup>4</sup>, Gera I.<sup>2</sup>, Zsembergy Á.<sup>3</sup>, Varga G.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék <sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Parodontológiai Klinika <sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, Klinikai Kísérleti- és Humán Élettani Intézet <sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem, Kórélettani Intézet<sup>4</sup>

**14.28 INVESTIGATION OF NA<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> EXCHANGER ACTIVITY IN NORMAL AND INFLAMED HUMAN COLONIC EPITHELIAL CELLS**

Farkas K.<sup>1</sup>, Rakonczay Jr Z.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Varga L.<sup>2</sup>, Schnúr A.<sup>1</sup>, Legány N.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Seidler U.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

University of Szeged, First Department of Internal Medicine, Szeged <sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Surgery, Szeged <sup>2</sup>, Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover <sup>3</sup>,

**14.42 IDENTIFICATION OF LOSS OF FUNCTION RARRES1, PTGDR AND FOXA1 AS POTENTIAL TUMOR MARKERS BY WHOLE GENOME MICROARRAY ANALYSIS FROM LASER CAPTURE MICRODISSECTED COLON EPITHELIAL CELLS**

Spisák S.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Solymosi N.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Tóth K.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Unit, Budapest <sup>2</sup>,

**14.56 THE EFFECT OF BILE ACIDS ON HUMAN PANCREATIC DUCT CELLS**

Ignáth I.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Székely C.<sup>1</sup>, Hasewaga M.<sup>2</sup>, Inoue M.<sup>2</sup>, Alton E.<sup>3</sup>, Griesenbach U.<sup>3</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Lonovics J.<sup>1</sup>, Varró A.<sup>4</sup>, Argent B.<sup>5</sup>, Gray M.<sup>5</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>1</sup>

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, DनावEC Corporation, Tsukuba, Ibaraki, Japan <sup>2</sup>, Department of Gene Therapy, National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK. <sup>3</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>4</sup>, Institute for Cell and Molecular Biosciences, University of Newcastle, Newcastle upon Tyne, UK. <sup>5</sup>,

15.10 **CROHN SZÉRUM ÉS TNFA HATÁSA HUVEC ENOS EXPRESSZIÓJÁRA**

Palatka K.,<sup>1</sup>, Veréb Z.,<sup>2</sup>, Serfőző Z.,<sup>3</sup>, Altorjay I.,<sup>1,2</sup> Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem <sup>1</sup>, Immunológiai Intézet, Debreceni Egyetem <sup>2</sup>, MTA Balatoni Limnológiai Intézet, Tihany <sup>3</sup>,

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Gyires Klára**, Budapest

**Hegyi Péter**, Szeged

15.34 **AN IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF ENDOCRINE CELLS IN THE IODOACETAMINE-INDUCED RAT'S GASTRITIS**

Pongor É., Altdorfer K., Fehér E., Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest

15.48 **BIOACTIVE AGENTS AGAINST SYSTEMIC LOW-GRADE INFLAMMATION**

Mihály Z.,<sup>1</sup>, Hegedüs V.,<sup>1</sup>, Gerő D.,<sup>2</sup>, Bekő G.,<sup>3</sup>, Lotz G.,<sup>4</sup>, Szentmihályi K.,<sup>5</sup>, Monostory K.,<sup>5</sup>, Szijártó A.,<sup>1</sup>, Blázovics A.,<sup>6</sup> 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, CellScreen Applied Research Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>2</sup>, Central Laboratory (Pest) of Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>3</sup>, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>4</sup>, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary <sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>6</sup>,

16.02 **THE ROLE OF CENTRAL ENDOGENOUS OPIOID SYSTEM IN THE REGULATION OF GASTRIC MUCOSAL INTEGRITY**

Zádori Z., Shujaa N., Rónai A., Gyires K., Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Nagyváradi tér 4. 1089. Budapest, Hungary ,

16.16 **EFFECT OF HIGH RESVERATROL CONTENT RED WINE VERSUS ETHANOL ON HOMEOSTASIS IN RATS**

Blázovics A.,<sup>1</sup>, Fébel H.,<sup>2</sup>, Székely E.,<sup>3</sup>, Bekő G.,<sup>4</sup>, Szőke E.,<sup>5</sup>, Szentmihályi K.,<sup>6</sup>, Sárdi É.,<sup>7</sup> II. Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, Research Institute for Animal Breeding and Nutrition, Herceghalom <sup>2</sup>, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences, Budapest <sup>3</sup>, Central Hospital of the Hungarian State Railways, Budapest <sup>4</sup>, Central Laboratory (Pest) of Semmelweis University, Budapest <sup>5</sup>, Department of Oral Biology, Semmelweis University <sup>6</sup>, Corvinus University of Budapest, Faculty of Horticultural Science, Department of Genetic and Plant Breeding <sup>7</sup>,

16.30 **GÉNPOLIMORFIZMUSOK SZEREPE A FOGHIÁNYOK KIALAKULÁSÁBAN**

Stiedl P.,<sup>1</sup>, Óvári G.,<sup>1</sup>, Soós B.,<sup>2</sup>, Suszták A.,<sup>3</sup>, Hermann P.,<sup>2</sup>, Tarján I.,<sup>3</sup>, Varga G.,<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék <sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Fogpótlástani Klinika <sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika <sup>3</sup>,

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Fehér Erzsébet**, Budapest

**Molnár Béla**, Budapest

**16.44 HIGHER SELENOPROTEIN W EXPRESSION IN HUMAN COLON CANCER BIOPSY SPECIMENS COMPARED TO ADENOMAS AND HEALTHY COLON SAMPLES**

Molnár J.,<sup>1</sup> Sipos F.,<sup>1</sup> Krenács T.,<sup>2</sup> Solymosi N.,<sup>1</sup> Valcz G.,<sup>1</sup> Németh A.,<sup>1</sup> Molnár B.,<sup>3</sup> Tulassay Z.,<sup>3</sup> 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Budapest <sup>2</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Unit, Budapest <sup>3</sup>,

**16.58 SZÉRUM ÉS GLÜKOKORTIKOID REGULÁLT KINÁZ (SGK) 1 EXPRESSZIÓ CÖLIÁKIÁS GYERMEKEK DUODENUM NYÁLKAHÁRTYÁJÁBAN**

Szebeni B.,<sup>1</sup> Veres G.,<sup>1</sup> Dezsőfi A.,<sup>1</sup> Vannay Á.,<sup>1</sup> Rusai K.,<sup>1</sup> Korponay-Szabó I.,<sup>2</sup> Arató A.,<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, I.SZ. Gyermekklinika <sup>1</sup>, Heim Pál Gyermekkórház <sup>2</sup>,

**17.12 ELEMENT INTAKE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**

Szentmihályi K.,<sup>1</sup> Dörnyei O.,<sup>2</sup> Kovács Á.,<sup>3</sup> May Z.,<sup>1</sup> Dinya E.,<sup>2</sup> Blázovics A.,<sup>2</sup> Institute of Materials and Environmental Chemistry, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences, Budapest <sup>1</sup>, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>, Department of Gastroenterology, Péterfy Hospital, Budapest <sup>3</sup>,

**17.26 DETERMINATION OF PROLIFERATIVE / APOPTOTIC RATIO IN HUMAN COLON CARCINOMA AND PRECURSOR LESIONS BY MULTIPLE FLUORESCENT LABELING USING VIRTUAL MICROSCOPE**

Valcz G.,<sup>1</sup> Sipos F.,<sup>1</sup> Krenács T.,<sup>3</sup> Galamb B.,<sup>1</sup> Molnár B.,<sup>2</sup> Tulassay Z.,<sup>2</sup> 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Group, Budapest <sup>2</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest <sup>3</sup>,

**17.40 KERINGŐ TUMORSEJTEK KIMUTATÁSA VASTAGBÉLTUMOROS BETEGEK VÉRÉBEN**

Bubán T.,<sup>1</sup> András C.,<sup>2</sup> Szabó G.,<sup>3</sup> Sümegi A.,<sup>3</sup> Szántó J.,<sup>2</sup> Antal-Szalmás P.,<sup>3</sup> I.sz. Belgyógyászati Klinika, DEOEC, Debrecen <sup>1</sup>, Onkológiai Tanszék, DEOEC, Debrecen <sup>2</sup>, Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet, DEOEC, Debrecen <sup>3</sup>,121

**2008. június 08. Vasárnap**  
**08 June, Sunday**  
**18.00-19.00**

**Wimbledon terem**  
**Wimbledon Hall**

JANSSEN SZIMPÓZIUM / JANSSEN SYMPOSIUM

**21.00-tól**

**FOGADÁS / *GALA DINNER***

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
8.30 – 9.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## BIOELEKTROMÁGNESES REGULÁCIÓ (BEMER) KEZELÉS

### Új lehetőség a hepatológiában?

*BIOELECTROMAGNETIC REGULATION (BEMER) TREATMENT*

*New application in hepatology?*

BEMER SZIMPÓZIUM / BEMER SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman: **Szalay Ferenc**, Budapest

### EXTREM KISFREKVENCIÁS, SZÉLES SÁVÚ, PULZÁLÓ ELEKTROMÁGNESES MEZŐ TERÁPIÁS ALKALMAZÁSA

*EXTREMELY LOW, WIDE FREQUENCY RANGE PULSED ELECTROMAGNETIC FIELDS  
FOR THERAPEUTICAL USE*

Kafka W.<sup>1</sup>, Beck J.<sup>2</sup>, Emphyspace, DE<sup>1</sup>, BEMER Medicintechnika Kft<sup>2</sup>, München, Budapest

### BIOELEKTROMÁGNESES REGULÁCIÓ (BEMER) TERÁPIA HATÁSA IDŐS, ALKOHOLOS EREDETŰ ZSÍRMÁJ BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ BETEGEKBEN

Klopp R.<sup>1</sup>, Horváth I.<sup>2</sup>, Berlini Mikrocirkulációs Intézet<sup>1</sup>, BEMER Medicintechnika Kft<sup>2</sup>,  
Berlin, Budapest

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
9.00 – 11.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

**ŐSSEJTEK A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN /**  
*STEM CELLS IN GASTROENTEROLOGY*  
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

*Moderátor: Pap Ákos, Budapest*

**AZ ŐSSEJTEK EREDETE, FEJLŐDÉSE ÉS ÖREGEDÉSE.**  
*ORIGIN, DEVELOPMENT AND AGING OF STEM CELLS*  
Uher Ferenc, Budapest

**HUMÁN EMBRIONÁLIS ŐSSEJT**  
*HUMAN EMBRIOLOGIA STEM CELLS*  
Apáti Ágota, Budapest

**TUMOR ŐSSEJTEK**  
*STEM CELLS IN CANCER*  
Peták István, Budapest

**BETA SEJTEK, PANCREAS**  
*STEM CELLS OF THE BETA CELLS AND PANCREAS*  
Duda Ernő, Szeged

**MÁJ REGENERÁLÓDÁS**  
*REGENERATION OF THE LIVER*  
Nagy Péter, Budapest

**ŐSSEJT ALKALMAZÁSOK-IBD-BEN**  
*USE OF STEM CELLS FOR IBD.*  
Schwab Richard, Budapest

11.05 – 11.35

**PARAMEDICINA A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN**  
*ALTERNATIVE MEDICINE*  
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

*Üléselnök/Chairman: Tulassay Zsolt, Budapest*

*Előadó/Lecturer: Székely György, Budapest*

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
14.00 – 15.30

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## HELICOBACTER PYLORI

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

**Helicobacter pylori clarithromycin rezisztencia epidemiológiai helyzete Magyarországon**

### MINISZIMPÓZIUM

*Elnök: Rácz István, Győr*

Bevezető: Rácz István

(3 perc)

**1.Blokk: A hazai clarithromycin rezisztencia vizsgálatok H. pylori infekcióban a a patológusok szemszögéből:**

### H. PYLORI CLARITHROMYCIN RESISTANCE ABOVE THE MAASTRICHT CRITERIA IN HUNGARY

Berczi L.,<sup>1</sup>, Lotz G.,<sup>2</sup>, Kiss A.,<sup>2</sup>, Sükösd F.,<sup>3</sup>

1st Institutes of Pathology, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, 2nd Institutes of Pathology, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>, Pathology Department of University of Szeged <sup>3</sup>

(10 perc)

**2. Blokk: Klinikai tapasztalatok:**

- **Buzás György** (5 perc)  
Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat, Gasztroenterológia, Budapest
- **Hersényi László** (5 perc)  
SOTE, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest
- **Tiszai Andrea** (5 perc)  
SZTE, ÁOK, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

**3. Blokk : Epidemiológiai vizsgálatok megtervezése országosan**

Egységes klinikai kérdőív bemutatása

**Tiszai Andrea** (5 perc)

SZTE, ÁOK, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Patológiai feldolgozás szervezeti kérdései

**Sükösd Farkas** (5 perc)

SZTE, ÁOK, Patológiai Intézet

**4. Blokk:Finanszírozás kérdései**

**Kiss András / Sükösd Farkas** (5 perc)

SOTE, II. sz. patológiai Intézet, SZTE, ÁOK, Patológiai Intézet

*Üléselnökök/Chairmen:* **Tiszai Andrea**, Szeged, **Buzás György**, Budapest

**14.45 FACTORS INFLUENCING GASTRIC ULCER HEALING IN H. PYLORI POSITIVE PATIENTS**

Nagy P.<sup>1</sup>, Gottlow M.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, AstraZeneca R&D Mölndal Sweden <sup>1</sup>, 2nd Medical Clinic, Semmelweis University Budapest, Hungary <sup>2</sup>,

**14.55 A FISH TECHNIKA SZEREPE A HELICOBACTER PYLORI ANTIBIOTIKUM REZISZTENCIA KIMUTATÁSÁBAN**

Lotz G.<sup>1</sup>, Kiss A.<sup>1</sup>, Halász J.<sup>1</sup>, Szirtes I.<sup>1</sup>, Fintha A.<sup>1</sup>, Bene L.<sup>2</sup>, Buzás G.<sup>3</sup>, Éles Z.<sup>4</sup>, Szijártó A.<sup>5</sup>, Schaff Z.<sup>1</sup>, II. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest <sup>1</sup>, Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézete, Budapest <sup>2</sup>, Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat, Budapest <sup>3</sup>, Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórháza, Budapest <sup>4</sup>, I. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest <sup>5</sup>,

**15.05 SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS: THIRD-LINE THERAPY FOR THE ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION**

Buzás G.<sup>1</sup>, Józan J.<sup>2</sup>, IX. District Polyclinic Ltd., Gastroenterology <sup>1</sup>, National Institute of Traumatology <sup>2</sup>,

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
15.45 – 17.05

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## ENDOSZKÓPIA III. / ENDOSCOPY III.

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

Szepes András, Székesfehérvár      Tárnok Ferenc, Pécs

**15.45 THE ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF BARRETT ESOPHAGUS WITH THE USE OF NARROW BAND IMAGING MODALITY IN THE DAILY ROUTINE OF DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY**

Eröss B., Takács R., Mályi I., Kerékgyártó O., Szakács A., Dunkel K., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Hosp. 1st. dept. of Medicine, Gastroenterology

**15.55 TREATMENT OF POSTOPERATIVE OESOPHAGO-MEDIASTINAL FISTULA AND COMPLICATIONS OF ULTRAFLEX STENT WITH PER CUTAN DRAINAGE AND BOUBELLA ES STENT**

Solt J.,<sup>1</sup>, Sarlós G.,<sup>2</sup>, Balogh G.,<sup>3</sup>, Hunyadi B.,<sup>4</sup>, Tabár B.,<sup>5</sup>, Beró T.,<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology <sup>1</sup>, Department of Radiology of Baranya County Hospital <sup>2</sup>, Department of Surgery <sup>3</sup>, Department of Medicine of Kaposi Mór Teaching Hospital <sup>4</sup>, Department of Radiology, University of Pécs <sup>5</sup>,

**16.05 ENDOSCOPOS ULTRAHANG SZEREPE A GYOMOR CARCINOID DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**

Tatai O., Takács R., Eröss B., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat Gasztroenterológia Budapest ,

**16.15 COLONOSCOPY OVER 80 YEARS – EXPERIENCES IN OUR DEPARTMENT**

Rusznay K., Schafer E., Varsányi M., Rábai K., Zsigmond F., Gyökeres T., Banai J., Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest,

**16.25 SIGNIFICANCE OF THE LOCALIZATION OF SMALL TUMORS AT LAPAROSCOPIC LARGE BOWEL RESECTIONS**

Lukovich P.,<sup>1</sup>, Pálincás P.,<sup>2</sup>, Papp A.,<sup>1</sup>, Tari K.,<sup>1</sup>, Váradi G.,<sup>1</sup>, Kálmán E.,<sup>3</sup>, Kupcsulik P.,<sup>1</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest <sup>2</sup>, Department of Surface Modification and Nanostructures, Institute of Surface Chemistry and Catalysis, Chemical Research Center of the Hungarian Academy of Sciences <sup>3</sup>,

**16.35 OUR EXPERIENCE ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL LYMPHOMAS**

Fazekas I.,<sup>1</sup>, Jakucs J.,<sup>2</sup>, Gurzó Z.,<sup>1</sup>, Novák J.,<sup>1</sup>, Szalai L.,<sup>1</sup>, Ilyés S.,<sup>1</sup>, Zeleznik E.,<sup>2</sup>, Fazekas, Ilona MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula Gasztroenterológia <sup>1</sup>, Jakucs, János MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula, Haematológia <sup>2</sup>, Gurzó, Zoltán MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula, Gasztroenterológia <sup>3</sup>, Novák, János MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula Gasztroenterológia <sup>4</sup>, Szalai, László MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula Gasztroenterológia <sup>5</sup>, Ilyés, Sándor MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula Gasztroenterológia <sup>6</sup>, Zeleznik, Erika MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula Haematológia <sup>7</sup>,

**16.45 ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND SUCCESSFUL TREATMENT OF HIGH GRADE GASTRIC LYMPHOMA**

Horváth M.,<sup>1</sup>, Solt J.,<sup>1</sup>, Nagy Á.,<sup>2</sup>, Losonczy H.,<sup>2</sup>, Beró T.,<sup>1</sup>, Baranya Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály<sup>1</sup>, PTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály<sup>2</sup>,

**16.55 MALIGNANT TRANSFORMATION OF ANOMALOUS OPENING OF THE COMMON BILE DUCT IN THE PYLORUS AS WELL AS IN THE DUODENAL BULB: REPORT OF TWO CASES**

Horvát G.,<sup>1</sup>, Fazekas P.,<sup>2</sup>, Erdélyi B.,<sup>3</sup>, Vadnay I.,<sup>4</sup>, Kozák R.,<sup>1</sup>, Várvolgyi T.,<sup>1</sup>, Markhot Ferenc Kórház- Ri, 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology<sup>1</sup>, Radiology<sup>2</sup>, General Surgery<sup>3</sup>, Pathology, Eger, Hungary<sup>4</sup>,

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
14.00 – 16.10

Levendula I. terem  
Levendula Hall I.

**MOTILITÁS / MOTILITY**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Wittmann Tibor**, Szeged    **Bálint András**, Budapest

**14.00 DIAGNOSTIC VALUE OF THE DUAL CHANNEL ESOPHAGEAL PH-METRY IN SUPRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE**

Róka R., Rosztóczy A., Bencze M., Izbéki F., Vadászi K., Wittmann T., 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ,

**14.10 EFFECT OF TOPICAL CAPSAICIN ON ESOPHAGEAL CLEARANCE OF HEALTHY VOLUNTEERS**

Nagy P., Enyedi G., Illés A., Nagy L., Király Á., 3rd Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Pécs ,

**14.20 THE ESTABLISHMENT OF THE ESOPHAGEAL FUNCTION IN PATIENTS WITH CERVICAL INLET PATCH.**

Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Németh I.<sup>2</sup>, Dulic S.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Kiss I.<sup>3</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>, Department of Radiology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>3</sup>,

**14.30 THE EVALUATION OF ESOPHAGEAL MOTILITY IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL COLUMNAR METAPLASIA (ECM).**

Kádár J.<sup>1</sup>, Vetró É.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Németh I.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary <sup>2</sup>,

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Király Ágnes**, Pécs    **Madácsy László**, Székesfehérvár

**14.40 HISTOPATHOLOGICAL EVALUATION OF ESOPHAGEAL GLANDULAR METAPLASIAS IN THE SOUTH HUNGARIAN COMMUNITY.**

Németh I.<sup>2</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Sükösd F.<sup>1</sup>, Tar L.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>,

**14.50 SCHAFFER'S GLANDS IN THE DIAGNOSIS OF BARRETT'S ESOPHAGUS**

Tar L.<sup>1</sup>, Németh I.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>2</sup>, Róka R.<sup>2</sup>, Gecse K.<sup>2</sup>, F Kiss Z.<sup>2</sup>, Sükösd F.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>2</sup>, Mikó T.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, Department of Pathology University of Szeged <sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine University of Szeged <sup>2</sup>,

**15.00 EFFECT OF PPI THERAPY ON LOWER ESOPHAGEAL SPHINCTER IN HYPERTENSIV LES**

Illés A., Csizmadia C., Acél P., Nagy L., Király Á., 3rd. Dept. of Medicine, Medical University of Pécs ,

**15.10 THYMUS CARCINOMA-ASSOCIATED MOTILITY DISORDERS: ACHALASIA AND GASTROPARESIS CAUSED BY MYENTERIC GANGLIONITIS**

Sarlós P.,<sup>1</sup>, Illés A.,<sup>1</sup>, Solt J.,<sup>2</sup>, Nagy L.,<sup>1</sup>, Király Á.,<sup>1</sup> 3rd Departement of Internal Medicine, Medical Faculty, University of Pécs <sup>1</sup>, Gastroenterology Division, County Hospital of Baranya, Pécs <sup>2</sup>,

**SZÜNET**

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Rosztóczy András, Szeged      Illés Anita, Pécs**

**15.30 FUNDIC GLAND POLYPS (RETROSPECTIVE ANALYSIS OF TWO-YEAR ENDOSCOPIC RECORDS)**

Lénárt Z.,<sup>1</sup>, Tiszai A.,<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.,<sup>2</sup>, Németh I.,<sup>2</sup>, F. Kiss Z.,<sup>1</sup>, Náfrádi J.,<sup>1</sup>, Takács R.,<sup>1</sup>, Róka R.,<sup>1</sup>, Wittmann T.,<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>,

**15.40 ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY (EST) INDUCED SYMPTOMATIC AND SOMATOSENSORY CHANGES IN THE REFERRED PAIN AREA IN PATIENTS WITH DEFINITIVE SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION**

Kurucsai G.,<sup>1</sup>, Gódi S.,<sup>1</sup>, Joó I.,<sup>1</sup>, Fejes R.,<sup>1</sup>, Székely A.,<sup>1</sup>, Várkonyi T.,<sup>2</sup>, Szepes A.,<sup>2</sup>, Funch-Jensen P.,<sup>3</sup>, Madácsy L.,<sup>1</sup> 1st Dept. of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital <sup>1</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, University Of Szeged <sup>2</sup>, Dept. of Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark <sup>3</sup>,

**15.50 SOMATOSENSORY CHANGES IN THE REFERRED PAIN AREA IN PATIENTS WITH DEFINITIVE IRRITABLE BOWEL SYNDROME**

Joó I.,<sup>1</sup>, Kurucsai G.,<sup>1</sup>, Gódi S.,<sup>1</sup>, Fejes R.,<sup>1</sup>, Székely A.,<sup>1</sup>, Funch-Jensen P.,<sup>2</sup>, Madácsy L.,<sup>1</sup> 1st Dept. of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital, Székesfehérvár <sup>1</sup>, Dept. of Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark <sup>2</sup>,

**16.00 IN VIVO PERMEABILITY IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS): CORRELATION BETWEEN INCREASED COLONIC PERMEABILITY AND CLINICAL SYMPTOMS IN DIARRHEA-PREDOMINANT IBS**

Gecse K.,<sup>1</sup>, Róka R.,<sup>1</sup>, Séra E.,<sup>2</sup>, Rosztóczy A.,<sup>1</sup>, Kiss B.,<sup>1</sup>, Miklós B.,<sup>1</sup>, Izbéki F.,<sup>1</sup>, Fioramonti J.,<sup>3</sup>, Pávics L.,<sup>2</sup>, Bueno L.,<sup>3</sup>, Wittmann T.,<sup>1</sup> First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Nuclear Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>, Institut National de la Recherche Agronomique, Unité Neuro-Gastroenterologie & Nutrition, Toulouse, France <sup>3</sup>,

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
13.30 – 15.20

Levendula II. terem  
Levendula Hall II.

**PANCREAS**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Pap Ákos**, Budapest

**Oláh Attila**, Győr

**13.30 Meghívott előadó**

**A KRÓNIKUS PANCREATITIS MINT KOMPLEX GENETIKAI BETEGSÉG**

Sahin Tóth Miklós

**13.40 CHARACTERIZATION OF A NEW ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS MODEL INDUCED BY L-ORNITHINE**

Biczó G.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Dósa S.<sup>2</sup>, Iványi B.<sup>2</sup>, Jármay K.<sup>1</sup>, Hracskó Z.<sup>3</sup>, Varga I.<sup>3</sup>, Varró A.<sup>4</sup>, Lonovics J.<sup>1</sup>, Gukovsky I.<sup>5</sup>, Gukovskaya A.<sup>5</sup>, Pandol S.<sup>5</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>1</sup>, 1st Dept. of Medicine, University of Szeged<sup>1</sup>, Dept. of Pathology, University of Szeged<sup>2</sup>, Dept. of Biochemistry and Molecular Biology, University of Szeged<sup>3</sup>, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged<sup>4</sup>, Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System, University of California, Los Angeles<sup>5</sup>,

**13.50 BENEFICIAL EFFECT OF BORTEZOMIB PRE-TREATMENT ON CHOLECYSTOKININ-OCTAPEPTIDE-(CCK-8)-INDUCED EXPERIMENTAL PANCREATITIS**

Szabolcs A.<sup>1</sup>, Biczó G.<sup>1</sup>, Rakonczay Z.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Csorba Z.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Dept. of Pathology, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>,

**14.00 PLASMA CONCENTRATIONS OF HIGH MOBILITY GROUP BOX PROTEIN 1 (HMGB1) AND CIRCULATING DNA IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS**

Mándi Y.<sup>1</sup>, Szabolcs A.<sup>2</sup>, Kocsis Á.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Farkas G.<sup>3</sup>, Department of Medical Microbiology and Immunobiology, University Szeged<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University Szeged<sup>2</sup>, Department of Surgery, University Szeged<sup>3</sup>,

**14.10 THE ROLE OF THE COAGULATION SYSTEM IN PREDICTING MULTIORGAN FAILURE IN ACUTE PANCREATITIS – A PILOT STUDY IN OUR DEPARTMENT**

Schafer E.<sup>1</sup>, Rusznay K.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Árva I.<sup>2</sup>, Bursics A.<sup>3</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres J.<sup>1</sup>, Banai J.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest<sup>1</sup>, Department of Intensive Care Unit, State Health Centre, Budapest<sup>2</sup>, Department of Surgery, State Health Centre, Budapest<sup>3</sup>,

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Takács Tamás**, Budapest    **Tihanyi Tibor**, Budapest

**14.20 VALUATION OF EXOCRINE PANCREATIC FUNCTION AND ITS POSSIBLE CONSEQUENCES IN PATIENTS WITH NON-PANCREATIC DIABETES**

Várkonyi T.,<sup>1</sup> Szabolcs A.,<sup>1</sup> Szidor V.,<sup>1</sup> Szász A.,<sup>1</sup> Börcsök É.,<sup>1</sup> Lengyel C.,<sup>1</sup> Kempler P.,<sup>2</sup> Takács T.,<sup>1</sup> Wittmann T.,<sup>1</sup>

1<sup>st</sup> Dept. of Internal Medicine, University of Szeged <sup>1</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>,

**14.30 UNEXPLAINED ELEVATION IN SERUM PANCREATIC ENZYMES 1ST DEPARTMENT**

Czakó L., Vajda Á., Wittmann T., of Medicine, University of Szeged, Szeged ,

**14.50 AZ ÉLETMINŐSÉG ÉS A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT HOSSZÚ TÁVÚ VIZSGÁLATA KRÓNIKUS PANCREATITIS MIATT OPERÁLT BETEGEKNÉL**

Péterfy N., Békási S., Tihanyi B., Nehéz L., Tihanyi T., Sebészeti osztály, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest ,

**15.00 LONG-TERM FOLLOW-UP AFTER ORGAN-PRESERVING PANCREATIC HEAD RESECTION FOR CHRONIC PANCREATITIS IN 150 PATIENTS**

Farkas G.,<sup>1</sup> Leindler L.,<sup>1</sup> Daróczy M.,<sup>2</sup> Farkas Jr. G.,<sup>1</sup> Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged <sup>1</sup>, Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged <sup>2</sup>,

**15.10 PANCREATITIS GYERMEKKORBAN-ESETEINK 15 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN**

Lásztity N., Lőrincz M., Szabó A., B. Kovács J., Heim Pál Gyermekkorház, Gasztroenterológiai és Nephrológiai osztály, Budapest ,

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
15.30 – 17.50

Levendula II. terem  
Levendula Hall II.

**ONKOLÓGIA / ONCOLOGY**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Peták István**, Budapest      **Bodoky György**, Budapest

**15.30 ANALYSIS OF SPATIO-TEMPORAL DISTRIBUTION OF MORTALITY DUE TO GASTRIC AND COLON CANCER IN HUNGARY AND IN JAPAN BETWEEN 1986-2002**

Tamássy K.,<sup>1</sup>, Páldy A.,<sup>2</sup>, Nádor G.,<sup>2</sup>, Laborczi A.,<sup>3</sup>, Pásztor L.,<sup>3</sup>, Tóth T.,<sup>3</sup>, Herszényi L.,<sup>4</sup>, Tulassay Z.,<sup>4</sup> Semmelweis University Kútvölgyi Clinical Center, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, National Institute of Environmental Health, Budapest, Hungary <sup>2</sup>, Research Institute for Soil Science and Agricultural Chemistry of the Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary <sup>3</sup>, 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>4</sup>,

**15.40 BIOMARKERS OF SEQUENTIAL PROGRESSION IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA TRANSITION: GRADUAL DOWNREGULATION OF AMNIONLESS HOMOLOG AND PROSTAGLANDIN D2 RECEPTOR BOTH AT MRNA AND PROTEIN LEVEL**

Galamb O.,<sup>1</sup>, Sipos F.,<sup>2</sup>, Solymosi N.,<sup>2</sup>, Spisák S.,<sup>2</sup>, Galamb B.,<sup>2</sup>, Krenács T.,<sup>3</sup>, Valcz G.,<sup>2</sup>, Molnár B.,<sup>1</sup>, Tulassay Z.,<sup>1</sup> Magyar Tudományos Akadémia, Molekuláris Medicina Kutatócsoport <sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika <sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet <sup>3</sup>,

**15.50 HIGHLY SENSITIVE AND SPECIFIC DETECTION OF COLORECTAL CANCER (CRC) AND ADENOMA IN PERIPHERAL BLOOD BY MRNA EXPRESSION CHIP TECHNOLOGY- CONFIRMATION ON INDEPENDENT SAMPLES AND BY REAL-TIME PCR**

Molnár B.,<sup>2</sup>, Galamb O.,<sup>2</sup>, Solymosi N.,<sup>1</sup>, Tóth K.,<sup>1</sup>, Németh A.,<sup>1</sup>, Zágoni T.,<sup>1</sup>, Miheller P.,<sup>1</sup>, Juhász M.,<sup>1</sup>, Spisák S.,<sup>1</sup>, Tulassay Z.,<sup>2</sup> 2nd Department of Medicine, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, Hungarian Academy of Sciences, Molecular Medicine Research Unit, Budapest <sup>2</sup>,

**16.00 SEPTIN 9 METHYLATION AS A PLASMA BIOMARKER FOR BLOOD BASED SCREENING OF COLORECTAL CANCER**

Tóth K.,<sup>1</sup>, Spisák S.,<sup>1</sup>, Galamb O.,<sup>2</sup>, Sipos F.,<sup>1</sup>, Grützmann R.,<sup>3</sup>, Schlag P.,<sup>3</sup>, Saeger H.,<sup>3</sup>, Model F.,<sup>3</sup>, Sledziewski A.,<sup>3</sup>, Lofton-Day C.,<sup>3</sup>, Tulassay Z.,<sup>2</sup>, Molnár B.,<sup>2</sup> 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Group, Budapest, Hungary <sup>2</sup>, Epigenomics Inc., Seattle, Washington, USA / Berlin, Germany <sup>3</sup>,

**16.10 TUMOR TÍPUSÚ PIRUVÁT-KINÁZ DIAGNOSZTIKÁJA ÉS CÉLZOTT TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK GASZTROINTESZTINÁLIS TUMOROKBAN**

Jóri B.,<sup>1</sup>, Szántai E.,<sup>3</sup>, Sasvári M.,<sup>3</sup>, Tihanyi B.,<sup>4</sup>, Tihanyi T.,<sup>4</sup>, Kupcsulik P.,<sup>4</sup>, Kéri G.,<sup>2</sup>, Peták I.,<sup>1</sup>, Schwab R.,<sup>5</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest<sup>1</sup>, Vichem Chemie Kutató Kft., Budapest<sup>2</sup>, Orvosi Vegytani, Molekuláris Biológiai és Pathobiokémiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>3</sup>, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>4</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest

**16.20 A TRAIL (TNF-RELATED-APOPTOSIS INDUCING LIGAND) ÉS BORTEZOMIB A VASTAGBÉLRÁK SZEMÉLYRESZABOTT KEZELÉSÉBEN**

Nagy K.,<sup>1</sup>, Barti-Juhász H.,<sup>1</sup>, Árvai K.,<sup>1</sup>, Schwab R.,<sup>3</sup>, Peták I.,<sup>2</sup>, Kopper L.,<sup>1</sup>, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest<sup>2</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest<sup>3</sup>,

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Molnár Béla**, Budapest      **Pap Ákos**, Budapest

**16.30 EGFR TÁMADÁSPONTÚ GYÓGYSZEREK HATÉKONYSÁGÁT PREDIKTÁLÓ SZOMATIKUS MUTÁCIÓK KIMUTATÁSA ARCHIVÁLT DAGANAT MINTÁKBAN**

Peták I.,<sup>1</sup>, Pintér F.,<sup>1</sup>, Kánya M.,<sup>2</sup>, Szabó E.,<sup>4</sup>, Pápay J.,<sup>2</sup>, Sápi Z.,<sup>2</sup>, Moldvay J.,<sup>3</sup>, Jóri B.,<sup>1</sup>, Kopper L.,<sup>2</sup>, Schwab R.,<sup>5</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest<sup>1</sup>, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>2</sup>, Pulmonológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>3</sup>, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok Kooperációs Kutatóközpont, Budapest<sup>4</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest<sup>5</sup>,

**16.40 SYNTHETIC LETHALITY SCREENS OF VICHEM COMPOUNDS IN P53 MUTANT SYNGENIC CELL LINE MODELS**

Hegymegi-Barakonyi B.,<sup>1</sup>, Kéri G.,<sup>1</sup>, Örfi L.,<sup>1</sup>, Varga Z.,<sup>1</sup>, Greff Z.,<sup>1</sup>, Horváth Z.,<sup>1</sup>, Jóri B.,<sup>2</sup>, Schwab R.,<sup>3</sup>, Peták I.,<sup>2</sup>, Vichem Chemie Research Ltd., Budapest<sup>1</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest<sup>2</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest<sup>3</sup>,

**16.50 ALTERATIONS OF MDR1 AND MRP1 FUNCTIONAL ACTIVITY OF COLORECTAL MALIGNANCIES IN A PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL**

Micsik T.,<sup>1</sup>, Mersich T.,<sup>2</sup>, Baranyai Z.,<sup>2</sup>, Besznyák I.,<sup>2</sup>, Zaránd A.,<sup>2</sup>, Dede K.,<sup>2</sup>, Nagy P.,<sup>2</sup>, Tkári B.,<sup>2</sup>, Jakab F.,<sup>2</sup>, Lőrincz A.,<sup>1</sup>, Kéri G.,<sup>3</sup>, Peták I.,<sup>4</sup>, Schwab R.,<sup>5</sup>, Rational Drug Design Laboratories Cooperative Research Center, Budapest;<sup>1</sup>, Department of Surgery, Uzsoki Teaching Hospital, Budapest<sup>2</sup>, Vichem Chemie Research Ltd.<sup>3</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest<sup>4</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest<sup>5</sup>,

**17.00 TUMOR EREDETŰ KERINGŐ NUKLEINSAVAK MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKÁJA GASZTROINTESZTINÁLIS DAGANATOKBAN**

Lőrincz A.,<sup>1</sup>, Pintér F.,<sup>2</sup>, Kánya M.,<sup>1</sup>, Schwab R.,<sup>3</sup>, Peták I.,<sup>2</sup>, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest<sup>2</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest<sup>3</sup>,

**17.10 SELECTIVITY PROFILING AND OFF-TARGET IDENTIFICATION OF CLINICALLY RELEVANT KINASE INHIBITORS FOR GASTROINTESTINAL TUMORS**

Kéri G.,<sup>1</sup>, Ulrich A.,<sup>2</sup>, Varga Z.,<sup>2</sup>, Greff Z.,<sup>2</sup>, Örfi L.,<sup>3</sup>, Schwab R.,<sup>4</sup>, Peták I.,<sup>5</sup> Vichem Chemie Research Ltd., Budapest<sup>1</sup>, Max Planck Institute of Biochemistry, Martinsried, Germany<sup>2</sup>, Department of Pharmaceutical Chemistry, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest<sup>4</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest<sup>5</sup>,

**17.20 IN THE ADJUVANT TREATMENT OF THE GASTRIC CANCER**

Maráz A.,<sup>1</sup>, Fazekas O.,<sup>1</sup>, Uhercsák G.,<sup>1</sup>, Valicsek E.,<sup>1</sup>, Nikolényi A.,<sup>1</sup>, Torday L.,<sup>1</sup>, Lázár M.,<sup>2</sup>, Varga Z.,<sup>1</sup>, Nagy Z.,<sup>1</sup>, Szil E.,<sup>1</sup>, Hideghéty K.,<sup>1</sup>, Kahán Z.,<sup>1</sup>, Thurzó L.,<sup>1</sup> Dept. of Oncotherapy, Medical University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Dept. of Nuclear Medicine, Medical University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>

**17.30 AZ ENDOSZKÓPOS ÉS CYTOLÓGUS SZOROS EGYÜTTMŰKÖDÉSE NÖVELI AZ INTRADUCTALIS MINTAVÉTEL ÉRZÉKENYSÉGÉT**

Tarpay Á.,<sup>1</sup>, Burai M.,<sup>1</sup>, Bak M.,<sup>2</sup>, Nagy T.,<sup>3</sup>, Pap Á.,<sup>1</sup> Országos Onkológiai Intézet, Budapest, Gastroenterológia/Endoscopia<sup>1</sup>, Cytopathológia<sup>2</sup>, Kemoterápia Osztály<sup>3</sup>,

**17.40 TERÁPIÁS DÖNTÉST BEFOLYÁSOLÓ DIAGNOSZTIKUS LEHETŐSÉG RECTUM CARCINOMA ESETÉN – HIGH RESOLUTION MÁGNESES REZONANCIA VIZSGÁLAT**

Szenes M.,<sup>1</sup>, Völgyi Z.,<sup>1</sup>, Ruzsa Á.,<sup>2</sup>, Nagy G.,<sup>3</sup>, Tüske G.,<sup>4</sup>, Gasztonyi B.,<sup>1</sup> Zala Megyei Kórház Belgyógyászat<sup>1</sup>, Zala Megyei Kórház Onkológia<sup>2</sup>, Zala Megyei Kórház Radiológia<sup>3</sup>, Zala Megyei Kórház Sebészet<sup>4</sup>,

2008. június 09. Hétfő  
09 June, Monday  
18.00-19.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

**A REFLUX MÁS MEGKÖZELÍTÉSEI**  
*DIFFERENT APPROACHES TO REFLUX*  
NYCOMED SZIMPÓZIUM / NYCOMED SYMPOSIUM

**TÁRSASÁGI PROGRAM / *SOCIAL PROGRAM***  
**TÁNCEST /**

**2008. június 10. Kedd**  
**10 June, Tuesday**  
**8.30-9.00**

**Wimbledon terem**  
**Wimbledon Hall**

|                                             |
|---------------------------------------------|
| <b>DANONE SZIMPÓZIUM / DANONE SYMPOSIUM</b> |
|---------------------------------------------|

*Üléselnök/Chairman:* **Szalay Ferenc**, Budapest

**ÚJABB KUTATÁSI EREDMÉNYEK PROBIOTIKUS TEJTERMÉKKEL -**  
**VIZSGÁLATOK IBS-ES POPULÁCIÓN**  
*RECENT RESULTS OF RESEARCH ON PROBIOTIC DAIRY - CLINICAL STUDY ON*  
*POPULATION SUFFERING BY IBS*

**László András**, belgyógyász, gasztroenterológus főorvos, Budapest

2008. június 10. Kedd  
10 June, Tuesday  
9.00 – 11.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

**BIOLÓGIAI TERÁPIA IBD-BEN /**  
*BIOLOGIC THERAPIES FOR IBD*  
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátorok: **Bene László**, Budapest      **Lakatos László**, Veszprém

- 9.00    **A BIOLÓGIAI TERÁPIA HATÁSMECHANIZMUSA**  
*MECHANISM OF ACTION*  
Bene László, Budapest
- 9.15    **AZ IBD AKTIVITÁSA, TOP DOWN / STEP UP KEZELÉS**  
*IBD ACTIVITY, TOP DOWN / STEP UP TREATMENT*  
Lakatos Péter, Budapest
- 9.30    **CROHN BETEGSÉG BIOLÓGIAI KEZELÉSE**  
*TREATMENT OF CROHN'S DISEASE WITH BIOLOGIC AGENTS*  
Miheller Pál, Budapest
- 9.45    **COLITIS ULCEROSA BIOLÓGIAI KEZELÉSE**  
*TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS WITH BIOLOGIC AGENTS*  
Molnár Tamás, Szeged
- 10.00   **A KEZELÉS BIZTONSÁGÁNAK KÉRDÉSEI**  
*SAFETY OF BIOLOGIC TREATMENT*  
Banai János, Budapest
- 10.15   **A KEZELÉS GAZDASÁGOSSÁGI KÉRDÉSEI**  
*ECONOMIC BENEFIT OF BIOLOGIC AGENTS*  
Újszászy László, Miskolc
- 10.30   **SAVING THE COLON IN ACUTE COLITIS**  
*AZ IBD BIOLÓGIAI TERÁPIÁJÁNAK JÖVŐ KÉPE*  
Simon Travis, England

11.05 – 11.35

**INTESZTINÁLIS ISCHAEMIA**  
*INTESTINAL ISCHAEMIA*  
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

*Előadó/Lecturer:* **Demeter Pál**, Budapest

2008. június 10. Kedd  
10 June, Tuesday  
11.35 – 13.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## KOLLÉGIUMI FÓRUM

A Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium programja  
meghívott vendégek részvételével

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Tulassay Zsolt**, a kollégium elnöke      **Rácz István**, az MGT elnöke

2008. június 10. Kedd  
10 June, Tuesday  
14.00 –16.40

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

**BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

**ORVOS-BETEG KAPCSOLAT, A COMPLIANCE KÉRDÉSEI IBD-BEN**  
*COMPLIANCE IN IBD*

Üléselnök/Chairman: **Kovács Ágota**, Budapest

14.00 **A NEMZETKÖZI ADATOK ÉS A FELMÉRÉS EREDMÉNYE**  
*INTERNATIONAL DATA AND HUNGARIAN RESULTS*  
Dávid Gyula, Budapest

14.15 **IBD-S BETEGEINK KÉRDÉSEI, PROBLÉMÁI**  
*MAIN QUESTIONS AND PROBLEMS OF IBD PATIENTS*  
Molnár Tamás, Szeged

Üléselnökök/Chairmen:

**Banai János**, Budapest

**Bene László**, Budapest

14.35 **THE ROLE OF PATHOLOGISTS IN REGIONAL GASTROINTESTINAL POLYP REGISTER OF SOUTH-HUNGARY**  
Tiszlavicz L., Máté A., Paluska M., Németh I., Sükösd F., Ormos J., Mikó T.,  
Department of Pathology University of Szeged

14.45 **POOR PATIENT EDUCATION IS THE MAIN CAUSE OF LOW PRIMARY DEMAND FOR COLORECTAL CANCER SCREENING IN HUNGARY**  
Szokolóczy O.<sup>1</sup>, Peták I.<sup>1</sup>, Kövesd Z.<sup>2</sup>, Schwab R.<sup>2</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest <sup>1</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest <sup>2</sup>,

14.50 **COLORECTAL SCREENING IN BEKESCSABA**  
Szücs Z.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>2</sup>, Sebészeti Osztály, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba <sup>1</sup>, III. Belgyógyászati Osztály, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba <sup>2</sup>,

15.05 **COLONOSCOPIES IN PROPOFOL ANESTHESIA: A SAFE AND WELL TOLERATED METHOD TO IMPROVE PATIENT SATISFACTION IN A FEE-FOR-SERVICE SETTING**  
Schwab R.<sup>1</sup>, Kövesd Z.<sup>1</sup>, Fodor G.<sup>1</sup>, Gelley A.<sup>1</sup>, Barna B.<sup>1</sup>, Danhauser G.<sup>1</sup>, Keresztes L.<sup>1</sup>, Hatalyák Á.<sup>1</sup>, Szokolóczy O.<sup>2</sup>, Peták I.<sup>2</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest <sup>1</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest <sup>2</sup>,

15.15 **K-RAS, COX-2 AND MEMBRANE B-CATENIN OVEREXPRESSION MAY BE A MARKER OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE-ASSOCIATED INTESTINAL CANCER**  
Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Németh I.<sup>2</sup>, Szilágyi P.<sup>3</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>, Department of Pathology, St. Margit Hospital, Budapest, Hungary <sup>3</sup>,

**15.25 INCREASED BONE RESORPTION AND LOWER BONE DENSITY IN MICROSCOPIC COLITIS**

Miheller P., Lakatos G., Müllner K., Múzes G., Németh A., Tóth M., Zágonyi T., Tulassay Z., Semmelweis Egyetem, Budapest, II.sz. Belgyógyászati Klinika ,

SZÜNET

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Molnár Béla**, Budapest      **Miheller Pál**, Budapest

**15.40 HOGYAN TOVÁBB? A MAGYARORSZÁGI INFLIXIMAB CENTRUMOK TAPASZTALATI 1 ÉVES FENNTARTÓ KEZELÉS UTÁN**

Horváth G.<sup>1</sup>, Grenda A.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>4</sup>, Molnár T.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Salamon Á.<sup>7</sup>, Szabó A.<sup>6</sup>, Hunyady B.<sup>5</sup>, Gelley A.<sup>8</sup>, Újszászy L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Nagy F.<sup>3</sup>, Altorjay I.<sup>4</sup>, Rácz I.<sup>6</sup>, Simon L.<sup>7</sup>, Miskolci Egészségügyi Központ Belgyógyászati Intézet-Gasztroenterológia, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, ÁOK, II.Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>2</sup>, Szegedi Egyetem, ÁOK, I. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>3</sup>, Debreceni Egyetem, ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>4</sup>, Pécsi Egyetem, ÁOK, I. Belgyógyászati Klinika, Pécs<sup>5</sup>, Petz Aladár Megyei Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Győr<sup>6</sup>, Balassa János Megyei Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Szekszárd<sup>7</sup>, BIK, Belgyógyászati Osztály, Budapest<sup>8</sup>, Markusovszky Megyei Kórház, II.Belgyógyászati Osztály, Szombathely<sup>9</sup>,

**15.50 ÚJONNAN FELFEDEZETT GLIKÁN SZEROLÓGIAI MARKEREK GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A BETEGSÉG KORAI B MEGJELENÉSÉVEL, A SZÖVŐDMÉNYES BETEGSÉGLEFOLYÁSSAL, A MŰTÉTEK GYAKORISÁGÁVAL, ÉS A NOD2/CARD15 GENOTÍPUSSAL**

Papp M.<sup>1</sup>, Altorjay I.<sup>1</sup>, Dotan N.<sup>2</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Tumpek J.<sup>3</sup>, Sipka S.<sup>3</sup>, Lakatos L.<sup>4</sup>, Kovács Á.<sup>5</sup>, Molnár T.<sup>6</sup>, Tulassay Z.<sup>7</sup>, Miheller P.<sup>7</sup>, Norman G.<sup>8</sup>, Szamosi T.<sup>9</sup>, Papp J.<sup>9</sup>, Lakatos P.<sup>9</sup>,

Debreceni Egyetem OEC, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen<sup>1</sup>, Glycominds Ltd, Lod, Israel<sup>2</sup>, Debreceni Egyetem OEC, Regionális Immunológiai Laboratórium, Debrecen<sup>3</sup>, Csolnoky Ferenc Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Veszprém<sup>4</sup>, Szt Margit Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest<sup>5</sup>, Szegedi Egyetem, Szent-György Albert Orvos-és Gyógyszertudományi Centrum, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>6</sup>, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>7</sup>, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA<sup>8</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>9</sup>,

**16.00 RDW CAN BE A USEFUL ADDITIONAL MARKER IN DIAGNOSING CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS**

Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnar T.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Nyari T.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, University of Szeged, First Department of Medicine<sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Medical Informatics<sup>2</sup>,

**16.10 FIRST YEAR (2007) ANALYSIS OF THE HUNGARIAN PEDIATRIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASE REGISTRY (HUPIR).**

Veres G., Hungarian Pediatric IBD Registry Group ., 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest ,

**16.20 INTERACTION BETWEEN SEROREACTIVITY TO MICROBIAL ANTIGENS AND GENETICS IN CROHN'S DISEASE: IS THERE A ROLE FOR DEFENSINS?**

Fischer S.,<sup>1</sup> Papp M.,<sup>2</sup> Altorjay I.,<sup>2</sup> Mandi Y.,<sup>3</sup> Lakatos L.,<sup>4</sup> Tumpek J.,<sup>5</sup> Kovacs A.,<sup>6</sup> Molnar T.,<sup>7</sup> Tulassay Z.,<sup>8</sup> Miheller P.,<sup>8</sup> Palatka K.,<sup>2</sup> Szamosi T.,<sup>1</sup> Papp J.,<sup>1</sup> Hungarian IBD Study Group .,<sup>1</sup> Lakatos P.,<sup>1</sup> 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary <sup>2</sup>, Department of Medical Microbiology and Immunobiology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary <sup>4</sup>, Laboratory of Clinical Immunology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary <sup>5</sup>, 1st Department of Medicine, Peterfi Hospital, Budapest, Hungary <sup>6</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>7</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>8</sup>,

**16.30 ATG16L1 AND IL-23 RECEPTOR (IL-23R) GENES ARE ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY IN HUNGARIAN CD PATIENTS**

Lakatos P.,<sup>1</sup> Szamosi T.,<sup>1</sup> Szilvasi A.,<sup>2</sup> Molnar E.,<sup>2</sup> Lakatos L.,<sup>3</sup> Kovacs A.,<sup>4</sup> Molnar T.,<sup>5</sup> Altorjay I.,<sup>6</sup> Papp M.,<sup>6</sup> Palatka K.,<sup>6</sup> Tulassay Z.,<sup>7</sup> Miheller P.,<sup>7</sup> Papp J.,<sup>1</sup> Attila T.,<sup>2</sup> Andrikovics H.,<sup>2</sup> 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, Department of Molecular Diagnostics, Hungarian National Blood Transfusion Service, Budapest, Hungary <sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary <sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Erzsebet Hospital, Budapest, Hungary <sup>4</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary <sup>6</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>7</sup>,

**16.40 LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY - EXPERIENCES OF 150 CASES**

Papp A., Morvay K., Weltner J., Lukovich P., Fülöp C., Kupcsulik P., 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University Faculty of Medicine, Budapest, Hungary

2008. június 10. Kedd  
10 June, Tuesday  
16.50 –18.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

## BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES

(POSZTEREK/POSTERS)

*Üléselnökök/Chairmen:* **Banai János**, Budapest      **Bene László**, Budapest

1. **ILEITIS TERMINALIS (cd) AND LEIOMYOSARCOMA: AMONG THE FIRSTS DISCOVERED IN VIVO AND PREOPERATIVELY. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW UPON POSSIBLE COMMON PATHOMECHANISM**  
Lukács M.,<sup>1</sup> Csécssei P.,<sup>2</sup> Tornóczy T.,<sup>3</sup> Szent Lukács Ekht, Internal Med., Dombóvár <sup>1</sup>,  
ÁOK, Univ. of Pécs <sup>2</sup>, Pathology Dept. ÁOK, Univ. of Pécs <sup>3</sup>,
2. **NFKBIA 3'UTR AND NFKB1 -94INS/DELATTG VARIANTS IN HUNGARIAN IBD PATIENTS: THE 3'UTR VARIANT IS ASSOCIATED WITH EXTENSIVE COLITIS**  
Szamosi T.,<sup>1</sup> Szilvasi A.,<sup>6</sup> Lakatos L.,<sup>2</sup> Kovacs A.,<sup>3</sup> Molnar T.,<sup>4</sup> Altorjay I.,<sup>5</sup> Papp M.,<sup>5</sup>  
Szabo O.,<sup>6</sup> Satori A.,<sup>6</sup> Tulassay Z.,<sup>7</sup> Miheller P.,<sup>7</sup> Papp J.,<sup>1</sup> Tordai A.,<sup>6</sup> Andrikovics  
H.,<sup>6</sup> Lakatos P.,<sup>1</sup> 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary <sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, Erzsébet Hospital, Budapest, Hungary <sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>4</sup>, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary <sup>5</sup>, Department of Molecular Diagnostics, Hungarian National Blood Transfusion Service, Budapest, Hungary <sup>6</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>7</sup>,
3. **ASSOCIATION OF B-DEFENSIN 1 SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS WITH CROHN'S DISEASE ASSOCIATION OF B-DEFENSIN 1 SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS WITH CROHN'S DISEASE**  
Kocsis A.,<sup>1</sup> Somogyvari F.,<sup>1</sup> Fuszek P.,<sup>2</sup> Papp J.,<sup>2</sup> Fischer S.,<sup>2</sup> Szamosi T.,<sup>2</sup> Lakatos  
L.,<sup>3</sup> Kovacs A.,<sup>4</sup> Hofner P.,<sup>1</sup> Mandi Y.,<sup>1</sup> Lakatos P.,<sup>2</sup> Department of Medical Microbiology and Immunobiology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary <sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Erzsébet Hospital, Budapest, Hungary <sup>4</sup>,
4. **GLIKÁN ELLENES ANTITESTEK VIZSGÁLATA COELIAKIÁBAN: VAN-E ÖSSZEFÜGGÉS A GLUTÉNMENTES ÉTRENNDEL?**  
Földi I.,<sup>1</sup> Papp M.,<sup>1</sup> Pályu E.,<sup>1</sup> Tumpek J.,<sup>2</sup> Várvölgyi C.,<sup>3</sup> Barta Z.,<sup>4</sup> Sipka S.,<sup>2</sup> Dotan  
N.,<sup>11</sup> Korponay-Szabó I.,<sup>6</sup> Nemes É.,<sup>5</sup> Veress G.,<sup>7</sup> Norman G.,<sup>8</sup> Dinya T.,<sup>9</sup> Lakatos  
P.,<sup>10</sup> Altorjay I.,<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen (DEOEC) II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék <sup>1</sup>, DEOEC Regionális Immunlabor <sup>2</sup>, DEOEC I. Belklinika <sup>3</sup>, DEOEC III. Belklinika <sup>4</sup>, DEOEC Gyermekklinika <sup>5</sup>, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest <sup>6</sup>, Semmelweis Egyetem Budapest I. Gyermekklinika <sup>7</sup>, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA <sup>8</sup>, DEOEC I. Sebészeti Klinika <sup>9</sup>, Semmelweis Egyetem I. Belklinika <sup>10</sup>, Glycominds, Lod, Israel <sup>11</sup>,

**5. PREVALENCE OF IGR2198A\_1 AND IGR2096A\_1 GENETIC VARIANTS IN HUNGARIAN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS**

Lakner L.,<sup>1</sup>, Csöngéi V.,<sup>2</sup>, Magyar L.,<sup>2</sup>, Járomi L.,<sup>2</sup>, Sáfrány E.,<sup>2</sup>, Sipeky C.,<sup>2</sup>, Döbrönte Z.,<sup>1</sup>, Melegh B.,<sup>2</sup> Markusovszky Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Szombathely, Hungary<sup>1</sup>, Department of Medical Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>2</sup>,

**6. ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE ASSOCIATED DISCRIMINATORY GENE PATTERNS IN BIOPSIES AND PERIPHERAL BLOOD SAMPLES**

Sipos F.,<sup>1</sup>, Galamb O.,<sup>2</sup>, Solymosi N.,<sup>1</sup>, Spisák S.,<sup>1</sup>, Krenács T.,<sup>3</sup>, Tulassay Z.,<sup>2</sup>, Molnár B.,<sup>2</sup> 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Hungarian Academy of Sciences, Molecular Medicine Research Unit, Budapest<sup>2</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>,

**7. INVESTIGATIONS OF PLASMA CARNITINE PROFILES IN CHILDREN WITH CELIAC DISEASE**

Tárnok A.,<sup>1</sup>, Talián G.,<sup>2</sup>, Jakobik V.,<sup>1</sup>, Decsi T.,<sup>1</sup>, Melegh B.,<sup>2</sup> Department of Paediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>1</sup>, Institute of Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>2</sup>,

**8. AZ INFLIXIMAB TERÁPIA HATÁSOSÁGÁNAK LEMÉRÉSE CROHN-BETEGEK BEN**

Szabó I., Czimmer J., Rumi G., Vincze Á., Hunyady B., Pécsi Tudományegyetem OEKK-KK I. sz. Belgyógyászati Klinika ,

**9. AMBULANT COLONOSCOPIES IN SEDATION**

Kristóf T.,<sup>1</sup>, Orosz P.,<sup>1</sup>, Kormosné Török É.,<sup>1</sup>, Ökrös I.,<sup>2</sup> 2nd Dept. of Medicine, Borsod County and Teaching Hospital, Miskolc<sup>1</sup>, Central Anesthesiology and Intensive Care Unit, Borsod County and Teaching Hospital, Miskolc<sup>2</sup>,

**8. INFLIXIMABBAL SZERZETT TAPASZTALATAINK A COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉBEN**

Czeglédi Z., Szamosi T., Banai J., Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ

**9. CHRONIC DUODENITIS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS**

Lakatos G., Miheller P., Müllner K., Hritz I., Tulassay Z., SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest ,

**10. A CARDIOLOGIAI SECUNFER PREVENCIÓ PROVOKATÍV SZEREPE A GASZTROINTESZTINÁLIS DAGANATOK FELISMERÉSÉBEN**

Földházi K.,<sup>1</sup>, Dunkel K.,<sup>1</sup>, Takács R.,<sup>1</sup>, Virág N.,<sup>1</sup>, Heltai K.,<sup>2</sup>, Hamvas J.,<sup>1</sup> Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz . Belgyógyászat Gasztroenterologia<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház IV. sz. Belgyógyászat Kardiologia<sup>2</sup>,

**11. A CYP24A1 ENZIM FOKOZOTT EXPRESSZIÓJA KOLOREKTÁLIS DAGANATOKBAN**

Horváth H.,<sup>1</sup>, Kósa J.,<sup>1</sup>, Speer G.,<sup>1</sup>, Borka K.,<sup>2</sup>, Bises G.,<sup>4</sup>, Lakatos P.,<sup>1</sup>, Lakatos P.,<sup>1</sup>, Fuszek P.,<sup>3</sup>, Papp J.,<sup>1</sup>, Kállay E.,<sup>4</sup> Semmelweis Egyetem ÁOK I. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK II. Patológiai Intézet<sup>2</sup>, Jahn Ferenc Kórház Gasztroenterológiai Osztály<sup>3</sup>, Medizinische Universität Wien Institut für Pathophysiologie<sup>4</sup>,

**2008. június 10. Kedd**  
**10 June, Tuesday**  
**14.00 – 15.00**

**Levendula I. terem**  
**Levendula Hall I.**

**FINANSZÍROZÁS / FINANCING**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnök/Chairman:* **Gurzó Zoltán**, Gyula

**14.00 GONDOLATOK GASTROENTEROLÓGIAI SZUBINTENZÍV RÉSZLE-  
GÜNK FINANSZÍROZÁSÁRÓL**

Szinku Z., Sülle C., Hunyady B., Kaposi Mór Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály,  
Kaposvár

**14.15**

**AZ ENDOSZKÓPIA FINANSZÍROZÁSÁNAK AKTUÁLIS KÉRDÉSEI  
KEREKASZTAL MEGBESZÉLÉS**

*Moderátor:* **Gurzó Zoltán**, Gyula

2008. június 10. Kedd  
10 June, Tuesday  
15.00 – 17.00

Levendula I. terem  
Levendula Hall I.

**ULTRAHANG / ULTRASOUND**  
**KÉPALKOTÓK / IMAGING**  
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Szebeni Ágnes**, Budapest      **Szilvás Ágnes**, Budapest

- 15.00 **THREE DIMENSIONAL AND DOPPLER ULTRASOUND EXAMINATION BEFORE AND AFTER PROCEDURES OF THE BILIARY SYSTEM**  
Székely G., Szilvás Á., Siket F., Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály,
- 15.15 **BILIARY DISEASES: CONCOMITANT OCCURENCE WITH OTHER DISEASES**  
Szilvás Á., Székely G., Siket F., St. János Hospital, 1st. Dept. of Internal Med. and Gastroenterology Budapest, Diós árok 1. 1125. ,
- 15.30 **CORRELATION OF THYROID ABNORMALITIES WITH RISKS CONNECTED TO OBESITY**  
Szebeni Á.,<sup>1</sup>, Halmy L.,<sup>2</sup>, IRM-KKI nyugdíjas<sup>1</sup>, IRM-KKI nyugdíjas<sup>2</sup>,
- 15.45 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG? NEM! INTESTINALIS MALROTATIO! (ESETISMERTETÉS)**  
Vagyon G.,<sup>1</sup>, Kovács G.,<sup>1</sup>, Málits E.,<sup>2</sup>, Gervain J.,<sup>1</sup>, IV. Belgyógyászat - Gasztroenterológia, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár<sup>1</sup>, Szent György Diagnosztikai Centrum, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár<sup>2</sup>,
- 16.00 **PERCUTAN TRANSHEPATICUS DRAINAGE ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK**  
Szijártó A.,<sup>1</sup>, Kupcsulik P.,<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika<sup>1</sup>,
- 16.15 **AORTO-DUODENALIS FISTULA**  
Bíró G.,<sup>1</sup>, Futó Á.,<sup>1</sup>, Székely G.,<sup>1</sup>, Berki L.,<sup>2</sup>, Szent János Hospital 1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology<sup>1</sup>, Szent János Hospital Surgery Dept.<sup>2</sup>,
- 16.30 **DIAGNOSZTIKUS NONINVAZIV ÉS INVAZIV ENDOSONOGRAPHIÁS VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓS MEGOSZLÁSA ÉS EREDMÉNYEI OSZTÁLYUNK GYAKORLATÁBAN**  
Takács, R., Erőss B., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat Gasztroenterologia Budapest,
- 16.45 **RITKA ELŐFORDULÁSÚ EXTRANODALIS NON-HODGKIN LYMPHOMA A HASBAN (ESETISMERTETÉS)**  
Nyikos O.,<sup>1</sup>, Máj C.,<sup>2</sup>, Málits E.,<sup>3</sup>, Gervain J.,<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Kórház IV. Belgyógyászat<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Kórház Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Fejér Megyei Szent György Kórház Radiológiai Osztály<sup>3</sup>,

2008. június 10. Kedd  
10 June, Tuesday  
18.00 – 19.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

**ÁTTÖRÉS A HEPATOCELLULARIS CARCINOMA  
SZISZTÉMÁS KEZELÉSÉBEN**

*BREAKTHROUGH IN SYSTEMIC TREATMENT OF HEPATOCELLULAR  
CARCINOMA*

BAYER SZIMPÓZIUM / BAYER SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman: Szalay Ferenc, Budapest

**A HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA ETIOLÓGIÁJA ÉS PATHOGENEZISE**  
*ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA*

Kovalszky Ilona, Budapest

**A HEPATOCELLULARIS CARCINOMA INTERVENCIÓS KEZELÉSE**  
*INTERVENTIONAL THERAPY OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA*

Bánsághi Zoltán, Budapest

**HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA: KLINIKAI VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK  
NEXAVARRAL**

*HEPATOCELLULAR CARCINOMA: RESULTS OF CLINICAL STUDIES WITH NEXAVAR*  
Dank Magdolna, Budapest

**BÚCSÚEST**

2008. június 11. Szerda  
11 June, Wednesday  
10.00 – 13.00

Wimbledon terem  
Wimbledon Hall

**KIHÍVÁSOK ÉS DILEMMÁK / KLINIKOPATOLÓGIA /  
ESETISMERTETÉSEK  
CHALLENGES / CLINICOPATHOLOGY / CASE REPORTS**  
(POSZTEREK / POSTERS)

*Üléselnökök/Chairmen:*

**Simon László**, Budapest, **Pap Ákos**, Budapest

*Poszterbírálók:*

**Simon Károly**, Budapest, **Bálint András**, Budapest, **Bajor Judit**, Pécs, **Magyar Anna**, Budapest,  
**Tornai István**, Debrecen, **Szalay Ferenc**, Budapest, **Peták István**, Budapest

1. **DISCITIS AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC QUESTION FOR THE GASTROENTEROLOGIST.**  
Csikós D.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Horváth K.<sup>2</sup>, Varga P.<sup>3</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest <sup>1</sup>, Dept. of Diagnostic Radiology, National Institute of Oncology, Budapest <sup>2</sup>, National Centre for Spinal Disorder, Budapest <sup>3</sup>,
2. **DISCITIS AS AN UNCOMMON COMPLICATION OF METASTATIC COLON CANCER.**  
Kovács I.<sup>1</sup>, Horváth K.<sup>2</sup>, Danka L.<sup>3</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest <sup>1</sup>, Dept. of Diagnostic Radiology, National Institute of Oncology, Budapest <sup>2</sup>, National Centre for Spinal Disorder, Budapest <sup>3</sup>,
3. **SMALL BOWEL MALT LYMPHOMA PRESENTING INSIDIOUSLY - A REPORT OF A CASE**  
Sipos G.<sup>1</sup>, Csikós D.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>2</sup>, Nagy I.<sup>3</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház II. Belgyógyászat <sup>1</sup>, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház Sebészet <sup>2</sup>, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház Radiológia <sup>3</sup>,
4. **MAGAS RIZIKÓJÚ, SZOKATLAN NAGYSÁGÚ, KÉSŐI MANIFESTÁCIÓJÚ GIST ESETE**  
Dunkel K.<sup>1</sup>, Takács R.<sup>1</sup>, Benedek G.<sup>2</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterologia <sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészet <sup>2</sup>,
5. **c-kit NEGATIVE PDGFRA POSITIVE BULKY EXTRAGASTROINTESTINAL GIST IN A 26 YEAR OLD MALE.**  
Taller A.<sup>1</sup>, Szántó P.<sup>1</sup>, Besznyák I.<sup>2</sup>, Pápai Z.<sup>3</sup>, Sápi Z.<sup>4</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest <sup>1</sup>, Dept. of Surgery, Uzsoki Hospital, Budapest <sup>2</sup>, Dept. of Oncology, State Health Centre, Budapest <sup>3</sup>, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest <sup>4</sup>,
6. **PERIAMPULLARY CARCINOMA AND CONGENITAL COMMON BILE DUCT CYST IN SITUS INVERSUS TOTALIS**  
Bencze V.<sup>1</sup>, Karlinger K.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>2</sup>, Istók R.<sup>3</sup>, Harsányi L.<sup>1</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, Department of Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest <sup>3</sup>,

7. **INCIDENCE AND HISTOLOGICAL DISTRIBUTION OF MALIGNANT NEOPLASM OF OESOPHAGUS AND GASTROESOPHAGEAL JUNCTION IN OUR ENDOSCOPIC MATERIALS OF THE PAST AND TODAY**  
Vén L., Ágoston L., Rácz F., Szegedi J., 1st Department of Medicine, Jósa András County Hospital, Nyíregyháza ,
8. **MALIGNUS OESOPHAGUS OBSTRUKCIÓ PALLIÁCIÓJA ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTEK BEHELYEZÉSÉVEL**  
Rábai K., Tolmácsi B., Nádas B., Szamosi T., Banai J., Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály ,
9. **A GYOMORRÁK ELŐFORDULÁSA ENDOSCOPOS LABORATÓRIUMUNK BETEGANYAGÁBAN (ÖSSZEHAISONLÍTÓ ADATELEMZÉS: 1986-1987. VS. 2005-2006)**  
Ágoston L.,<sup>1</sup>, Rácz F.,<sup>2</sup>, Szegedi J.,<sup>3</sup> I. Belgyógyászat, Gastroenterológia, Jósa András Megyei Kórház, Nyíregyháza <sup>1</sup>, I. Belgyógyászat, Gastroenterológia, Jósa András Megyei Kórház, Nyíregyháza <sup>2</sup>, I. Belgyógyászat, Jósa András Megyei Kórház, Nyíregyháza <sup>3</sup>,
10. **ONE-YEAR WAY OF CARCINOGENESIS OF A DUODENAL VILLOUS ADENOMA**  
Gelley A.,<sup>1</sup>, Tihanyi T.,<sup>3</sup>, Bély M.,<sup>2</sup>, Balázs C.,<sup>1</sup> Department of Gastroenterology of Polyclinic of Hospitaler Brothers of St. John of God, Budapest <sup>1</sup>, Department of Pathology of Polyclinic of Hospitaler Brothers of St. John of God, Budapest <sup>2</sup>, 1st Department of Surgery of Semmelweis University, Budapest <sup>3</sup>,
11. **COLORECTALIS DAGANATOK ELŐFORDULÁSA ENDOSCOPOS LABORATÓRIUMUNK BETEGANYAGÁBAN 1986-87 ÉS 2006-07-BEN (RETROSPEKTÍV ÖSSZEHAISONLÍTÓ ELEMZÉS)**  
Heringh Z., Rácz F., Jósa András Oktató Kórház I. Belgyógyászat-Gastroenterológia ,
12. **EUS ENDOSCOPIC PANCREAS PSEUDO-CYSTOGASTROSTOMY CASE REPORT**  
Hamvas J., Takács R., Földházi K., Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest ,
13. **ACTINOMYCOSIS OF THE GALLBLADDER. CASE REPORT**  
Pálházy T., Lukovich P., Zsirka-Klein A., Kupcsulik P., 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest
14. **NASOBILIARY DRAINAGE OF PYOGENIC HEPATIC ABSCESS (CASE REPORT)**  
Orosz P.,<sup>1</sup>, Sümegi J.,<sup>1</sup>, Tóth L.,<sup>2</sup> 2nd Dept. of Medicine, BAZ County Teaching Hospital, Miskolc <sup>1</sup>, Dept. of General and Thoracic Surgery, Health Center of Miskolc <sup>2</sup>,
15. **RARE COMPLICATION OF ULCERATIVE DISEASE**  
Graffits É.,<sup>1</sup>, Hunyady B.,<sup>1</sup>, Horváth G.,<sup>2</sup>, Mágel F.,<sup>1</sup>, Kiss E.,<sup>1</sup>, Szabados S.,<sup>3</sup>, Tóth L.,<sup>4</sup>, Viski A.,<sup>5</sup> Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Internal Medicine, Kaposvár, Hungary <sup>1</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Radiology, Kaposvár, Hungary <sup>2</sup>, Heart Institute and 1st Department of Internal Medicine, Pécs, Hungary <sup>3</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Surgery, Kaposvár, Hungary <sup>4</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Pathology, Kaposvár, Hungary <sup>5</sup>,

16. **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ELEVATED LIVER ENZYMES: CASE REPORTS**  
Korom T., Nagy I., Csajbók É., Wittmann T., 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary ,
17. **TÜNETMENTES TERHESSÉGI INTRAHEPATICUS CHOLESTASIS UDCA KEZELÉSE**  
Fehér R.,<sup>1</sup>, Fehér J.,<sup>2</sup>, Gardó S.,<sup>3</sup>, Nagy S.,<sup>4</sup> PAMOK Szülészeti - Nőgyógyászati Győr<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika Budapest<sup>2</sup>, PAMOK Szülészeti - Nőgyógyászati Győr<sup>3</sup>, PAMOK Szülészeti - Nőgyógyászati Győr<sup>4</sup>,
18. **GYÓGYSZER OKOZTA CHOLESTASIS - ESETISMERTETÉS**  
Tolmácsi B., Czeglédi Z., Szamosi T., Rábai K., Zsigmond F., Banai J., Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ ,
19. **GASTROINTESTINAL MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC MASTOCYTOSIS: TWO CASE REPORTS**  
Csak T., Balassa K., Fodor A., Horvath A., Osztoivits J., Eid H., Nagy Z., Szalay F., Demeter J., 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest ,
20. **HYPERAMMONEMIA WITHOUT LIVER DISEASE AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC PROBLEM. TWO CASES WITH MYELOMA**  
Horváth A., Nagy Z., Balassa K., Csák T., Demeter J., Szalay F., 1st Department of Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary ,
21. **TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE IN SEVERE ACUTE HEPATITIS B**  
Neumann H., Malfertheiner P., Csepregi A., Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie ,
22. **EARLY TERMINATION OF PEGYLATED INTERFERON (PEG-IFN) PLUS RIBAVIRIN (RBV) THERAPY DUE TO A PULMONARY COMPLICATION IN A PATIENT WITH CHRONIC HEPATITIS C (CHC)**  
Pálvölgyi A., Korom T., Nagy I., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Hungary ,
23. **MYCOPHENOLATE MOFETIL BEI AUTOIMMUNEN LEBERERKRANKUNGEN**  
Malfertheiner P., Zimmermann L., Csepregi A., Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg ,
24. **TABLET RESTORES TRANSMETHYLATING ABILITY IN DIFFERENT TISSUES**  
Hegedüs V.,<sup>1</sup>, Mihály Z.,<sup>1</sup>, Szijártó A.,<sup>1</sup>, Monostory K.,<sup>2</sup>, Blázovics A.,<sup>3</sup>, Sári É.,<sup>4</sup>, Szőke E.,<sup>5</sup>, Szijártó A.,<sup>1</sup> 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Science, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, Faculty of Horticultural Science, Corvinus University, Budapest<sup>4</sup>, Department of Oralbiology, Semmelweis University, Budapest<sup>5</sup>
25. **SECUNDER PREVENTION WITH ALPHA-LIPOIC ACID AND VITAMIN E IN PORPHYRIA CUTANEA TARDA PATIENTS**  
Székely E.,<sup>1</sup>, Szentmihályi K.,<sup>2</sup>, Bor M.,<sup>1</sup>, Pusztai Á.,<sup>1</sup>, Kurucz T.,<sup>3</sup>, Pallai Z.,<sup>3</sup>, Blázovics A.,<sup>4</sup> 1st National Medical Center, Budapest, Hungarian Porphyria Center<sup>1</sup>, 2nd Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences<sup>2</sup>, 3rd Diachem Kft, Budapest<sup>3</sup>, 4th Semmelweis University 2nd Department of Medicine Budapest, Hungary<sup>4</sup>,

- 26. PNEUMATURIA AS FIRST SIGN OF CROHN'S DISEASE. CASE REPORT.**  
Iliás Á.<sup>1</sup>, Tóth G.<sup>2</sup>, Benyó I.<sup>3</sup>, Taller A.<sup>1</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Dept. of Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest<sup>2</sup>, Dept. of Surgery, St. Margaret Hospital, Budapest<sup>3</sup>,
- 27. FAVOURABLE TREATMENT OF PYODERMA GANGRENOSUM WITH VISILIZUMAB IN SEVERE ULCERATIVE COLITIS CASE**  
Lőrincz M., Szalóki T., Jávorszky Ödön Kórház Vác, Gasztroenterológia ,
- 28. REFRAKTER COELIAKIA, KÖZÖNSÉGES VARIÁBILIS IMMUNHIÁNY, AVAGY A BOHOLYATROPHIA ARCAI- ESETRIPORT ÉS AZ IRODALMI ADATOK ÖSSZEGZÉSE**  
Szamosi T., Czeglédi Z., Rábai K., Banai J., Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály ,
- 29. COMPARISON OF EFFICIENCY OF LAPAROSCOPIC PROCEDURES IN GERD AND BARRETT'S ESOPHAGUS**  
Simonka Z.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Géczi T.<sup>1</sup>, Ábrahám S.<sup>1</sup>, Tóth I.<sup>1</sup>, Horváth Z.<sup>1</sup>, Pethő I.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Németh I.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>3</sup>, Rosztóczy A.<sup>3</sup>, Wittmann T.<sup>3</sup>, Lázár G.<sup>1</sup>, Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Szeged<sup>1</sup>, Department of Pathology, Faculty of Medicine, University of Szeged<sup>2</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>,
- 30. NEW MINIMAL INVASIVE METHOD IN THE TREATMENT OF MORBID OBESITY: APPLICATION OF MAGNETIC GASTRO-JEJUNOSTOMY AND GASTRO-DUODENAL DOUBLE BALLOON. EXPERIMENTAL RESULTS**  
Gerő D.<sup>1</sup>, Lukovich P.<sup>2</sup>, Kecskédi B.<sup>1</sup>, Bata P.<sup>3</sup>, Tari K.<sup>2</sup>, Kupcsulik P.<sup>2</sup>, Semmelweis University, Faculty of Medicine<sup>1</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University<sup>2</sup>, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University<sup>3</sup>,
- 31. AZ „ESPEN NUTRITION DAY” FELMÉRÉS EREDMÉNYE OSZTÁLYUNKON**  
Kalecz Z., Takács R., Szakács A., Erőss B., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Kórház I.sz. Belgyógyászati gastroenterológiai osztály
- 32. VASTAGBÉL DAGANATOK SIKERES SEBÉSZI KEZELÉSÉNEK KORLÁTAI**  
Vilhelm R.<sup>1</sup>, Éles Z.<sup>2</sup>, Horváth K.<sup>3</sup>, Forgács A.<sup>1</sup>, Jahn Ferenc, Dél-pesti Kórház, Sebészeti Osztály<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály<sup>2</sup>, Radiológiai Osztály<sup>3</sup>,
- 33. EXTRÉM KISFREKVENCIÁS, SZÉLES SÁVÚ, PULZÁLÓ ELEKTROMÁGNESES MEZŐ TERÁPIÁS ALKALMAZÁSA, EXTREMELY LOW, WIDE FREQUENCY RANGE PULSED ELECTROMAGNETIC FIELDS FOR THERAPEUTICAL USE**  
Kafka W.<sup>1</sup>, Beck J.<sup>2</sup>, Emphyspace, DE<sup>1</sup>, BEMER Medientechnik Kft<sup>2</sup>,

|                                |
|--------------------------------|
| <b>LEARNING CENTER PROGRAM</b> |
|--------------------------------|

**2008. június 9. hétfő                      12:30-13:00**

**Üléselnökök: Bene L, Gyökeres T.**

Elektív colonoscopia előkészítése (Bajor J. )  
Mucosectomia eszközei, módszerei (Döbrönte Z.)

**13:00-13:30**

**Üléselnökök: Altorjay I, Rácz I.**

Gasztroenterológiai vérző centrum kialakítása (Pécsi Gy.)  
Akut vérző betegek endoszkópiája (Orosz P.)

**13:30-14:00**

**Üléselnökök: Banai J, Nagy F.**

IBD menedzsment (Újszászy L. )  
IBS menedzsment (Bene L.)

**2008. június 10. kedd                      13:00-13:30**

**Üléselnökök: Lakatos L, Madácsy L.**

Út a terminalis ileumba (Demeter P.)  
Az ERCP szövődmenyeinek megelőzése (Gyökeres T.)

**13:30-14:00**

**Üléselnökök: Orosz P, Pap Á.**

Endosonographia a felső gasztrointesztinumban (Szepes A.)  
Epeúti drénezés (külső-, belső) (Madácsy L)

# 50. Nagygyűlés

50<sup>th</sup> Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

## ELŐADÁSKIVONATOK

### *Abstracts of Lectures and Posters*

2008.

Tihany, 06 - 11 June, 2008.  
Tihany, CLUB TIHANY, Hungary

ELNÖK  
PRESIDENT

**Rácz István**

FŐTITKÁR  
SECRETARY-GENERAL

**Hunyady Béla**

ÜGYVEZETŐ  
IGAZGATÓ

**Szalay Ferenc**

#### A bíráló bizottság tagjai

Dr. Altorjay István  
Dr. Arató András  
Dr. Banai János  
Dr. Bálint András  
Dr. Bene László  
Dr. Döbrönte Zoltán  
Dr. Figler Mária  
Dr. Gyökeres Tibor  
Dr. Harsányi László  
Dr. Király Ágnes  
Kokas Marianna

Kormosné Török Éva  
Dr. Lakatos László  
Dr. Lakatos Péter László  
Dr. Madácsy László  
Dr. Magyar Anna  
Dr. Molnár Béla  
Dr. Mózsik Gyula  
Dr. Nagy Ferenc  
Dr. Pap Ákos  
Dr. Pár Alajos  
Dr. Rácz István

Dr. Szalay Ferenc  
Dr. Szebeni Ágnes  
Dr. Székely György  
Dr. Szőnyi László  
Dr. Takács Tamás  
Dr. Tihanyi Tibor  
Dr. Tornai István  
Dr. Tulassay Zsolt  
Dr. Varga Gábor  
Dr. Wittmann Tibor

## 1.

# A GYOMORRÁK ELŐFORDULÁSA ENDOSCOPOS LABORATÓRIUMUNK BETEGANYAGÁBAN (ÖSSZEHASONLÍTÓ ADATELEMZÉS: 1986-1987. VS. 2005-2006)

Ágoston L.,<sup>1</sup> Rácz F.,<sup>2</sup> Szegedi J.,<sup>3</sup> I. Belgyógyászat, Gastroenterológia, Jóna András Megyei Kórház, Nyíregyháza<sup>1</sup>, I. Belgyógyászat, Gastroenterológia, Jóna András Megyei Kórház, Nyíregyháza<sup>2</sup>, I. Belgyógyászat, Jóna András Megyei Kórház, Nyíregyháza<sup>3</sup>,

## Bevezetés:

A gyomorrák előfordulása világszerte és hazánkban is csökkenő tendenciát mutat. Az alacsony incidenciájú területeken a lokalizáció proximális irányba tolódik.

## Anyag és módszer:

Az 1986-87-ben és a 2005-06-ban diagnosztizált gyomorrákban szenvedő betegeink adatait dolgoztuk fel retrospektív módon ((Összesen 144 (1986-87) ill. 113 (2005-06) beteg (21 -93 éves; átlag: 64,2 ill. 63,1 év)).

Minden esetben endoscopy vizsgálat és szövettani feldolgozás is történt.

Az alábbi szempontból hasonlítottuk össze a két periódus beteganyagát: Életkor- és nem szerinti megoszlás, lokalizáció, szövettani megoszlás, operabilitás, anamnesztikus adatok, HP fertőzöttség.

Külön figyelmet fordítottunk a korai gyomorrák (a 2005/06-os periódusban összesen 4 esetben diagnosztizáltunk korai gyomorrákot, mind az antrum területén) és a gyomorcsonk carcinomas (1986/87-ben 4/144 beteg (átlagéletkor: 77é)műtét óta eltelt idő átlag: 22 év 2005/06-ban 1/113 beteg (81 éves nőbeteg)műtét óta eltelt idő 37 év) esetekre.

## Következtetések:

Térségünkben az elmúlt 20 évben a gyomorrák incidenciájának szignifikáns csökkenése állapítható meg. A proximális harmad tumorok száma szignifikánsan emelkedett. Az esetek több, mint 50%-ban a daganat inoperabilis a diagnosztizálás időpontjában. Továbbra is magas a HP fertőzöttség térségünkben. A korai gyomorrák diagnosztizálásának feltételei hiányoznak (magnifying endoscopy, vitalis festékek topikal alkalmazása). A gyomorcsonk carcinoma előfordulása minimalisra csökkent.

## 3.

# DIFFERENT CYTOKINE PATTERNS IN ALCOHOLIC CIRRHOSIS, HCV-RELATED CIRRHOSIS AND PRIMARY BILIARY CIRRHOSIS

Bekő G.,<sup>1</sup> Osztoivits J.,<sup>2</sup> Visnyei Zs.,<sup>2</sup> Csák T.,<sup>2</sup> Blázovics A.,<sup>3</sup> Kovács M.,<sup>4</sup> Szalay F.,<sup>2</sup> Central Laboratory of Semmelweis University<sup>1</sup>, 1<sup>st</sup> Department Medicine of Semmelweis University<sup>2</sup>, 2<sup>nd</sup> Department Medicine of Semmelweis University<sup>3</sup>, Randox Ltd of Hungary<sup>4</sup>

The uncoordinated activation of immune system plays a central role in the pathogenesis of chronic liver diseases (CLD) irrespectively of the etiology.

We aimed to investigate cytokine patterns in three major types of cirrhosis.

The sera of 36 patients with alcoholic cirrhosis, 14 with HCV-related cirrhosis and 35 with PBC along with those of 26 healthy controls were tested for 9 cytokines (IL-1a; IL-1b; IL-2; IL-4; IL-6; IL-8; IL-10; IFN-gamma; TNF-alpha) and 3 growth factors (EGF; MCP-1; VEGF) with a Randox Biochip protein array. We also measured 21 routine chemical and hematological parameters.

There were major differences (p<0.01) in cytokine and growth factor patterns. IL-2 doubled in HCV cirrhosis compared to the control and to other CLD groups. The level of IL-6 was ten-fold higher in alcoholic cirrhosis than in control. The IL-8 increased six-fold in the case of PBC, doubled in alcoholic cirrhosis compared to the control and in HCV we measured an even lower amount than in the control. The IL-10 halved in PBC compared to the control but showed no difference in the other two cases. TNF-alpha increased in PBC. The VEGF doubled in PBC compared to the control, while it halved in HCV and showed no change in alcoholic cirrhosis. The MCP-1 halved in HCV and there was no significant change in the other two cases. In case of the EGF the values in alcoholic and HCV cases decreased to the one-tenth of control, and in PBC they were half of the amount in the control.

The altered patterns of cytokines and growth factors in liver diseases of various etiologies indicate that the role of these factors in the pathogenesis might be different. Further investigations are needed to clarify the clinical significance of the above findings.

## 2.

# VÉRZŐ GYOMORFEKÉLYEK ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE HAEMOCLIP ÉS ENDOLOOP KOMBINÁCIÓJÁVAL

Bábics I., Földiné Kiss G., Lakó K., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Endoszkópos Labor

A vérző fekélyek endoszkópos kezelése, a vérzéscsillapítás megkísérlése általánosan elterjedt rutin endoszkópos feladatnak számít.

Az endoszkópos terápiában a haemoclip-kezelés egyre elterjedtebb, de a nagyméretű fekélyek endoszkópos clipterápiája sokszor megoldhatatlan.

Az ismertetett esetekben a fekélyvérzések megállítására a fekélyszéli haemoclip-csokor endo-loopokkal történő megragadásával és összehúzásával a fekélyalapot befedtük és a fekélyvérzés megállt.

A kombinált endoszkópos vérzéscsillapítás az összes eljárás közül a legnagyobb technikai felkészültséget, az endoszkópos orvos és endoszkópos asszisztens gyakorlott együttműködését igényli.

## 4.

# PERIAMPULLARY CARCINOMA AND CONGENITAL COMMON BILE DUCT CYST IN SITU INVERSUS TOTALIS

Bencze V.,<sup>1</sup> Karlinger K.,<sup>2</sup> Tóth G.,<sup>2</sup> Istók R.,<sup>3</sup> Harsányi L.,<sup>1</sup>

1<sup>st</sup> Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Department of Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest<sup>2</sup>, 2<sup>nd</sup> Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>,

**Introduction:** Situs inversus is a rare congenital anomaly, its incidence is 1/25-80.000. Situs inversus totalis (SIT) is just a fraction of all cases. The incidence of congenital common bile duct cyst regarded as an obligate precancerous lesion given as 1/100.000-150.000. Less than ten periampullar malignant cases with SIT complication were reported between 1936-2006, only two of them were proved to be of Vater papilla origin.

**Case report:** We report a case of a 74-year-old male of known SIT anatomy. One year before his current hospitalization CT-cholangiography and ERCP examination proved a Vater papilla stricture in the background of painless obstructive jaundice. Malignancy was not proved by biopsy. MR and MRCP examinations were contraindicated due to the patient's pace-maker. EST was performed as primary treatment. Repeated biopsy confirmed the presence of carcinoma. Besides the pancreatic mass a common bile duct cyst of congenital type I was also found by surgical exploration. A pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy, resection of the extrahepatic bile-duct and cholecystectomy were performed with an R0 oncologic value. Reconstruction was performed by end-to-end pancreaticojejunum, end-to-side hepaticojejunum and duodenojejunal anastomoses. An enterocutaneous fistula evolved in the postoperative period, because of which, re-operation and re-suture of duodenojejunal orifice was carried out. Histological examination showed a grade II, T3, N0, M0 stage adenocarcinoma. Adjuvant oncological treatment was not done. In February of 2008 the patient proved to be tumor free.

## Conclusions:

1. A preoperative MR-cholangiography could have revealed the yet unrecognized clinical picture of the biliary duct disorders; so if it is not contraindicated, its application is reasonable.

2. MRCP examination would have been also appropriate to reveal "pancreato-biliary-maljunction" causing great majority of the congenital disorders of this type.

3. By presenting this case, the attention is called to the syndromes (rare even in themselves, too) not reported in an association like this.

## 5.

**CHARACTERIZATION OF A NEW ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS MODEL INDUCED BY L-ORNITHINE**

Biczó G.,<sup>1</sup> Hegyi P.,<sup>1</sup> Dósa S.,<sup>2</sup> Iványi B.,<sup>2</sup> Jármay K.,<sup>1</sup> Hracskó Z.,<sup>3</sup> Varga I.,<sup>3</sup> Varró A.,<sup>4</sup> Lonovics J.,<sup>1</sup> Gukovsky I.,<sup>5</sup> Gukovskaya A.,<sup>5</sup> Pandol S.,<sup>5</sup> Takács T.,<sup>1</sup> Rakonczay Jr. Z.,<sup>1</sup> 1st Dept. of Medicine, University of Szeged<sup>1</sup>, Dept. of Pathology, University of Szeged<sup>2</sup>, Dept. of Biochemistry and Molecular Biology, University of Szeged<sup>3</sup>, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged<sup>4</sup>, Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System, University of California, Los Angeles<sup>5</sup>,

Intraperitoneal (i.p.) administration of large doses of L-arginine is known to induce severe acute pancreatitis in rats, although the exact pathomechanism is unknown. L-arginine is metabolized via numerous different pathways. Two key enzymes that are involved in this process are nitric oxide (NO) synthase (which catalyzes the formation of NO and L-citrulline) and arginase (which produces L-ornithine and urea). The aim of the present study was to establish whether metabolites of L-arginine (L-ornithine, L-citrulline and NO) cause pancreatitis.

**Methods:** Male Wistar rats were injected with L-ornithine, L-citrulline and/or sodium nitroprusside (NO donor) i.p. Dose-response and time-course changes of laboratory and histological parameters of pancreatitis were determined.

**Results:** I.p. injection of 3 g/kg L-ornithine caused severe acute pancreatitis, whereas L-citrulline or sodium nitroprusside had no effect on the pancreas. 4-6 g/kg L-ornithine killed the animals within hours. The administration of 3 g/kg L-ornithine significantly increased the serum and ascitic amylase activities, whereas pancreatic amylase activity was decreased. Pancreatic trypsin activity significantly increased from 9-48 h. The degradation of IκB proteins correlated with elevated IL-1β levels. Pancreatic oxidative stress and increased HSP72 synthesis were also detected after L-ornithine administration. Morphological examination of the pancreas revealed massive interstitial edema, apoptosis and necrosis of acinar cells and infiltration of inflammatory cells. Large autophagic vacuoles containing zymogen granules, lipid droplets, severe nuclear damage, and dilated endoplasmic reticulum were detected in acinar cells by transmission electron microscopy.

**Conclusions:** We characterized a new, simple, non-invasive and reproducible acute pancreatitis model in the rat. L-ornithine may, at least in part, play a role in the pathogenesis of L-arginine-induced pancreatitis. Further studies are needed to investigate the pathomechanism of L-ornithine-induced pancreatitis.

Supported by OTKA, MTA and The Phys. Soc.

## 7.

**EFFECT OF HIGH RESVERATROL CONTENT RED WINE VERSUS ETHANOL ON HOMEOSTASIS IN RATS**

Blázovics A.,<sup>1</sup> Fébel H.,<sup>2</sup> Székely E.,<sup>3</sup> Bekő G.,<sup>4</sup> Szőke E.,<sup>5</sup> Szentmihályi K.,<sup>6</sup> Sárdi É.,<sup>7</sup> II. Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Research Institute for Animal Breeding and Nutrition, Herceghalom<sup>2</sup>, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences, Budapest<sup>3</sup>, Central Hospital of the Hungarian State Railways, Budapest<sup>4</sup>, Central Laboratory (Pest) of Semmelweis University, Budapest<sup>5</sup>, Department of Oral Biology, Semmelweis University<sup>6</sup>, Corvinus University of Budapest, Faculty of Horticultural Science, Department of Genetic and Plant Breeding<sup>7</sup>,

**Introduction:** S-adenosyl-methionine concentration is lowered by ethanol consumption and therefore several metabolic pathways are inhibited. The endogenous transmethylation processes occur via HCHO. Bounded HCHO level and scavenger capacity are in significant correlation, and their roles were justified in proliferative and apoptotic processes.

**The aims** were to study the transmethylation activity during red wine consumption compared to ethanol and anti-inflammatory effect of resveratrol rich (12.03mg/l) red wine. **Methods:** Rats were treated with red wine (RW) (N=5) (Egri Cuvée /10.5 ethanol/8ml/bwkgxday) and ethanol (ALC) (N=5) (10.5% ethanol/8ml/bwkgxday) for 10 days Control (C) group (N=5) was kept on water. Evidence Biochip Array Analyser was applied to quantify serum levels of interleukins. Laboratory tests were determined with Roche methods by Hitachi Modular. Redox parameters were measured with Jasco V 550 spectrophotometer and Berthold Lumat 9501 luminometer.

**Results and Discussion:** Significant differences were not observed in routine parameters among groups in general. Redox-parameters (SOD, GSHPx, scavenger capacity) were not improved during red wine treatment compared to control and alcohol treated groups, in spite of H-donating ability. It was the highest in the RW group (1.21±1.11mg/ml). IL-2 (pg/ml) level was lowered in ALC animals (1.64±2.8) compared with RW group (2.9±3.3), and IL-4 (pg/ml) was 4.42±1.29 in ALC group and RW group 2.07±1.39. CRP was significantly high in RW group: 0.17±0.26mg/dl. Transmethylation ability (HCHO µg/µl) of liver was significantly better in RW group 9.8x10<sup>-3</sup>±1.4x10<sup>-3</sup> compared with C group 6.4x10<sup>-3</sup>±1.1x10<sup>-3</sup> and significantly low in ALC group: 4.2x10<sup>-3</sup>±1.1x10<sup>-3</sup>. Results showed that red wine consumption influenced the redox homeostasis, immune reactivities and transmethylation processes, but the applied concentration was not beneficial from all points of view, especially in inflammatory parameters compared with ethanol in the same dose, in spite of the reducing capacity, which increased in the plasma and methylation ability of the liver. ETT 012/2006

## 6.

**AORTO-DUODENALIS FISTULA**

Bíró G.,<sup>1</sup> Futó Á.,<sup>1</sup> Székely G.,<sup>1</sup> Berki L.,<sup>2</sup> Szent János Hospital 1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology<sup>1</sup>, Szent János Hospital Surgery Dept.<sup>2</sup>,

A gastrointestinalis vérzések hátterében olykor szokatlan etiológia igazolódik. A szerzők egy olyan beteg esetét ismertetik, akinek előzményében ischaemiás szívbetegség, myocardialis infarctus, chronicus bronchitis, 1989-ben aorta-bifemorális bypass műtét, majd ezt követően számos rekonstrukciós érműtét szerepel. Melaena miatt végzett urgens gastroscopia során a duodenumban látott elváltozás alapján az anamnesis ismeretében felmerült aorto-duodenalis fistula gyanúja, amit a hasi CT vizsgálat is megerősített.

A szerzők összefoglalják az aorto-enteralis fistulák formáit, kialakulásuk lehetséges mechanizmusait, tüneteit, a diagnosztikus és terápiás lehetőségeket. Az esetet raritása miatt tartják közlésre érdemesnek, valamint szeretnék a figyelmet ráirányítani arra, hogy gastrointestinalis vérzés esetén az előzmények ismeretében szokatlan vérzésforrásokra is gondolni kell.

## 8.

**KERINGŐ TUMORSEJTEK KIMUTATÁSA VASTAGBÉLTUMOROS BETEGEK VÉRÉBEN**

Bubán T.,<sup>1</sup> András C.,<sup>2</sup> Szabó G.,<sup>3</sup> Sümegi A.,<sup>3</sup> Szántó J.,<sup>2</sup> Antal-Szalmás P.,<sup>3</sup> I.sz. Belgyógyászati Klinika, DEOEC, Debrecen<sup>1</sup>, Onkológiai Tanszék, DEOEC, Debrecen<sup>2</sup>, Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet, DEOEC, Debrecen<sup>3</sup>,

A perifériás vérben található kis számú, metasztatizáló képességre alkalmas tumorsejt kimutatásának klinikai jelentősége szolid tumorok esetében még nem tisztázott. A három évvel ezelőtt végzett vizsgálatainkban 41 szövettanilag igazolt vastagbél carcinomában szenvedő beteg (21 távoli metasztatizálással, Met+; 20 anélkül, Met-) és 15 egészséges kontroll vérében kvantitatív RT-PCR módszer segítségével meghatároztuk a citokeratin 20-at (CK20) kódoló RNS mennyiségét. Öt esetben a műtét során eltávolított tumorból is végeztünk meghatározást. A klasszikus tumormarkerek (CEA, CA72-4, CA19-9) szignifikánsan emelkedettek voltak a Met+ betegekben és a CK20-expresszió mértéke is emelkedést mutatott ezen betegek vérében. Magában a tumorban kb. 10000-szer magasabb volt a CK20 expresszió. A Met- betegek közül a 3 éves követési periódus során 1 beteg esetében alakult ki távoli metastasis, két évvel a vizsgálat elvégzése után. Ezen beteg vérében volt a vizsgálatkor – a Met- betegek között – a CK20-expresszió a legmagasabb. Bár a Met+ és Met- betegek CK20-expressziója szignifikánsan eltért egymástól és a követés során a legmagasabb CK20-expressziót mutató beteg esetében alakult ki metastasis, a módszer klinikai jelentőségének értékelése további, nagyobb betegpopulációt felölelő vizsgálatot igényel.

## 9.

# SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS: THIRD-LINE THERAPY FOR THE ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION

Buzás G.,<sup>1</sup> Józsan J.,<sup>2</sup> IX. District Policlinic Ltd., Gastroenterology<sup>1</sup>, National Institute of Traumatology<sup>2</sup>,

**Introduction.** First and second-line therapies fail to eradicate *H. pylori* infection in 15-35% of the cases. There are no consensus recommendations for third-line ('rescue') regimens.

**Aim:** systematic review and meta-analysis of the efficacy of furazolidone, levofloxacin and rifabutin-based regimens given as third-line therapy.

**Method.** Studies evaluating the effect of furazolidone, levofloxacin and rifabutin on the eradication of *H. pylori* were identified from Medline, EMBASE, the Cochrane Controlled Trials Register and congress abstracts. Studies concerning third-line regimens were analyzed and compared to the available data of first- and second-line therapies. The pooled eradication rates, combined Peto odds ratios and chi-square tests were calculated where appropriate. Results were expressed on an intention-to-treat basis.

**Results.** Regimens containing furazolidone were given to 148 cases as third-line therapy, achieving an eradication rate of 65.5% (95% confidence interval: 56.3-75.5), which is lower than their efficiency as first-line (80.3%, 95% confidence interval: 69.6-88.7) ( $p=0.001$ ) or second-line (76.1%, CI: 66.4-85.3) ( $p=0.002$ ) efficiency. Levofloxacin-based third-line regimens, given to 403 patients and were efficient in 76.3% (CI: 68.0-84.7) of the cases, similar to their first-line (84.6%, CI: 73.2-94.6) and second-line (77.0%, CI: 66.8-87.3) ( $p=0.001$ ) efficiency. The odds ratio for the effect of levofloxacin-based versus classical therapies was of 0.76 (CI: 0.55-0.93). Rifabutin-based third-line schedules were given to 908 patients and achieved a pooled eradication rate of 73.3% (CI: 57.8-83.6), while they were efficient in 73.7% (60.9-79.5) of the cases as second-line regimens ( $p=0.15$ ). The odds ratio for the effect of rifabutin-based regimens versus controls was of 0.72 (CI: 0.18-3.73).

**Conclusions.** Regimens based on furazolidone, levofloxacin or rifabutin are all plausible alternatives for third-line treatments in patients after failed standard therapies. The overall efficiency of the third-line regimens is between 65-76%.

## 11.

# ÄTIOLOGIE DES HEPATOZELLULÄREN KARZINOMS IN MAGDEBURG: DATEN VON 396 PATIENTEN

Csepregi A., Zimmermann L., Malfertheiner P., Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg

**Hintergrund:** Das hepatozelluläre Karzinom (HCC) ist einer der häufigsten malignen Tumoren weltweit. Zu den wichtigsten ätiologischen Faktoren zählen in Europa die chronischen Virushepatitiden, die hereditäre Hämochromatose und der Alkoholkonsum.

**Ziel:** war die Ätiologie der Patienten mit HCC in unserer Klinik zu untersuchen.

**Ergebnisse:** Zwischen 1994 und 2007 wurden Patienten mit HCC retrospektive evaluiert. Von 558 Patienten konnte bei 396 Patienten ein kompletter Datensatz erhoben werden. Es handelte sich um 82 Frauen und 314 Männer, das mittlere Alter lag bei 65 Jahren. Vor 2001 lag der Anteil der Frauen mit HCC bei 23,6%. Zwischen 2001 und 2007 konnte aber ein Rückgang des Frauenanteils auf 16,2% gezeigt werden. Mehr als die Hälfte der erkrankten Patienten wiesen eine Alkohol-induzierte Lebererkrankung auf. Im Vergleich zu den Daten zwischen 1994 und 2000 war eine diskrete Zunahme der alkoholischen Lebererkrankung (48,4% vs. 56,5%,  $p=ns$ ) zwischen 2001 und 2007 zu beobachten. Nur bei einem Viertel der HCC-Fälle lag eine chronische Virushepatitis (HBV: 5,8% und HCV: 19,2%) vor. Eine Überlappung von chronischer Hepatitis C und chronischem Alkoholkonsum wurde bei 12 Patienten (3%) diagnostiziert. Die Häufigkeit einer chronischen Hepatitis C als Ursache des HCC ging von 26,9% auf 12,6% ( $p < 0,01$ ) in den letzten 7 Jahren in unserer Klinik zurück. Über einen chronischen Nikotinkonsum berichteten 40,2% der Patienten. Bei etwa 20% der Patienten konnte kein ätiologischer Faktor nachgewiesen werden, wobei es zu einem langsamen Rückgang der unklaren HCC-Fälle (1994-2000: 23,1% vs. 2001-2007: 16,2%) kam. Eine Leberzirrhose lag bei 95% der Patienten im Zeitpunkt der Diagnose vor.

**Schlussfolgerung:** In Sachsen-Anhalt ist die führende Ursache des HCC nach wie vor der chronische Alkoholkonsum und spielt die chronische Hepatitis C nur eine untergeordnete Rolle.

## 10.

# GASTROINTESTINAL MANIFESTATIONS OF SYSTEMIC MASTOCYTOSIS: TWO CASE REPORTS

Csak T., Balassa K., Fodor A., Horvath A., Osztoivits J., Eid H., Nagy Z., Szalay E., Demeter J., 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest ,

**Background:** Systemic mastocytosis, clonal disorder of the mast-cell progenitors is associated with activating mutations of the c-kit gene. Gastrointestinal symptoms are present in 80% of patients, mainly due to mast-cell degranulation. On the other hand mast-cells could infiltrate the gastrointestinal tract causing diagnostic problems. The disease may present with hepatosplenomegaly, portal hypertension, cholestasis and/or protein-losing enteropathy. We report two systemic mastocytosis cases with hepatic involvement.

**Case 1.:** 68 yrs old female patient presented with extreme hepatosplenomegaly, small amount of ascites, peripheral edema, moderate thrombocytosis, lytic bone lesions of the ribs, vertebrae and cranium. She was admitted to the gastroenterology outpatient unit. Gastroduodenoscopic biopsy proved significant mastocytic infiltration of the ventricle and duodenum. Bone marrow biopsy verified significant infiltration (55-60%) of the bone marrow with CD117 positivity and wild type c-kit gene. The pathomechanism of ascites was combined consequence of portal hypertension, and that of protein-losing enteropathy caused hypalbuminaemia. Hypcholesterolemia indicated the reduced synthesis and also the decreased absorption. Imatinib treatment was introduced.

**Case 2.:** 34yrs old male patient was admitted to the hepatology outpatient unit because of mildly elevated transaminase levels. Six months earlier hyperpigmented red-brown macules developed. Skin biopsy was performed which proved cutan mastocytosis (urticaria pigmentosa). The presented case is an example of systemic mastocytosis with elevated transaminase levels. No other disease was found in the background of abnormal liver function tests.

**Conclusions:** Gastroenterologist and hepatologist should consider mastocytosis in the background of gastrointestinal abnormalities, although in the absence of typical skin manifestation of the disease.

## 12.

# DISCITIS AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC QUESTION FOR THE GASTROENTEROLOGIST.

Csikós D.,<sup>1</sup> Takács E.,<sup>1</sup> Horváth K.,<sup>2</sup> Varga P.,<sup>3</sup> Teller A.,<sup>1</sup> 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Dept. of Diagnostic Radiology, National Institute of Oncology, Budapest<sup>2</sup>, National Centre for Spinal Disorder, Budapest<sup>3</sup>,

**Background:** There are many causes of acute pancreatitis, but alcohol is in the first place. Two of the following three signs: abdominal pain, at least threefold elevation of serum amylase/lipase and specific CT signs are necessary to diagnose acute pancreatitis. Abdominal pain is the major symptom, characteristically located in the epigastrium and it often radiates to the back and chest. Low grade fever and leukocytosis occur frequently. Non-pancreatic disorders even intracranial events and trauma may cause amylase/lipase elevation.

**Case report:** A 55 year old woman with diarrhoea, vomiting, fever and abdominal pain was admitted to a medical ward. Slightly elevated lipase, normal amylase, elevated GGT, ALT, AST, CRP and blood sedimentation rate were found. Abdominal ultrasound and CT scan were negative repeatedly. The diagnosis acute pancreatitis was made. Three weeks later she came to our GI outpatient clinic because of worsening of the pain. Pain worsened by movements and radiated almost to the scapula. Chest, abdominal and dorso-lumbar spine X-rays were normal as well as abdominal US and abdominal and chest CT scans. Anaemia was detected. On dorsal spine MR typical signs of discitis between Th. VI and VII vertebrae were detected, with a paravertebral abscess. She was operated on. Microbiology revealed *Staphylococcus aureus* infection of the disc.

**Conclusions:** Gastroenterologists and physicians have to think also on discitis as a differential diagnostic possibility especially in patients with atypical pain. Discitis is a rare and perhaps underestimated disorder with uncertain origin, with poor and almost no typical signs, but in cases with back pain, fever and leukocytosis it should be taken into consideration. One should keep in mind that not spine neither X-ray, nor CT scan, but only MR is the proper diagnostic tool for discitis.

## 13.

**UNEXPLAINED ELEVATION IN SERUM PANCREATIC ENZYMES**

Czakó L., Vajda Á., Wittmann T., 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged

**Background and Aims:** Considerably elevated levels of serum amylase and/or lipase are generally diagnostic of acute pancreatitis. We describe two cases associated with marked hyperamylasemia and hyperlipasemia, but without any evidence of pancreatic disease.

**Patients and Results:** A young male and a female patient had earlier been admitted to local hospitals with ulcerous and dyspeptic complaints. In both cases, the serum and urinary amylase levels were elevated, and these findings led to the erroneous diagnosis of acute pancreatitis. Hyperamylasemia had not been previously detected in either case. They both had a negative clinical history and neither of them was a smoker or a drinker. Treatment was started for acute pancreatitis. Their complaints abated, but the serum pancreatic enzyme levels remained markedly elevated. They were therefore referred to our tertiary center, where the serum and urinary amylase and serum lipase levels proved to be elevated. Because of the absence of pain and the normal abdominal computer tomography picture, neither patient was hospitalized. Both of them remained free of complaints during the 12-month follow-up. The enzyme concentrations remained highly elevated, though with wide fluctuations, and transient normalization was occasionally observed. Repeated abdominal ultrasonography and magnetic resonance cholangiopancreatography revealed a normal pancreas. Upper endoscopy demonstrated a normal main papilla, but with erosions in the duodenal bulb of the male patient and reflux esophagitis in the female patient. Treatment with a proton pump inhibitor and *Helicobacter pylori* eradication did not lead to normalization of the pancreatic enzyme levels in the serum in either case. The sweat chloride concentration and exocrine pancreatic function were normal in both subjects.

**Conclusions:** The possibility of hyperamylasemia and hyperlipasemia without pancreatic disease should be borne in mind, so as to avoid a misdiagnosis and unnecessary, often costly diagnostic and therapeutic activity. Hyperenzimemia might be caused by an increased rate of entry of pancreatic enzymes into circulation.

## 14.

**THE BIOACTIVITY OF MULTIDRUG RESISTANCE TRANSPORTER PROTEINS IS INCREASED IN HUMAN ESOPHAGUS CANCER-DERIVED MYOFIBROBLASTS**

Czepán M.<sup>1</sup>, Ózsvári B.<sup>1</sup>, Ignáth I.<sup>1</sup>, Márki-Zay J.<sup>5</sup>, Lonovics J.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Lázár G.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>3</sup>, Varró A.<sup>4</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rakonczay Z.<sup>1</sup>, University of Szeged, 1st Department of Medicine <sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Surgery <sup>2</sup>, University of Szeged, Department of Pathology <sup>3</sup>, University of Liverpool, Department of Physiology <sup>4</sup>, Solvo Biotechnology, Central Hungarian Innovations Center, Budapest <sup>5</sup>,

**Background & Aims:** The expression of multi-drug resistance (MDR) transporter genes can cause the ineffectiveness of chemotherapeutics for the treatment of cancer. Our aim was to investigate the bioactivity of MDR proteins in human normal (NM) and esophagus cancer-derived myofibroblasts (CDM). **Methods:** Myofibroblasts were isolated from surgically resected esophageal cancers and adjacent "normal" tissue. "Normal" tissues adjacent to esophageal tumors were taken from macroscopically normal esophageal mucosa at least 2 cm from the tumor margin. The bioactivity of MDR transporters was measured using the fluorescent dye calcein (Solvo Biotechnology, Budaörs, Hungary). Briefly, pure primary myofibroblasts were grown on glass coverslips in culture media and then were bathed in standard HEPES solution at 37°C and loaded with the membrane permeable acetomethoxy derivative of calcein (2 µmol/L) for 50 min. The initial rate of calcein fluorescence (which is dependent on the efflux of calcein from the cells via MDR transporters), the maximal calcein fluorescence and calcein wash-out from the cells were measured.

**Results:** The initial rate of calcein fluorescence and maximal fluorescence intensity of calcein in the cells were significantly lower (approximately half) in CDM vs. NM. Since calcein-AM enters the cells via diffusion and the liberated calcein leaves the cell via MDR transporter proteins, these results suggest that MDR proteins are more active in CDM than in NM. In addition, the fluorescence intensity decreased more rapidly in CDM vs. NM during the wash-out period.

**Conclusions:** The bioactivity of MDR proteins is higher in CDM vs. NM. This fact may have an impact on the use of chemotherapeutics in the treatment of esophageal cancer. The work was supported by an NKTH Asboth Grant (XTPPSRT1).

## 15.

**MRCP AND ERCP: COMPETITIVE OR COMPLEMENTARY?**

Dancs N.<sup>1</sup>, Hussam S.<sup>1</sup>, Paukovics Á.<sup>2</sup>, Horváth Z.<sup>3</sup>, Rácz L.<sup>1</sup>, Petz Aladár County and Teaching Hospital, 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology <sup>1</sup>, Medical Center, Győr <sup>2</sup>, Széchenyi István University, Győr, Department of Mathematics and Computational Sciences <sup>3</sup>,

**Background:** Magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) is a non-invasive alternative to diagnostic endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for investigating the biliary and pancreatic ductal systems. With the use of MRCP the unnecessary complications of the diagnostic ERCP may be prevented. The aim of the study was to compare the findings of MRCP with those of ERCP in patients with suspected biliary obstruction.

**Methods and aims:** Between the year 2005 and 2007, 106 patients underwent MRCP examinations in Győr, in the International Medical Center. The numbers of MRCP increased rapidly in each year. In 36 cases, both MRCP and ERCP were performed. Time period between the two examinations was variable, it was 25 days in average. The findings of these two different type of examinations were evaluated and compared in these 36 cases. ERCP findings and/or surgical data were supposed to be true positive results.

**Results:** MRCP was performed due to cholestasis, upper abdominal pain and positive abdominal ultrasonography indicating biliary obstruction. In 23 cases, the MRCP and ERCP resulted the same diagnosis. In papillary diseases the MRCP sensitivity compared to ERCP was 64%, with a specificity of 92%, and positive predictive value of 78%. In choledocholithiasis cases MRCP sensitivity was 73%, specificity was 92%, and the positive predictive value was 80%. In common bile duct stenosis or tumorous cases MRCP sensitivity was 60%, with a specificity of 81%, and the positive predictive value was 55%. Out of the 106 cases, 19 underwent operation. There were only 7 out of the 19, who were operated on based on MRCP findings without ERCP. When comparing the diameters of the common bile ducts detected by MRCP and ERCP, we found that the maximal common bile duct diameter were significantly ( $P=0,025$ ) higher achieved by ERCP.

**Conclusion:** MRCP, as a non-invasive procedure is an optimal diagnostic method in papillary diseases and especially in large common bile duct stone cases. MRCP is recommended as first diagnostic option in the algorithm of biliary and pancreatic diseases, if preliminary test does not indicate clearly the need of therapeutic ERCP.

## 16.

**MÁJÁTÜLTETÉS INDIKÁCIÓI GYERMEKKORBAN. HAZAI TAPASZTALATOK.**

Dezsőfi A.<sup>1</sup>, Kóbori L.<sup>2</sup>, Görög D.<sup>2</sup>, Fehérvári I.<sup>2</sup>, Máthé Z.<sup>2</sup>, Burdelski M.<sup>3</sup>, Szőnyi L.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekklinika, Budapest <sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinika, Budapest <sup>2</sup>, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kinderklinik Kiel <sup>3</sup>,

A májátültetés gyermekkorban is elfogadott eljárás a terminális májbetegségek kezelésére. Történelmi szempontból kezdetben a cadaver donor átültetés terjedt el, de a szervhiány, illetve a növekvő igények miatt az élődonor májátültetés egyre inkább teret nyer.

A gyermekkori májátültetések indikációja jelentősen eltér a felnőttekéétől. Vizsgálati célunk volt áttekinteni a magyarországi gyermekek körében történt májátültetések indikációit.

1992-2007 között 68 magyar gyermeknél 73 májátültetés (OLTx) történt, ebből 34 volt fiú és 34 lány, átlag életkoruk transzplantációkor 5.3 év. Negyven esetben külföldi centrumban (Hamburg, Kiel) történt a transzplantáció (58%), míg a többi 28 gyermeknél a Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinikáján.

Tizenhárom esetben (19%) az ok akut májelégtelenség volt (gombamérgezés, gyógyszerintoxicáció, illetve Wilson kór). Az indikációk tekintetében a betegek 81%-ban krónikus májbetegség talaján kialakult májbetegség tette szükségessé a májátültetést. A 2 év alatti betegek túlnyomó többségében extrahepatikus biliaris atresziát követően kialakult májcirrhosis, 1-1 esetben Alagille szindróma, PFIC2, alfa-1 antitripszin hiány, illetve neonatalis hemochromatosis volt az indikáció. A 2-6 éves kor között transzplantált gyerekek között biliaris atresia, Alagille szindróma, primer sclerosáló cholangitis (PSC), cryptogén májcirrhosis, valamint akut májelégtelenség szerepelt indikációként. Hat éves kor felett policisztás vesebetegséghez társuló májfibrosis, PSC, Wilson kór voltak a főbb indikációk, illetve az akut átültetések ¾-e is ekkor történt. Két gyermeknél kombinált, máj-, és veseátültetés történt végállapotú policisztás máj és vesefibrosis miatt.

A magyarországi gyermekek májátültetési indikációi megfelelnek a más nemzetközi centrumokban tapasztalhatókhöz. Hat éves kor alatt a vezető indikáció a cholestasisal járó májbetegség, míg e kor felett a szerzett májbetegségek.

## 17.

**COLONOSCOPOS VIZSGÁLAT 80 ÉV FELETT – AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS SZEMSZÖGÉBŐL**

Dózsa L., Gaál E., Schafer E., Rusznyák K., Varsányi M., Gyökerez T., Banai J.,

Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest ,

**Bevezetés:** Az utóbbi években a 80 év feletti életkorban elvégzett endoszkópos vizsgálatok és beavatkozások száma nő. Ennek hátterében az életkor előre haladtával mind gyakrabban előforduló colorectalis polypok, tumorok, következményes colorectalis műtétek, valamint széklet benzidin pozitivitás és acut gastrointestinalis vérzés állnak. Heveny vérzés esetén a beteg vizsgálata kihívást jelent mind az előkészítés, mind a vizsgálat során. A beteg kora, kísérőbetegségei és a vérzés aktivitása miatt időnként individuális előkészítésre kényszerülünk. Tervezett colonoscopia előkészítése során figyelembe kell vennünk a beteg korát, kísérőbetegségeit (különös tekintettel a cardiovascularis történésekre, ritmuszavarokra, diabetesre), rendszeresen szedett gyógyszereit. Az előkészítés kapcsán a colon élettani működésébe is beavatkozunk, amelynek következtében a víz- és elektrolit transzport jelentősen megváltozik, ezek a változások hyper-, illetve hypovolaemiát és a szérum elektrolit szintek kóros irányba való eltolódását eredményezhetik. Mindemellett fontos, hogy az előkészítés sikeres legyen, azaz a teljes colon vizsgálhatóvá váljék. Vizsgálat során a puffadás, fájdalom és az anamnézisben szereplő hasi műtétek okozta következmények jelentenek kihívást a vizsgálok számára. Betegek és módszer: osztályunkon fél éves periódus alatt összesen 1361 colonoscopyt végeztünk, ebből 155 esetben 80 éves kor feletti betegben. Az idősebb betegeknek ritkábban volt szükség premedikációra, az előkészítés gyakrabban volt sikertelen (33,6 vs. 25,8%). A diagnosztikus pontosság tekintetében lényeges különbséget nem észleltünk, a sikeres total colonoscopia aránya kisebb (62,5%), a szövődésménnyaráta magasabb (2,6%) volt az idősebb betegekben.

**Következtetés:** Az idős betegek colonoscopia vizsgálatát és előkészítését szoros odafigyelés mellett (infúzió, káliumpótlás, orális tápszerekiegészítés) biztonságos és sikeres. Heveny vérzés esetén megfelelő előkészítés mellett terápiás vérzéscsillapítást is végezhetünk, ezáltal sok esetben elkerülhető a nagyobb rizikójú műtéti megoldás.

## 19.

**PANCREATITIS GYERMEKKORBAN-ESETEINK 15 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN**

Lásztity N., Lőrincz M., Szabó A., B. Kovács J., Heim Pál Gyermekkorház,  
Gasztroenterológiai és Nephrológiai osztály, Budapest ,

Pancreatitis gyermekkorban ritka megbetegedés, az akut forma leggyakoribb kiváltó okaként trauma és infekció szerepel. A krónikus formák hátterében fejlődési rendellenesség, autoimmun gyulladás, cystas fibrosis, öröklődő enzimdefektus állhat.

1990 és 2005 között gasztroenterológiai osztályunkon 5 gyermeket kezeltünk akut pancreatitis miatt (kor: 5-12 év, fiú/lány: 2/3). Mind az öt esetben krónikus pancreatitis akut exacerbatioja igazolódott. A krónikus gyulladás fenntartásában az ismételt kórházi kezelések során végzett képalkotó vizsgálatokkal (hasi UH és CT, ERCP, MR cholangio-pancreatographia) 2 esetben pancreas divisum, egy esetben ismeretlen eredetű enyhe fokú krónikus gyulladás, egy esetben társuló betegségként dermatomyositis és hosszú távú szteroid kezelés, egy esetben obstruktív krónikus pancreatitis igazolódott, mely a cholelithiasis és a Wirsung-vezeték stentelését tette szükségessé. Három gyermeknél igazolódott társuló rizikófaktoroként hyperlipidaemia. Két esetben a gyakori akut exacerbatiók miatt részleges pancreas resectio történt, 1 gyermeknél splenectomia, a másik esetben Wirsungo-jejunostoma képzés vált szükségessé. A krónikus gyulladás szövődésményeként pseudocysta, subfrenikus folyadékgyülem, pancreato-pleuralis fistula miatti pleuralis effusio alakult ki. Az akut pancreatitis enyhe eseteiben konzervatív kezelést, közepesúlyos formákban jejunalis táplálást alkalmaztunk a szupportív terápia mellett.

Gyermekkorban akut hasnyálmirigy gyulladás kialakulhat krónikus pancreatitis talaján is. Kivizsgálásunk során gondolnunk kell a fejlődési rendellenességekre, melyek tartós panaszokat, súlyos fokú exacerbatiókat és szövődésményeket válthatnak ki.

## 18.

**INFLIXIMABBAL SZERZETT TAPASZTALATAINK A COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉBEN**

Czeglédi Z., Szamosi T., Banai J.,

Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ,

2006-os bevezetése óta osztályunkon 13 colitis ulcerosus beteget kezeltünk infliximabbal. 5 mg/ttkg indukciós dózist adtunk a 0., 2. és 6. héten szteroid dependens, súlyos colitis ulcerosa miatt. Meszalizint és szteroidot minden beteg, immunszuppresszáns kezelést 11/13 (85%) beteg kapott a biológiai terápia bevezetésekor.

A terápia bevezetése utáni 8. héten 12/13 beteg (92%) reagált a kezelésre, ami az irodalmi adatokkal összehasonlítva (ACT1/ACT2 vizsgálat) csaknem 30%-kal magasabb hatékonysági rátát jelent. A 30. héten vizsgált 10 betegből 6 (60%) volt remisszióban vagy mutatott enyhe aktivitási tüneteket, ami már az irodalmi adatokkal csaknem egyező válaszreakciót tükröz. 3/10 (30%) betegnél a fenntartó kezelés alatt a hatásosság csökkenését észleltük, ezért a kezdeti jó terápiás válasz miatt a fenntartó infúziók közötti időt csökkentettük, majd a dózist növeltük, ami kezdetben hatékonynak bizonyult, azonban a feltételezett növekvő antitest titer miatt a gyógyszer hatástalanná vált. Az indukciós terápiára nem reagáló betegnek fenntartó terápiát nem adtunk, a 30. heti vizitinnél, szteroid mentesen, közép súlyos aktivitási tüneteket mutatott. A 6 remisszióban levő betegből 4 kapott a 30. héten is fenntartó kezelést, 2 betegnél az azathioprin és meszalizin terápia is elégségesnek bizonyult a nyugalmi állapot fenntartására.

A kezelések során szövődemény nem alakult ki. A terápiára nem reagáló betegeknek sem észleltünk olyan fokú állapotromlást ami műtétet tett volna szükségessé. Az extraintestinalis tünetek kezelésében a Crohn betegeknél tapasztaltakhoz hasonlóan hatékonynak bizonyult az infliximab terápia.

Saját tapasztalataink alapján az infliximabot a súlyos, szteroid dependens colitis ulcerosa indukciós terápiájára kifejezetten hatékonynak tartjuk, azonban a jó válaszreakciót a betegek csaknem egy harmada elveszíti, így fenntartó terápiára csak - a kezdetben akár remisszióba is kerülő betegek - egy részénél alkalmas.

## 20.

**GYÓGYSZER OKOZTA CHOLESTASIS - ESETISMERTETÉS**

Tolmácsi B., Czeglédi Z., Szamosi T., Rábai K., Zsigmond F., Banai J.,  
Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ

Irodalmi adatok szerint a különböző gyógyszermellékhatásoknak hozzávetőleg a 2-3 %-a éri a májat. Ez jelenthet többek között hepatocelluláris vagy cholestaticus károsodást valamint előfordulhat a kettő kombinációja is.

Első esetünk, egy 32 éves férfi, akinek az anamnézisében családi halmozódást mutató Gilbert syndroma szerepelt. Felvételére fokozódó icterus, fogyás és hasmenés miatt került sor. Tüneteit megelőzően másfél hónapig napi 15 mg stanazolol szedett fitness edző javaslatára, testépítő célzattal. Második betegünk, egy 23 éves férfi pánikszindróma miatt 3 hónapja citalopram terápiát kapott amikor fokozódó sárgaság, bőrvizketés miatt jelentkezett ambulanciánkon. Laboratóriumi leletekből az első betegnél 815 umol/l –ig emelkedő összbilirubin (direkt:537 umol/l), 805 U/l alkalikus foszfatáz, 118 U/l GOT és 145 U/l GPT maximum érték, míg a második betegnél 529 umol/l szérum összbilirubin (direkt:337 umol/l) szint és a normál érték felső határát meg nem haladó GOT/GPT érték emelendő ki. Hepatotrop vírusfertőzést, HIV infekciót, autoimmun betegséget, epeúti elfolyási akadályt kizártunk. Mindkét betegnél ursodeoxycholsav és cholestyramin terápia került bevezetésre, valamint a feltételezett gyógyszer mellékhatás miatt minden egyéb gyógyszeres terápiát felfüggesztettünk. A stanazolol illetve a citalopram terápia elhagyása után 6-8 héttel észleltük a kóros laborparaméterek szignifikáns csökkenését.

Tekintettel arra, hogy a gyógyszer indukálta cholestasis konzervatív terápia mellett – az irodalmi adatok szerint- kb 6 hónap alatt teljes regressziót mutat invazív diagnosztikus vizsgálatok (májbiopsia, ERCP) egyelőre nem végeztünk. Mindkét beteg most is rendszeresen kontrolláljuk, panaszmentesek, jelenleg a cholestasist okozó gyógyszerek elhagyása után 12 ill. 14 héttel mérsékelt szérum bilirubin emelkedés észlelhető, aminek azonban normalizálódása várható.

## 21.

# COLORECTALIS DAGANATOK ELŐFORDULÁSA ENDOSCOPOS LABORATÓRIUMUNK BETEGANYAGÁBAN 1986-87 ÉS 2006-07-BEN (RETROSPEKTÍV ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉS)

Heringh Z., Rác F., Jósa András Oktató Kórház I. Belgyógyászat-Gastroenterológia

Az utóbbi időben a szakirodalomban elfogadottnak tekinthető az a tény, hogy a proximális colorectalis carcinomák száma növekszik, a distalis CRC esetek száma csökken.

20 év távlatából az Endoscopy Laboratóriumunk beteganyagában vizsgáltuk a CRC-s betegeket, összehasonlítva az 1986-87-es éveket a 2006-07-es évekkel.

Retrospektíve elemeztük az adatokat, különös tekintettel a daganatok elhelyezkedésére, de vizsgáltuk a nem, az életkor, a szövettani típus megoszlását is.

1986-87-ben 48 CRC esetet diagnosztizáltunk, 2006-07-ben 414 betegnél találtunk colorectalis daganatot.

Az utóbbi két év adatait elemezve megállapítottuk, hogy betegeink között a szakirodalmi tendenciák nem érvényesülnek, továbbra is a distalis típusú vastagbélrákok dominálnak.

## 23.

# ILEITIS TERMINALIS (cd) AND LEIOMYOSARCOMA: AMONG THE FIRSTS DISCOVERED IN VIVO AND PREOPERATIVELY. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW UPON POSSIBLE COMMON PATHOMECHANISM

Lukács M.,<sup>1</sup>Csécsei P.,<sup>2</sup>Tornóczy T.,<sup>3</sup> Szent Lukács Ekht, Internal Med., Dombóvár<sup>1</sup>, ÁOK, Univ. of Pécs<sup>2</sup>, Pathology Dept. ÁOK, Univ. of Pécs<sup>3</sup>,

**Introduction:** The smooth muscle tumours, like in the presented Crohn (CD) patient, are the second most frequent mesenchymal neoplasms - after GIST - in the gastrointestinal tract. Chronic inflammations - as CD - in general have a regeneration generating affect. Recently showed in IBD high  $\alpha$ CD/ $\alpha$ DA ratio, that leads to adaptive, but unbalanced DNA repair mechanism responsible for MSI (microsatellite instab.)

**Aim:** To discuss how far can we get back to Virchow in the mirror of some new theories (reactiv oxygen and nitroso substances vs antioxydants) and diagnostic methods (urine test of  $\alpha$ CD,  $\alpha$ DA ethenonucleotides)?

**Patient/Case:** The age at onset of CD was 65 ys in a lady with some years of non-constant diarrhoea and weight loss. The first finding was bleedable polypoid pyogen granuloma near the Bauchin. CT-colonography showed thickening of the terminal ileum (TI). Authors started budesonide+mesalazine therapy. The correct diagnosis was born from the growing polypoid laesion harbouring in a diverticulum or fistula after 15 months of follow up (c-kit neg. leiomyosarcoma; mixed cell - FNCLCC III grade with very high proliferation activity) with right hemicolectomy+ileal resection consequence. The operation-specimen showed the mentioned tumour (pT2pN0cM1 LYM grade)together with granuloma positive CD of the ileo-coecal region. Oncologists added Vepesid-holoxan-uromitexan-cisplatin chemotherapy. Redundant reoperation happened. The remnant of TI shows activity on repeated endoscopies, with low Best index. There is a 5 ys survivor: recently complaintless with general well being.

**Conclusion:** The co-existence of CD and leiomyosarcoma is not well established. The preoperative diagnosis of this possible association is an absolute rarity. There are existing tools to discover when chronic inflammation turns to cancer. Authors postulate that in deep inflammation smooth muscle elements might have been involved and reparative processes have spinned up till the tissue could have been turn into tumour formation.

## 22.

# A FISH TECHNIKA SZEREPE A HELICOBACTER PYLORI ANTIBIOTIKUM REZISZTENCIA KIMUTATÁSÁBAN

Lotz G.,<sup>1</sup>Kiss A.,<sup>1</sup> Halász J.,<sup>1</sup> Szirtes L.,<sup>1</sup> Fintha A.,<sup>1</sup> Bene L.,<sup>2</sup>Buzás G.,<sup>3</sup>Éles Z.,<sup>4</sup>

ártó A.,<sup>5</sup>Schaff Z.,<sup>1</sup>, II. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézete, Budapest<sup>2</sup>, Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat, Budapest<sup>3</sup>, Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórháza, Budapest<sup>4</sup>, I. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>5</sup>,

**Bevezetés:** A fluoreszcens in situ hibridizáció (FISH) alkalmazásával ma már nemcsak az onkológiai diagnosztikában, de egyes fertőzések kórképek esetében is új információkat nyerhetünk. A gyomor Helicobacter pylori (H. pylori) fertőzése esetében az idült gastritis, fekélybetegség, illetve a késői szövödmények elkerülésére panaszok esetén gyógyszeres eradikáció történik. Az elsőként választandó kombinációs kezelés része a clarithromycin, melynek semlegesítésére az esetek egy részében a H. pylori rezisztencia-mutációt hordoz. Ennek kimutatásával elkerülhető a felesleges kezelés, így a kezelési idő és a mellékhatások csökkentése mellett költségmegtakarítás is elérhető.

**Célkitűzés:** a H. pylori clarithromycin rezisztencia mutációját kimutató FISH módszer alkalmazása gyomorbiosztiák esetében, vizsgálva a módszer előnyeit és korlátait, továbbá felmérve ezen antibiotikum rezisztencia gyakoriságát. Anyag és módszer: Az intézetünkbe 2005-2007. évek során érkezett gyomorbiosztiás anyagokból 2414, a standard patológiai diagnosztika során H. pylori pozitívnak bizonyult szövetmintát vizsgáltunk SeaPro SeaFast H. pylori Combi FISH Kit-tel. Ebből 720 esetben a H. pylori immunhisztokémiai kimutatását is elvégeztük.

Eredmények: A H. pylori Giemsa festésen alapuló hisztológiai diagnózisa az esetek 92%-ában helyesnek bizonyult. Az immunhisztokémiailag H. pylori pozitív esetek FISH vizsgálattal is pozitívnak bizonyultak. A H. pylori clarithromycin rezisztencia aránya 18,5%-os volt. A H. pylori-t alacsony csíraszámban tartalmazó esetekben 12%, közepes fertőzöttség esetén 20%, míg a kórokozó fokozott jelenléte esetén 21% volt a rezisztens esetek aránya.

**Következtetések:** A panaszt okozó H. pylori fertőzések közel ötödében a kórokozó clarithromycin rezisztens. Az erős H. pylori fertőzöttséget mutató esetekben a clarithromycin rezisztencia valószínűsége jóval nagyobb, mint kis számú kórokozó jelenléte esetén. Tapasztalataink alapján a teszt megbízható, a gyakorlatban jól használható, az eljárás alkalmazása pedig a terápia számára kézenfekvő előnyöket kínál.

## 24.

# HEMOSZTÁZIS A FELSŐ TÁPCSATORNAI NEM VARIX EREDETŰ VÉRZÉSEKBE MA MAGYARORSZÁGON.

Novák J., Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza, III.sz. Belgyógyászat, Gyula

**Bevezetés:**Világszerte törekvés a felső tápcsatornai vérzések diagnosztikájának és ellátásának egységesítése. Hazánkban van már egységes ellátási protokoll, de nem tudjuk a jelenkori feltételek mellett teljesíthető-e ezek, a hazai endoszkópos munkahelyeken?

**Célkitűzés:** Az MGT Endoszkópos (2007 szeptember, 08. Gyula) szekció ülésén, kerekasztal megbeszélés keretén belül, a haemosztázissal kapcsolatos kérdésekre adott válaszok ( szóbeli és írott) alapján mértük fel a magyarországi helyzetet.

Módszer: 92 kérdőív valamint a 7 expert véleménye lett feldolgozva valamint összehasonlítva a nemzetközi irodalmi adatokkal.

**Eredmények:** Minden munkahelyen 12 órán belül elvégzik az urgens endoszkópiát. A tonogénes injekció használata a leggyakoribb, de a munkahelyek több mint 50%-ban más vérzéscsillapító metodika is rendelkezésre áll. A kérdezettek 47 %-a végez second look endoszkópiát 72 órán belül, a többi csak újrárvzés esetén. Aktív vérzésben senki nem vesz biopsziát Helicobacter pylori meghatározására. A kérdezettek 100% -a szerint, a vérző betegeket kórházi körülmények között kell kezelni, és a válaszadók 55%-nál megoldott a vérző szubintezív jellegű részleg.

**Következtetés:** A felmérés alapján a felső tápcsatornai vérzések diagnosztikája és ellátása ma Magyarországon megfelelő és megközelíti a nyugat- Európai ellátási szintek színvonalát.

## 25.

CROHN SZÉRUM ÉS TNF $\alpha$  HATÁSA HUVEC eNOS EXPRESSZIÓJÁRA

Palatka K.,<sup>1</sup> Veréb Z.,<sup>2</sup> Serfőző Z.,<sup>3</sup> Altorjay I.,<sup>1</sup> 2 Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem<sup>1</sup>, Immunológiai Intézet, Debreceni Egyetem<sup>2</sup>, MTA Balatoni Limnológiai Intézet, Tihany<sup>3</sup>,

Crohn betegségben a szegmentális jelleg, a bélfal, a nyálkahártya ereinek strukturális változása, az arteriolák falának megvastagodása, a lumen szűkülete és a neovascularizációs jelenségek felvetik a vaszkuláris pathogenetikai faktorok szerepét. A gyulladás mediálásában a TNF $\alpha$  kiemelt fontosságú, de az endothél károsodásában betöltött szerepe nem tisztázott.

Vizsgálatainkban arra kerestük a választ, hogy a vaszkuláris elváltozások magyarázhatók-e az endothél megváltozott NO termelésével, és az anti-TNF $\alpha$  terápia változtat-e az endothél sejtek ezen funkcióján.

A HUVEC eNOS gén expresszióját Q-PCR technikával határoztuk meg (TAQMan assay), a fehérje expresszióját immunhisztokémiával és Western blot-al mutattuk ki aktív Crohn betegek (CDAI>220), valamint infliximab-al kezelt betegek szérumával történt inkubációt követően. TNF $\alpha$ -val (20ng/mL) és anti-TNF $\alpha$ -val kezelve a tenyészetet a betegségre jellemző milió kialakítására törekedtünk, a beteg csoportokban történt előzetes TNF $\alpha$  szintek (ELISA) meghatározását követően.

Az eNOS mRNS mennyiségének csökkenő tendenciáját észleltük Crohnos szérum és TNF $\alpha$  hatására. Crohn-beteg szérumának jelenlétében és TNF $\alpha$  hatására endothél sejtek eNOS tartalma az idő (26>480 min) és koncentráció (10%>50%) függvényében csökkent. Normál szérummal történt kezelés során az eNOS mennyiség szignifikánsan nem változott. A western blot-tal történt szemikvantitatív vizsgálatokban az eNOS mennyiségének csökkenését tapasztaltuk Crohn-beteg szérumával történt kezeléseknél. (Átlagos csökkenés: 27,7%+-13,3% P<0.01) és TNF $\alpha$  jelenlétében (79,1%+-0,8% P<0.01), amely az alkalmazott Remicade hatására növekedni kezdett 6 óra elteltével (30%+-15%ról 63%+-14,9%ra P<0.01).

A HUVECen végzett kísérletekből származó adatok szerint Crohn-betegségben és TNF $\alpha$  hatására az endothél sejtek eNOS mRNS és fehérje tartalma csökken, amely TNF $\alpha$  gátlóval mérsékelhető. Vizsgálataink felvetik annak lehetőségét, hogy a TNF $\alpha$  az eNOS gátláson keresztül hozzájárul az endothél károsodáshoz, a Crohn betegségben észlelt neovascularizációs jelenségek kialakulásához, és ezt a TNF $\alpha$  gátlással mérsékelni lehet.

## 27.

## COLORECTAL SCREENING IN BEKÉSCSABA

Szűcs Z.,<sup>1</sup> Varga M.,<sup>2</sup> Sebészeti Osztály, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba<sup>1</sup>, III. Belgyógyászati Osztály, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba<sup>2</sup>,

**Introduction:** Since the beginning of 2006. an organized colorectal screening pilot-study is being performed in the region of city Békéscsaba. The trial-program runs under the proposals of the Hungarian Health Authorities and is based on biannual human specific fecal occult blood test. In the field of hungarian gastroenterology there are some debates considering the optimal colorectal screening method, and unfortunately we don't have too much previous data to rely on. On the other side we have thousands of fecal occult blood tests up to now, offering the possibility for valuable considerations.

**Result:** 4379 screening fecal blood-albumin tests were carried out in Békéscsaba till the end of 2007. Besides the 3,6% indeterminate fecal sample, the screening resulted in 185 positive tests. Those with a positive result were invited to the colorectal screening centre set up in the city hospital of Békéscsaba. 89 percent of the involved showed up at the centre, and as in most of the cases was offered colonoscopy, 93% of patients took part in the examination. The centralised management of cases led to an exceptionally good compliance. While the largest number of findings on colonoscopy were colorectal polyps treated by endoscopic polypectomy, the examinations unburied 11 colorectal malignancies. Almost half of the colorectal carcinomas were staged as I-II., and all of the cases were covered by definitive surgery.

**Conclusion:** Through the presentation of our screening results we outline the protocol, the logistics, and financial considerations.

In the face of other hungarian pilot-screening programs, we point out the weakness and strength of our arrangement.

Furthermore we try to find a place for fecal-test based colorectal screening among other screening modalities.

Finally we dare to set up some proposals in the hope of a shortly upcoming, widely accepted national colorectal screening program.

## 26.

## FUNKCIONÁLIS KAPACITÁS VIZSGÁLATA VENA PORTAE LIGATURÁK KAPCSÁN

Szijártó A., Darvas K., Kupcsulik P., Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika

A májdaganatok resectioja biztosítja mind a primer, mind az áttéti daganatok esetén az onkológiai radikálisítást. A resecabilitás gyakran kérdéses. A kiterjesztett resectiók egyik kulcskérdése a posztoperatív májelégtelenség, mely a megmaradó májszövet funkcionális kapacitásának hiányából ered. Számos eljárás a várható májfunkció megítélését célozza meg, de kevés a könnyen használható, non-invazív módszer a napi klinikai gyakorlatban, ilyen az indocián zöld clearance (ICG) vizsgálat. A meglévő, funkcióképes máj-parenchyma növelésére a portális chemoembolisatio, illetve szelektív vena porta ligatura alkalmas. Az így indukált hypertrófia és hyperplasia eredményezhet kellő nagyságú májvolumen egy kezdetben inoperábilisnak vélt májdaganat, második lépésben végezett resectioja előtt.

Az elmúlt 3 év alatt klinikánkon 20 betegnél történt jobb oldali vena porta ligatura, enormis, technikailag operábilis, ugyanakkor funkcionálisan kevés parenchyma visszahagyásával járó, jobb lebenyben elhelyezkedő májtumorkok resectioja előtt. 6 beteget esetén cirrhosis talaján keletkezett HCC, 14 betegnél, secunder metastaticus tumor miatt történt exploratio, majd jobb portaág ligatura, regionalis lymphadenectomia és 10 esetben artéria hepatica kanül implantáció. ICG-denzitometriával határoztuk meg a kezdeti funkcionális kapacitást, melyet a Child-Pugh scorhoz hasonlítottunk. Szimultán 3D UH és/vagy CT volumetria történt. Ezt követően, átlag 3,6 hónap múlva ICG denzitometria és 3D volumetria után történhetett meg biztonságosan a második, resectios mûtét. Csak meghatározott kritériumok mellett végeztünk resectiót.

15 esetben történt maior resectio (trisegmentectomia, hepatectomia, illetve minimum 3 segmentumot érintő resection). Szövődményt (necrosis, sepsis) 20 %-ban, májelégtelenséget 0 %-ban észleltünk; a resectiót követő mortalitás 1 esetben fordult elő.

A két-lépésben végezett májresectiók portális ligaturával kombinálva biztonságosabbá teszik a tervezett resectiót jól válogatott beteganyagban. A 3D volumetria elengedhetetlen, illetve az ICG denzitometria pedig erősen javallt a fenti beavatkozások kapcsán.

## 28.

## PERCUTAN TRANSHEPATICUS DRAINAGE ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Szijártó A., Kupcsulik P.,

Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika,

Az ERCP számára nem hozzáférhető, és/vagy mûtéti kezelést igénylő mechanikus icterusok száma jelentős. Az esetek egy részében kezdetben remélt végleges radikális sebészeti megoldások - a tumorrecidívák miatt - gyakran csak átmeneti megoldást hoznak. Ezen elzáródásos sárgaságok egy részében elve sem endoscopos, sem mûtéti kuratív vagy palliatív megoldás nem végezhető. Ezen utóbbi esetekben a percutan transhepaticus cholangiographia (PTC) és azt követő drainage (PTD) lehet diagnosztikus és terápiás értékű. A drainage technikailag: (1) külső, (2) külső-belső Ring katéter, (3) belső endoprothesis lehet. A cél ezen utóbbi, végleges helyzet elérése.

2006-2008 között a Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikáján 56 esetben történt PTC, illetve ezt 51 esetben PTD követte. Az indikációkat az alábbi megbetegedések képezték: 31 % Klatskin tumor, 8 % distalis choledochus tumor, 18 % cholecysta cc., 32% pancreasfeji tumor resectiót követő recidíva okozta icterus, 2% benignus epeúti szűkület, 9 % egyéb epeúti kompresszió.

Az esetek 30 %-ban előzetes érdemi ECRP-s vizsgálati lelettel nem rendelkezünk. Ezen esetekben a PTC egyben a mûtéti elbírálását, illetve további intervenciók alapját képezte. Tekintettel az elzáródás okozta cholangitis meglétére preoperatív 16 % esetben történt drainage is első lépésben, majd mûtét a második ülésben.

Sikeres PTC sikertelen PTD-vel 4 esetben fordult elő. Külső drainage-ra az esetek 63 %-ban, külső-belső drainage-ra 29 % került sor. Transhepaticus stent implantációt az összesetek 23,5 %-a, a drainált esetek 85 %-ban végeztünk. A draineek kimozdulása, rossz pozíciója miatt 58%-ban kényszerültünk ismételt intervencióra.

Megállapítható, hogy a teljes obstrukció esetén az ERC egyes esetekben csak a tumor distalis határát jelzi, fontos proximális kiterjedés megítélésé miatt a vizsgálatot PTC-vel kiegészíteni. Az invazív epeúti vizsgálati módszerek alkalmazása során nem szükséges feltétlenül törekedni az epeúti daganatok okozta szűkület palliatív célú áthidalására, amennyiben mûtét lehetősége merül fel, de cholangitis esetén mindig javasolt.

## 29.

# MAGAS RIZIKÓJÚ, SZOKATLAN NAGYSÁGÚ, KÉSŐI MANIFESTÁCIÓJÚ GIST ESETE

Dunkel K.<sup>1</sup>, Takács R.<sup>1</sup>, Benedek G.<sup>2</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterológia<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészet<sup>2</sup>,

**Bevezetés:** A GIST tumorok a gastrointestinalis rendszer leggyakoribb mesenchymalis eredetű daganatai, melyeket immunhisztokémiaiag a CD117 (c-kit) pozitivitás jellemez. A lokalizált GIST tumor elsődleges kezelése sebészi, a betegség várható progresszivitását a kiterjedés illetve a mitotikus aktivitási index határozza meg.

**Esetismertetés:** Az 56 éves férfi beteg anamnézisében jelentős betegség nem szerepel. 2007. augusztusban microcytaer anaemia miatt indult kivizsgálás, ennek kapcsán derült fény hasi CT vizsgálaton a gyomorból kiinduló, a pancreas faroktól nem elválasztható, léphilushoz fekvő intraabdominalis térfoglaló folyamatra. Az aktuális vizsgálatok távoli metastasist nem igazoltak. Endoszkópos ultrahang alapján a terime a gyomor corpus-fornix határon helyezkedett el, az aspirációs citológiai (FNAB) mintavétel súlyos dysplasiás, daganatgyanus sejteket igazolt. Onkológiai javaslatra opus mellett döntöttünk, ez 2007. decemberben történt Sebészeti Osztályunkon (gyomorrezekció, tumor eltávolítás, pancreasfarok-rezekció, splenectomia, tápláló jejunostoma). Többszörös postoperatív szövödmények után (pancreasnedv csorgás miatt ERCP, EST, a műtéti területen kialakult recidív subphrenicus tályog miatt két alkalommal feltáró műtét illetve kombinált, széles spektrumú, elhúzódó antibiotikus kezelés) a beteget 2008. január 18-án bocsátották haza kórházunkból. A műtéti preparátum szövettani vizsgálata magas rizikójú GIST-et igazolt. Jelenleg a beteg onkológiai kezelés előtt áll.

**Összefoglalás:** GIST klinikuma, esetben egyedi jellegű, eltérhet a megszokott tumor viselkedési formáktól, késői macroscopos manifestáció nem ritka. Esetünk is felhívja a figyelmet a nagyméretű tumorok pontos szövettani diagnosztikájának, és az effectív sebészeti ellátásnak a fontosságára.

## 31.

# LONG-TERM FOLLOW-UP AFTER ORGAN-PRESERVING PANCREATIC HEAD RESECTION FOR CHRONIC PANCREATITIS IN 150 PATIENTS

Farkas G.<sup>1</sup>, Leindler L.<sup>1</sup>, Daróczy M.<sup>2</sup>, Farkas Jr. G.<sup>1</sup>, Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>1</sup>, Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged<sup>2</sup>,

**Introduction:** In chronic pancreatitis (CP), enlargement of the pancreatic head develops as a result of inflammatory alterations. An organ-preserving pancreatic head resection (OPPHR) technique has been developed, and this report is concerned with the results attained with this operation in an 8-year period.

**Patients And Methods:** In 150 patients, this OPPHR was performed. The preoperative morbidity comprised frequent abdominal pain, a weight loss in all patients, jaundice in 12 patients, and latent and insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) in 20 and 26 patients, respectively. The surgical procedure consists in a wide excision of the inflammatory tumour in the region of the pancreatic head, without division and cutting of the pancreas over the portal vein. Reconstruction, with drainage of the secretion from the remaining pancreas into the intestinal tract, takes place through a jejunal Roux-en-Y loop. In 12 icteric cases and in 17 patients with stenosis of the common bile duct, preapillary bile duct anastomosis was also performed with the jejunal loop. The quality of life was measured during the follow-up using ESPAC Quality-of-Life Questionnaire (QoL). RESULTS: Two reoperations were required in consequence of anastomosis bleeding and small bowel obstruction, but no mortality occurred in the postoperative period. The duration of hospitalisation ranged between 7 and 12 days. The mean follow-up period was 4.5 years (range 0.5 to 8.0). The late mortality rate was 4% (5 and 1 patients died after a cardiovascular attack and accident, respectively). The QoL improved in 89% of the patients. 128 patients became complaint-free, 16 patients had moderate symptoms and the weight increased by a median of 11.4 kg (range 4-28). No change was noted in the preoperative endocrine function of 135 patients, but 9 patients with latent diabetes mellitus acquired IDDM.

**Conclusion:** The 8-year experience clearly reveals that this OPPHR technique is a safe and effective procedure and should be regarded as a recommended procedure in the treatment of CP.

## 30.

# THE ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF BARRETT ESOPHAGUS WITH THE USE OF NARROW BAND IMAGING MODALITY IN THE DAILY ROUTINE OF DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY

Erőss B., Takács R., Mályi L., Kerékgyártó O., Szakács A., Dunkel K., Hamvas J.,

Bajcsy-Zsilinszky Hosp. 1st. dept. of Medicine, Gastroenterology

**Background and objectives:** Recent studies proved that narrow band imaging (NBI) endoscopy is more useful than the conventional high definition endoscopy for the diagnosis of Barrett's esophagus and has a high degree of accuracy for the detection of metaplastic and dysplastic tissue within the BE segment. Our retrospective study aimed to analyze our results with NBI endoscopic technique for the diagnosis of BE.

**Methods:** Since 2006 september our department has NBI endoscopes beside conventional endoscopes. In the period between 2007.01.01.-2007.12.31. 3498 upper GI endoscopy were done. Results: 1340 of the upper endoscopies were randomised to perform with NBI endoscopy and 2158 conventional endoscopy. 23 cases of BE suspicion were identified with NBI, of which 7 histology proved BE, 13 histology excluded BE suspicion and in 3 cases biopsy was not done. 14 cases of BE suspicion were identified with conventional endoscopy, 3 histology proved BE, 9 histology excluded BE and in 2 cases biopsy was not done. The 7 NBI BE histology detected 3 low grade dysplasia and 4 no dysplasia in BE. The 3 conventional endoscopy BE histology detected 1 low grade dysplasia and 2 no dysplasia in BE.

**Conclusions and future plans:** Our retrospective study showed that the diagnostic accuracy for BE of NBI endoscopy is higher than the accuracy of conventional endoscopy. However the examination of the detailed data of this period showed us, that endoscopic skills and experience are superior to NBI vs. conventional upper endoscopy. We plan to continue this study comparing the two different modality, and to improve endoscopic recognition and histopathologic consultation in the future.

## 32.

# INVESTIGATION OF NA<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> EXCHANGER ACTIVITY IN NORMAL AND INFLAMED HUMAN COLONIC EPITHELIAL CELLS

Farkas K.<sup>1</sup>, Rakonczay Jr Z.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Varga L.<sup>2</sup>, Schnúr A.<sup>1</sup>, Legány N.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Seidler U.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, University of Szeged, First Department of Internal Medicine, Szeged<sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Surgery, Szeged<sup>2</sup>, Abteilung Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover<sup>3</sup>,

It has been shown in animal studies that Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> exchangers (NHEs) influence the activities of the inflammatory process in IBD; inhibition of NHE activity with amiloride decreased disease activity in mouse dextran sulfate model of IBD. There are only scarce available data on the NHE activities of the normal and inflamed human colon.

**The aim** of this study was to examine the activities of NHE1-3 in normal and inflamed (ulcerative colitis [UC] and Crohn's disease [CD]) human colonic epithelial cells along the whole large intestine and in different parts of the colonic crypts.

**Methods.** Colonic biopsies were obtained from normal and inflamed mucosa of patients undergoing colonoscopy. After collagenase digestion, the isolated colonic crypts were loaded with the pH sensitive fluorescent dye BCECF and were continuously perfused with Na<sup>+</sup>-containing or Na<sup>+</sup>-free Hepes-buffered solutions. Intracellular pH (pHi) was measured by a microspectrofluorimeter system. We used HOE-642 in two different concentrations to inhibit the activities of NHE isoforms. NHE activities were determined from the rates of pHi changes after the administration of different Hepes solutions.

**Results.** NHE1 and NHE3 activities were significantly higher in the proximal vs the distal part of the normal colon. Our results showed higher activities of the NHE isoforms in the distal part of the colon compared to the proximal region in patients with CD. Decreased NHE3 and increased NHE1 activities were found in inactive UC vs normal samples. NHE3 activity was significantly higher in the surface vs the base of normal colonic crypts, whereas in CD patients decreased NHE3 activity was detected in the base vs the surface of the crypts.

**Conclusions.** We detected altered NHE activities of different NHE isoforms in the colonic crypts from IBD patients compared to normal samples. Further studies are needed to determine the role of NHEs in IBD. Supported by: OTKA, MTA and NKTH Asbóth.

## 33.

## OUR EXPERIENCE ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTROINTESTINAL LYMPHOMAS

Fazekas L.<sup>1</sup>, Jakucs J.<sup>2</sup>, Gurzó Z.<sup>1</sup>, Novák J.<sup>1</sup>, Szalai L.<sup>1</sup>, Ilyés S.<sup>1</sup>, Zeleznik E.<sup>2</sup>, Fazekas, Ilona MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula Gasztroenterológia<sup>1</sup>, Jakucs, János MD Pándy Kálmán Kórház, Gyula, Haematológia<sup>2</sup>, Gurzó, Zoltán MD Pándy Kálmán

Among the primarily extranodal lymphomas the lesions of the gastrointestinal tract are the most frequent with 25% of all cases. The location of gastrointestinal lymphomas is as follows: stomach (70%), most frequently MALT-lymphoma, small intestines, ileocecal region (20%), large intestines (rarely). Between the years 2002 and 2007 we treated 90 patients with Non-Hodgkin lymphoma in our hospital. In 73 cases primarily nodal and other primarily extranodal locations occurred. We diagnosed lymphomas in gastrointestinal location with gastroscopy and biopsy in all together 17 patients: in 13 cases it originated from the stomach, in 3 cases from the small intestines and in 1 case from the large intestines. We found the predominance of diffuse large B cell lymphoma, we also had one patient with mantle cell lymphoma (stomach) and one with marginal zone B cell lymphoma (small intestines). Our patients with diffuse large B cell lymphomas reacted well on combined chemo and immunotherapy. We achieved CR in 9 cases. We applied several therapeutic protocols on the patient with aggressive mantle cell lymphoma, however, the disease progressed and we lost our patient. Our patient with the indolent marginal zone B cell lymphoma originating from the jejunum after the first partial remission had a relapse, due to this chemotherapy was repeated. The size of the tumour significantly decreased, but it did not disappear. Our patient is now in a generally good condition, free of any abdominal complaints. With the combined use of chemo and immunotherapy (anti CD 20) remission can be achieved in patients with stomach lymphoma, in fact they can even be cured completely. The result of the treatment is highly influenced by the age of the patients, by their general health condition (ECOG) and by the comorbidity. Surgical intervention (total gastrectomy), which was previously considered standard procedure in the treatment of gastric cancer lost importance, since even aggressive forms react well to specific haematological treatment.

## 35.

## EMERGENCY VERSUS EARLY ACUTE ERCP IN PATIENTS (PTS) WITH CLINICAL SIGNS OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) – IT THE THERAPEUTIC WINDOW IS REALLY CRITICAL?

Fejes R., Kurucsai G., Székely A., Székely I., Madácsy L.,

1st Dept. of Gastroenterology and OMCH Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary

**Introduction:** Biliary pancreatitis caused by gallstones involve up to 60% of all cases of acute pancreatitis. In this subtype of acute pancreatitis the ERCP and endoscopic decompression with EST is superior to conventional therapy. The aim of the present study was to retrospectively assess the incidence of ABP and to survey the effect of emergency vs. early acute ERCP and/or EST in pts admitted to our hospital during of the years 2002 and 2007.

**Methods:** Non-alcoholic pts with acute pancreatitis associated with biliary abnormalities on US (gallbladder stones or sludge or dilated CBD) and concomitant early elevation of obstructive LFTs (>1.5N) were selected. During years of 2002 vs. 2007, 54 vs. 70 pts with ABP were admitted out of 149 vs. 159 acute pancreatitis cases. Due to the organization of emergency ERCP duty call since 2004, the mean delay, passed from the admittance to ERCP decreased from 27,2 to 13,2 hours, respectively. The frequency of no ERCP, diagnostic ERCP and therapeutic ERCP in ABP during the two periods were 33% vs. 16%; 24% vs. 8%; 42% vs. 76%, respectively.

**Results:** Complications and mortality of ABP was similar during the two periods: 20.3% vs. 22.8% and 5.5% vs 5.7%, respectively. However, when we compared of data of three subgroups: pts without ERCP, pts with only diagnostic ERCP and pts with EST significant differences were found, both in the mortality (13,8% vs 10,5% and 1,3 %) and in the rate of complication (37,9% vs 26,3% and 17,1%).

**Conclusion:** Our data suggests that therapeutic ERCP with concomitant, obligatory EST and bile duct clearance is the cornerstone of therapy, and positive outcome could be achieved with the strategy of early, acute ERCP and EST, even in patients with longer therapeutic window.

## 34.

## TÜNETMENTES TERHESSÉGI INTRAHEPATICUS CHOLESTASIS UDCA KEZELÉSE

Fehér R.,<sup>1</sup> Fehér J.,<sup>2</sup> Gardó S.,<sup>3</sup> Nagy S.,<sup>4</sup> PAMOK Szülészeti - Nőgyógyászati Győr<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika Budapest<sup>2</sup>, PAMOK Szülészeti - Nőgyógyászati Győr<sup>3</sup>, PAMOK Szülészeti - Nőgyógyászati Győr<sup>4</sup>,

**Bevezetés:** Az intrahepaticus cholestasis a terhesség ismeretlen eredetű, ritka szövődménye. Vezető tünetei a viszketés és a sárgaság. A terhességi cholestasis a további graviditások mintegy felében ismétlődik.

**Esetismertetés:** A szerzők ismertetik egy 31 éves nőbeteg történetét, akit 2004-ben kezeltek terhessége 32. hetében kialakult cholestasis miatt. A kezelést ursodeoxycholsavval végezték, a klinikai tünetek megszűntek, a májműködési próbák javultak. Szövődménymentes szülés után a panaszmentes beteget a májfunkciók normalizálódásáig, majd évente egy alkalommal ellenőrizték. A beteg második terhessége során 2007-ben monitorizálva a májfunkciókat, a gestatio 22. hetében - klinikai tünetek nélkül - jelentős cholestaticus jellegű májfunkciós eltérés igazolódott. UDCA kezelést kezdtek, amely mellett a cholestasis klinikai tünetei nem alakultak ki, a kóros májfunkciók jelentős regressziót mutattak.

**Megbeszélés:** Megfigyelésük alapján a szerzők javasolják az ismételt terhességek során, a 2. trimeszterben fellépő terheségi intrahepaticus cholestasis UDCA kezelését, a klinikai tünetek kialakulásának megelőzésére és a magzati kockázat csökkentésére.

## 36.

## A DIETETIKAI PROTOKOLLOK SZEREPE A GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK INDIVIDUÁLIS ELLÁTÁSI GYAKORLATÁBAN

Fekete K.,<sup>1</sup> Bonyárné Müller K.,<sup>2</sup> Lelovics Z.,<sup>2</sup> Tátrai L.,<sup>3</sup> Figler M.,<sup>4</sup> Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest<sup>1</sup>, PTE ETK, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék, Pécs<sup>2</sup>, Péterfy Sándor utcai Kórház, Alsóerdősor utcai részlege, Budapest<sup>3</sup>, PTE KK, II. Belgyógyászati Klinika, Pécs<sup>4</sup>,

A gyulladós bélbetegségek (IBD) meghatározása az elmúlt évtizedek alatt nem sokat változott. A tudomány fejlődése és a kutatások jelentős eredményei ellenére is azt mondjuk, hogy a genetikailag fogékony egyénben valamilyen környezeti tényező hatására gyulladós folyamat indul meg, amely az immunrendszer működési zavarával társulva krónikussá válik. A környezeti tényezők közül ki kell emelni a táplálkozás szerepét.

A gyulladós bélbetegségek kezelése a bővülő ismeretek ellenére máig nehéz feladat. A gyógyszeres kezelés mellett nagy jelentősége van a dietoterápiának is. Az étrend összetételét mindig a beteg aktuális állapotához kell igazítani. A szakmai protokollok, így az gyulladós bélbetegségek dietetikai protokolljának kidolgozása és működtetése, a minőségi tevékenység alapeleme és a kitűzött célok valamennyi szereplőt érintő egységes megvalósításának nélkülözhetetlen eszköze. Szakmai protokollok alapján működik többek közt az adott betegség gondozása, diagnosztikája és terápiája is. Nagyon fontos, hogy rendelkezésre álljon olyan szakmai iránymutatás, ami segíti az orvost, dietetikust és a kezelőteamet, hogy mind a szakembereknek, mind a betegeknek és annak környezetének szakmailag helyes, a kor követelményeinek megfelelő vezérfonala.

Ezt szolgálják a közelmúltban – részben a szerzők által – szerkesztett protokollok (Dietetikai protokoll colitis ulcerosában 18 éves kor felett és Dietetikai protokoll Crohn-betegségben 18 éves kor felett. MDOSZ), melyekben megtalálhatók azok a fő irányelvek, javaslatok, amelyek a krónikus bélgyulladásban szenvedők számára táplálkozási szempontból fontosak. Az ajánlások modern dietetikai alapon nyugszanak: az étrend mennyiségi, minőségi vonatkozásában egyaránt. A szakmai előírások betartásával a kezelő team nagymértékben hozzájárulhat a nyugalmi periódus minél előbbi eléréséhez, a beteg tüneteinek csökkentéséhez, és a minél hosszabb tünetmentes időszak biztosításához. A protokollok elsősorban hosszú távon jelentkező és mérhető egészségnyereséget és életminőség-javulást eredményeznek.

## 37.

## EXAMINATION OF SERUM FATTY ACIDS IN PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLIC PANCREATITIS

Figler M.,<sup>1</sup> Marosvölgyi T.,<sup>2</sup> Horváth G.,<sup>3</sup> Dittrich A.,<sup>2</sup> Cseh J.,<sup>2</sup> Lelovics Z.,<sup>3</sup> Szabó É.,<sup>2</sup> Decsi T.,<sup>2</sup> 2nd Department of Internal Medicine and Nephrology Center<sup>1</sup>, Department of Paediatrics<sup>2</sup>, Department of Nutrition and Dietetics, University of Pécs<sup>3</sup>,

**Introduction:** Malabsorption of several nutrients may cause deficiency of different serum components in alcoholic chronic pancreatitis (ACP). The aim of our study was to determine the serum fatty acid composition of patients with ACP.

**Methods:** 56 patients with ACP who reported giving up alcohol consumption several years ago (gender: 33/23 male/female, age: 60.0 [14.0] years (median [IQR]) and 51 carefully selected clinically healthy age, sex-, weight- and height matched control subjects were included in the study. Fatty acids were analyzed by high-resolution capillary gas-liquid chromatography.

**Results:** Although there were no significant differences between the values of linoleic acid (19.07 [4.40] vs. 19.17 [4.05] w/w%, ACP vs. control) in the phospholipid fraction, we found significantly higher values of eicosadienoic acid (0.43 [0.16] vs. 0.27 [0.10],  $p < 0.001$ ) in patients with ACP. In contrast, phospholipid dihomo-gamma-linolenic acid (2.99 [1.27] vs. 3.41 [1.08],  $p < 0.05$ ) and arachidonic acid (10.57 [3.56] vs. 11.16 [3.25],  $p < 0.01$ ) values were significantly lower in patients with ACP than in controls.

**Conclusions:** Decreased dihomo-gamma-linolenic and arachidonic and enhanced eicosadienoic acid values indicate diminished delta-6-desaturated activity in patients with alcoholic chronic pancreatitis.

## 38.

## INTERACTION BETWEEN SEROREACTIVITY TO MICROBIAL ANTIGENS AND GENETICS IN CROHN'S DISEASE: IS THERE A ROLE FOR DEFENSINS?

Fischer S.,<sup>1</sup> Papp M.,<sup>2</sup> Altorjay I.,<sup>2</sup> Mandi Y.,<sup>3</sup> Lakatos L.,<sup>4</sup> Tumpek J.,<sup>5</sup> Kovacs A.,<sup>6</sup> Molnar T.,<sup>7</sup> Tulassay Z.,<sup>8</sup> Miheller P.,<sup>8</sup> Palatka K.,<sup>2</sup> Szamosi T.,<sup>1</sup> Papp J.,<sup>1</sup> Hungarian IBD Study Group.,<sup>1</sup> Lakatos P.,<sup>1</sup> 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary<sup>2</sup>, Department of Medical Microbiology and Immunobiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary<sup>4</sup>, Laboratory of Clinical Immunology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary<sup>5</sup>, 1st Department of Medicine, Peterfi Hospital, Budapest, Hungary<sup>6</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>7</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>8</sup>,

**Background:** Antibodies against different microbial epitopes are associated with disease phenotype, may be of diagnostic importance, and may reflect a loss of tolerance in Crohn's disease (CD). Recently, an association was reported between the presence of these antibodies and mutations in pattern receptor genes. Our aim was to investigate whether mutations in various genes other than NOD2/CARD15 or TLR4 associated with CD (NOD1/CARD4, DLG5, and DEFB1) may influence the presence of antibodies against bacterial proteins and carbohydrates in a Hungarian cohort of CD patients.

**Methods:** 376 well-characterized, unrelated, consecutive CD patients (m/f:191/185, age at onset:29.1±12.9 years, duration:7.9±11.7years) were investigated. Sera were assayed for anti-Omp, ASCA IgA and IgG, and antibodies against a mannan epitope of *Saccharomyces cerevisiae* (gASCA), laminaribioside (ALCA), chitobioside (ACCA), and mannobioside (AMCA). NOD1/CARD4, DLG5, and DEFB1 variants were tested by PCR-RFLP. Detailed clinical phenotypes were determined by reviewing the patients' medical charts.

**Results:** The carriage of DEFB1 20A variant alleles less frequently led to anti-glycan positivity, compared to patients without (29.6% vs. 46.2%, OR: 0.49, 95%CI: 0.25-0.97), regardless of disease location or behavior. Similar tendency was observed for DEFB1 44G (present 21.6% vs. absent 10.2%,  $p = 0.06$ ) and ALCA. A gene or serology dosage effect was not observed. However, no association was found between the DEFB1 G52A, DLG5 R30Q, and NOD1/CARD4 E266K variants and any of the serology markers.

**Conclusions:** We found that variants in human  $\beta$ -defensin1 gene are inversely associated with anti-glycan antibodies, further confirming an important role for innate immunity in the pathogenesis of CD.

## 39.

## GENETIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF WILSON DISEASE IN PATIENTS FROM HUNGARY

Folhoffer A.,<sup>1</sup> Ferenci P.,<sup>2</sup> Csák T.,<sup>1</sup> Horváth A.,<sup>1</sup> Hegedüs D.,<sup>1</sup> Firneisz G.,<sup>3</sup> Osztoivits J.,<sup>1</sup> Visnyei Z.,<sup>1</sup> Kósa J.,<sup>1</sup> Wilhelm-Polli C.,<sup>2</sup> Szőnyi L.,<sup>4</sup> Abonyi M.,<sup>1</sup> Lakatos P.,<sup>1</sup> Szalay F.,<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, 4th Dept of Medicine of University Vienna, Vienna, Austria<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, 1st Dept of Pediatrics of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>4</sup>,

**Background/Aims:** The number of known mutations within the ATP7B exceeds the 350 according to the recent data of Wilson disease (WD) mutation of the Human Genom database, among them H1069Q point mutation is the most frequent one. Diagnosis of Wilson disease may be difficult in patients presenting with liver disease and in asymptomatic siblings. The aim of the present study was to assess the impact of genetic testing for diagnosis of WD in a large cohort from Hungary. Patients/Methods: 142 WD patients were studied (m/f=81/61, mean age at onset of symptoms: 19±9 years). Diagnosis of WD was based on typical clinical and laboratory features (all had a WD score ≥ 4). H1069Q was assessed by seminested PCR-based RFLP assay. H1069Q heterozygotes and H1069Q negative samples were then screened for mutations (on exons 6 to 20) by denaturing HPLC and then sequenced on an ABI Prism 310 Genetic Analyzer.

**Results:** 35 different mutations were found. H1069Q was the most frequent mutation in Hungary, detected in 100 patients (70%). Twenty-four further known mutations were found by sequencing. We identified ten new missense mutations not described before: L517-fs (c1549-1559del11), N676I, S693Y, Y715H, M769L, W939C, V1001G, V1039F, P1273S and G1281D. In 51/142 patients (36%) the diagnosis of WD was established by adding mutational analysis making further diagnostic tests unnecessary. Kayser-Fleischer ring was more frequent in H1069Q homozygous patients and their mean age at the time of diagnosis was higher than in patients heterozygous or negative for H1069Q.

**Conclusion:** Ten novel mutations in addition to the 24 known ones were found in Hungarian WD patients. Our results underline the importance and usefulness of genetic testing for patients presenting with liver disease and for family screening. The occurrence of acute hepatic failure was relatively frequent among the Hungarian Wilson patients.

## 41.

## GLIKÁN ELLENES ANTITESTEK VIZSGÁLATA COELIAKIÁBAN: VAN-E ÖSSZEFÜGGÉS A GLUTÉNMENTES ÉTRENNDEL?

Földi L.,<sup>1</sup> Papp M.,<sup>1</sup> Pályu E.,<sup>1</sup> Tumpek J.,<sup>2</sup> Várölgvi C.,<sup>3</sup> Barta Z.,<sup>4</sup> Sipka S.,<sup>2</sup> Dotan N.,<sup>11</sup> Korponay-Szabó I.,<sup>6</sup> Nemes É.,<sup>5</sup> Veress G.,<sup>7</sup> Norman G.,<sup>8</sup> Dinya T.,<sup>9</sup> Lakatos P.,<sup>10</sup> Altorjay L.,<sup>1</sup> Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen (DEOEC) II. Belklinika, Gasztroenterológiai Tanszék<sup>1</sup>, DEOEC Regionális Immunlabor<sup>3</sup>, DEOEC I. Belklinika<sup>3</sup>, DEOEC III. Belklinika<sup>4</sup>, DEOEC Gyermekklinika<sup>5</sup>, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest<sup>6</sup>, Semmelweis Egyetem Budapest I. Gyermekklinika<sup>7</sup>, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA<sup>8</sup>, DEOEC I. Sebészeti Klinika<sup>9</sup>, Semmelweis Egyetem I. Belklinika<sup>10</sup>, Glycominds, Lod, Israel<sup>11</sup>,

**Elméleti háttér:** A különféle baktériumok sejtfalának szénhidrát építőpajai ellen termelődő antitestek a szövődmenyes Crohn-betegség markerei. Az anti-Saccharomyces cerevisiae antitest (ASCA) gyakoribb megjelenését coeliakiában is leírták. Vizsgálatunk célja a glikán-ellenes antitestek előfordulási gyakoriságának meghatározása volt felnőtt coeliakiás betegekben. Módszerek: 148 coeliakiás beteg (férfi/nő: 27/121, kor: 35,2±17,4 év) és 100 egészséges kontroll egyén szérumból az anti-laminaribioside (ALCA IgG), anti-chitobioside (ACCA IgA), anti-mannobioside (AMCA IgG) és gASCA IgG ellenanyag-szinteket ELISA módszerrel határoztuk meg. A betegekből származó szérumminták 42 esetben a diagnózis felállításakor, a gluténmentes diéta (GFD) megkezdése előtti [CD1], 106 esetben a GFD megkezdését követő időszakból származtak. Ez utóbbi csoportban, 34 esetben [CD2] a pozitív endomysium (EMA), és transz-glutamináz antitestek (t-TGA) a diéta még nem kellő hosszúságát vagy sikertelen voltát jelezték, 72 esetben azonban [CD3] a negatív EMA és t-TGA a hosszas és megfelelő GFD tartása mellett szóltak. A CD1 betegcsoportban 30 egyéntől a GFD (átlagos hossza 28,5 hónap) utáni időszakból származó mintákat is vizsgáltuk. Eredményink: gASCA (35,7%), AMCA (26,2%), illetve az ACCA (28,6%) pozitívitas szignifikánsan gyakoribb volt a CD1 csoportban, mint a CD3-ban (p<0,001) és a kontrollokban (p<0,001). gASCA (LR+: 2,53, 95%CI: 1,34-4,75), AMCA, ACCA, illetve bármely anti-glikán antitest jelenléte (LR+:2,95, 95%CI: 1,88-4,64) a coeliakia előfordulásának fokozott kockázatával járt. Összefüggést találtunk a glikánellenes antitestek szintjei, illetve az EMA és t-TGA szintek között. Továbbá a szigorú GFD-t tartó betegekben kellő hosszúságú idő elteltével a glikánellenes antitestek teljesen eltűntek.

**Következtetések:** A gASCA és az egyéb glikánellenes antitestek kialakulásának oka coeliakiában a károsodott vékonybél nyálkahártyán történő fokozott antigénátjutás következménye lehet. Továbbá, a glikánellenes antitest pozitívitas a coeliakia jelenlétének és a diétás compliance markereként is értelmezhető.

## 40.

## A CARDIOLOGIAI SECUNFER PREVENCIÓ PROVOKATÍV SZEREPE A GASZTROINTESTINÁLIS DAGANATOK FELISMERÉSÉBEN

Földházi K.,<sup>1</sup> Dunkel K.,<sup>1</sup> Takács R.,<sup>1</sup> Virág N.,<sup>1</sup> Heltai K.,<sup>2</sup> Hamvas J.,<sup>1</sup> Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat Gasztroenterológia<sup>1</sup>, Bajcsy-Zsilinszky Kórház IV. sz. Belgyógyászat Kardiológia<sup>2</sup>,

Ismert tény, hogy a trombocita aggregáció gátló acetilszalicilsav, clopidogrel illetve antikoagulánsként használt acenocumarol kezelés egyik legveszélyesebb szövődmenye a gasztrointestinalis vérzés.

Retrospektív analízis során 2007-es év négy hónapjának betegforgalmában, 201 fenti terápiában részesülő beteg közül 34 esetben észleltünk gasztrointestinalis vérzést. A vérzésforrás a legtöbb esetben erósió és/vagy a duodenumban vagy gyomorban kialakuló peptikus ulcus volt. A kardiológiai prevenció terápiaiban részesülő betegek között 3 esetben a vérzés okozója a colonban elhelyezkedő térfoglaló folyamat volt, melynek fennállására haematochesia hívta fel a figyelmet, feltételezve hogy a gyógyszeres terápia provokálta az egyébként is vérzésre hajlamos tumort. A fent említett 3 beteg közül 2 esetben rectumban elhelyezkedő tumor, 1 esetben a flexura hepaticánál elhelyezkedő térfoglalás volt a vérzésforrás. További két esetben találtunk az endoszkópos beavatkozás során polipoid képletet, melyek szövettani feldolgozása tubulovillosus adenomát, igazolt.

A keringési és a coronaria betegségek progressziójának megelőzésére szolgáló, antikoaguláns és TAG gyógyszerek többsége a „gasztroenterológusok réme”. Eseteinkben viszont pont ezek a kevésbé „kedvelt” gyógyszerek által okozott mellékhatások hívták fel a figyelmet a daganatos folyamatokra. A véletlen észlelések elkerülésére a továbbiakban a prevenció terápiaiban részesülő betegek esetében szoros követést tartunk szükségesnek, rendszeres okkult gastrointestinális vérzést kimutató laboratóriumi vizsgálat rendszeres bevezetését tervezzük a társosztályokon is.

## 42.

## BIOMARKERS OF SEQUENTIAL PROGRESSION IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA TRANSITION: GRADUAL DOWNREGULATION OF AMNIONLESS HOMOLOG AND PROSTAGLANDIN D2 RECEPTOR BOTH AT MRNA AND PROTEIN LEVEL

Galamb O.,<sup>1</sup> Sipos F.,<sup>2</sup> Solymosi N.,<sup>2</sup> Spisák S.,<sup>2</sup> Galamb B.,<sup>2</sup> Krenács T.,<sup>3</sup> Valcz G.,<sup>2</sup> Molnár B.,<sup>1</sup> Tulassay Z.,<sup>1</sup> Magyar Tudományos Akadémia, Molekuláris Medicina Kutatócsoport<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet<sup>3</sup>,

**Background:** Gene expression analysis of colon biopsies can contribute to the classification of colorectal diseases. Because most of the colorectal carcinomas (CRC) develop from villous adenomas, we investigated the gene expression aspects of adenoma-dysplasia-carcinoma sequence.

**Methods:** Total RNA was extracted, amplified and biotinylated from colonic biopsies of 15 patients with CRC, 15 with villous adenoma and 8 normal controls. Gene expression profile was evaluated using HGU133Plus2.0 microarrays. RT-PCR validation was done. Kendall's rank correlation was performed for quantification of association between the expression and the disease stages. Protein expression of selected biomarkers was also tested using tissue microarrays on samples of 103 independent and 16 overlapping patients.

**Results:** At mRNA level 15 genes were identified and validated showing progressively increasing expression during the normal-adenoma-dysplasia-carcinoma sequence progression (p<0.05), including osteonectin, osteopontin, collagenIV-alpha1, biglycan, matrix GLAprotein, and von Willebrand factor. Validated genes of significantly decreasing expression were prostaglandin-D2 receptor (PTGDR) and amnionless homolog and significantly decreasing expression of their protein products was also detected on TMAs in line with the adenoma-carcinoma transition.

**Conclusions:** Amnionless homolog and PTGDR can be biomarkers of colorectal carcinogenesis and progression both at mRNA and protein level. Further genes identified in this study may also add to our understanding of CRC progression.

## 43.

## INTRAOPERATIV POLYPECTOMIA

Gasparik R., Baranya Megyei Kórház Pécs Endoscopos labor ,  
Intraoperatív polypectomia Baranya Megyei Kórház Pécs Gasparik Rita

**Bevezetés:** Az előadásban szereplő betegnek gyermekkorá óta ismert Peutz-Jeghers szindrómája.

**Célkitűzés:** A vékonybél mentesítése a benne lévő polypoktól.

**Esetismertetés:** R.K. 44 éves betegnél vékonybél RTG-n kimutatott polyposis miatt került felvételre. Sebészeti laparotomia , majd enterotomián keresztül endoscopos polypectomia történt. Kb. 40-50 darab polyp került eltávolításra, zömében diathermias hurokkal, részben sebészi kimetszéssel.

A postoperatív szak eseménytelenül zajlott, szövettan malignitást nem igazolt.

**Konklúzió:**A vékonybél daganatok ritkák, de kórjóslatuk igen rossz, ezért a Gastroenterológus és a Sebész megfelelő team munkájával megelőzhetjük a nem kívánt malignitást, ill. áttétek kialakulását

## 44.

## IN VIVO PERMEABILITY IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS): CORRELATION BETWEEN INCREASED COLONIC PERMEABILITY AND CLINICAL SYMPTOMS IN DIARRHEA-PREDOMINANT IBS

Gecse K.,<sup>1</sup> Róka R.,<sup>1</sup> Séra E.,<sup>2</sup> Rosztóczy A.,<sup>1</sup> Kiss B.,<sup>1</sup> Miklós B.,<sup>1</sup> Izbéki F.,<sup>1</sup> Fioramonti J.,<sup>3</sup> Pávics L.,<sup>2</sup> Bueno L.,<sup>3</sup> Wittmann T.,<sup>1</sup> First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Nuclear Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>, Institut National de la Recherche Agronomique, Unité Neuro-Gastroenterologie & Nutrition, Toulouse, France <sup>3</sup>,

**Introduction and aims:** Elevated intestinal and/or colonic permeability has been reported both in the post-infectious and in the sporadic forms of IBS, characteristically in the IBS-D subgroup of patients. The aim of this study was to evaluate a possible correlation between elevated colonic or intestinal permeability and clinical symptoms of IBS-D patients.

**Methods:** IBS patients of the diarrhea (IBS-D, n=10) and of the constipation subgroup (IBS-C, n=13) fulfilling the Rome III criteria were studied and healthy subjects (n=8) served as controls. Small bowel and colonic permeability was evaluated by measuring 24 hour urine excretion of orally administered 51Cr-EDTA. Clinical symptoms, such as frequency of defecation, Bristol stool scale and visual analogue scale (VAS) on the severity of the symptoms were analysed in IBS-D patients and correlated to colonic permeability.

**Results:** In vivo permeability measurements did not show any significant difference either in the proximal or in the distal small intestinal permeability between subgroups of IBS patients and control subjects. However, colonic permeability in IBS-D patients proved to be significantly higher compared to healthy controls (2.29±0.45 vs. 1.04±0.18%; p<0.05). On the contrary, colonic permeability of IBS-C patients remained low, showing no significant difference from control subjects (0.77±0.14%). The increased colonic permeability in IBS-D patients correlated well with the frequency of defecation (number of stools/week) (r=0.72; p=0.02).

**Conclusion:** Our present study shows an increased colonic permeability in the diarrhea-predominant subgroup of IBS patients compared to controls. Furthermore, in IBS-D patients colonic permeability correlates with the frequency of defecation - an objective parameter in evaluating symptom severity. Therefore, it would be convenient to hypothesize a pathogenetic role for the increased colonic permeability in symptom generation in IBS-D. This study was supported by DNT (Grant Nr: OR-119).

## 46.

## NEW MINIMAL INVASIVE METHOD IN THE TREATMENT OF MORBID OBESITY: APPLICATION OF MAGNETIC GASTRO-JEJUNOSTOMY AND GASTRO-DUODENAL DOUBLE BALLOON. EXPERIMENTAL RESULTS

Gerő D.,<sup>1</sup> Lukovich P.,<sup>2</sup> Kecskédi B.,<sup>1</sup> Bata P.,<sup>3</sup> Tari K.,<sup>2</sup> Kupcsulik P.,<sup>2</sup> Semmelweis University, Faculty of Medicine <sup>1</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University <sup>2</sup>, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University <sup>3</sup>,

**Introduction:** Number of patients with morbid obesity (BMI>40kg/m2) rises worldwide; current surgical treatments act by virtue of decreasing food absorption and/or increasing satiety. Both methods bear complications (malnutrition, anemia, vitamin deficiency), further interventions shall be indicated.

**Background and aim:** Our research team works on expanding the potential applications of flexible endoscopy and magnetic surgery. The aim was to work out a totally minimal invasive method to avoid the risk of surgical intervention.

**Method:** We proved formerly that gastro-jejunal bypass is formable with magnets. We simplified present experiment with gastro-jejunoscopy and used a double, gastro-duodenal balloon to close the pylorus. Balloons contained water, x-ray contrast material and methylene blue.

Male 250 g Whistar rats were divided in 5 groups (n=5).

1. group: control group
2. group: gastrotomy, gastric balloon (2.5cm3)
3. group: gastro-jejunal anastomosis
4. group: gastro-jejunal anastomosis, gastric balloon
5. group: gastro-jejunal anastomosis, gastro-duodenal balloon (0.25 cm3 duodenal part, 2.5cm3 gastric part)

After operations animals received 5 gram/day fodder in self cage. We measured periodically body weight and quantity of rest fodder for 3 post-operative weeks. We checked the position of balloons with native x-ray and CT. The effect of the balloon on the mucosa was evaluated by histology.

**Results:** In average, control animals gained 25g weight every second day, 4g fodder was left. Other groups gained less, fifth group the least (between 0-10g).

**Conclusion:** Surgical bypass procedure performed in a minimal invasive fashion (anastomosis created with magnets, stomach closed by a gastro-duodenal balloon) avoids drawbacks of surgery (abdominal incision, narcosis) and represses weight gain.

## 45.

## ONE-YEAR WAY OF CARCINOGENESIS OF A DUODENAL VILLOUS ADENOMA

Gelley A.,<sup>1</sup> Tihanyi T.,<sup>3</sup> Bély M.,<sup>2</sup> Balázs C.,<sup>1</sup> Department of Gastroenterology of Polyclinic of Hospitaler Brothers of St. John of God, Budapest <sup>1</sup>, Department of Pathology of Polyclinic of Hospitaler Brothers of St. John of God, Budapest <sup>2</sup>, 1st Department of Surgery of Semmelweis University, Budapest <sup>3</sup>,

**Introduction:** Villous adenoma of the descending duodenum of a seventy years old female was detected by endoscopy, endoscopic ultra-sonography, and histology. It was removed by surgical excision. The adenoma recurred one year later and its histological signs referred to malignant changes. The tumour was removed definitely by pylorus preserving pancreato-duodenectomy. The signs of supervening carcinogenesis were investigated immuno-histochemically.

**Method:** The dysplastic changes were investigated on hematoxyllin-eosine (HE) staining, and the following immuno-histochemical markers: ki-67, p53, CEA, Ck AE1/AE3, EMA on both biopsy specimens.

**Results:** Mild dysplasia was proved in the first biopsy, where strong positive ki-67 immuno-staining was detected mainly in the crypts of the mucosa, and showed scattered nuclear staining in the tumor cells.

The ki-67 immuno-staining was more expressed in the second specimen, at the areas, that showed more severe dysplasia. Strong P53 positivity was not detected in either specimen, but more cells showed positive nuclear staining in the second biopsy. A stronger CEA positivity was seen in the second biopsy. CK AE1/AE3 and EMA staining pattern was similar in both specimens.

**Conclusions:** duodenal villous adenomas are rarely occurring lesions. Malignant transformation might be fast. The degree of ki-67 and p53 immuno-staining are proportional to the severity of the dysplasia. The surgical removal of the tumour should be radical.

## 47.

# THE DIAGNOSIS AND CLINICAL IMPACT OF DRUG INDUCED, TREATMENT RESISTANT MUTATIONS OF HEPATITIS B VIRUS (HBV) DURING NUCLEOSIDE ANALOGUE THERAPY

Gervain J., 4th Department of Internal Medicine-Gastroenterology and Molecular Diagnostic Laboratory, Szent György Hospital, Székesfehérvár

The most important advancement in the treatment of chronic HBV infected patients who do not respond to interferon is the availability of oral nucleoside analogues such as lamivudine, adefovir dipivoxil and entecavir. These are effective drugs in suppressing HBV replication and are also well tolerated in most cases. Long-term treatment with nucleoside analogues, however, is associated with the selection of drug resistant mutations of HBV which greatly limits their clinical applicability. To be able to determine when modification of the initial treatment is necessary and to do it in an effective way, these mutations need to be identified and characterised at an early stage. In this presentation, the author summarises the international literature on the most common forms of drug induced mutations of HBV by therapeutic agents and the likely time sequence of their occurrence during mono-, and combination therapies. She discusses other clinical factors beyond the location of these mutations which are likely to influence the magnitude and the timing of the resistance, and presents the latest guidelines on therapeutic adjustment in light of the cross-reactivity and cross-resistance between drugs. Further, she presents the spectrum of mutation analytic tests which can provide guidance to the best treatment choices and are carried out in the main Hungarian molecular diagnostic laboratory for these investigations located at their gastroenterology department. Although all the available tests examine the A-D domains of the HBV polymerase gene, their analytic methods, benefits and limitations significantly differ. The recommended test frequencies therefore depend not only on the type and length of drug treatments but also on the applied diagnostic methods. These issues will also be discussed.

## 49.

# RARE COMPLICATION OF ULCERATIVE DISEASE

Graffits É.,<sup>1</sup> Hunyady B.,<sup>1</sup> Horváth G.,<sup>2</sup> Mágel F.,<sup>1</sup> Kiss E.,<sup>1</sup> Szabados S.,<sup>3</sup> Tóth L.,<sup>4</sup> Viski A.,<sup>5</sup> Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Internal Medicine, Kaposvár, Hungary <sup>1</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Radiology, Kaposvár, Hungary <sup>2</sup>, Heart Institute and 1st Department of Internal Medicine, Pécs, Hungary <sup>3</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Surgery, Kaposvár, Hungary <sup>4</sup>, Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Pathology, Kaposvár, Hungary <sup>5</sup>,

The authors present a case report of a 70 years old woman with breast cancer comorbidity who was diagnosed having a subcardial gastric ulcer that penetrated into the pericardium.

She was treated earlier with high blood pressure and paroxysmal atrial fibrillation, and was admitted into hospital due to dyspnoe.

Along compensated circulatory she had an atrial tachycardia, with 2:1 conduction ratio, and concomitant ST elevation in all leads. X-rays of the chest suggested the prevalence of pericardial air. That was confirmed by Computed Tomography, also revealing wall thickening in the upper third of the fornix – corpus border of the stomach.

The performed panendoscopy visualised a subendocardial mucosal laesio, that was negative on histology.

The fluid obtained from pericardial fenestration showed no malignancy either. The patient was symptomless throughout the intervention, control endoscopy observed a long period ulcer recovery.

Malignant carcinoma of the inner - upper quadrant of the left breast was verified and operated on without complications.

Our case report is worthwhile of presentation because of being an extremely rare complication of ulcerative disease.

## 48.

# SUCCESSFUL TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) WITH SMALL CALIBER PANCREATIC STENTS IN PATIENTS WITH OR WITHOUT COMCOMITTANT BILIARY SPHINCTEROTOMY

Gódi S., Kurucsai G., Fejes R., Székely A., Székely I., Madácsy L., First Dept. Of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital and OMCH Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary ,

**Introduction:** Patients (pts) with ABP may benefit from early ERCP, EST and ductal decompression. Small calibre pancreatic stents are increasingly applied to prevent post-ERCP pancreatitis, might also be useful to facilitate pancreatic drainage and to reverse the acute pancreatitis induced by temporary papillary occlusion due to impacted stones. The aim of this pilot study was to access the effect of emergency ERCP and PD stenting on the clinical outcome of ABP pts.

**Methods:** During the last year 65 consecutive pts with ABP was referred to emergency ERCP. Non-alcoholic pts with acute pancreatitis associated with biliary abnormalities on US (gallbladder stones or dilated CBD) and concomitant early elevation (>1.5N) of obstructive LFTs were selected. In 53 ABP pts successful ERCP, EST, and stone extraction were performed. In the remaining 12 pts small calibre (4F) pancreatic stent insertion was applied. The indication of PD stenting was failed biliary access in 10 pts and severe papillary oedema after successful but difficult EST in 2 pts. Thereafter, all pts were hospitalised and were followed up.

**Results:** The mean age, the symptom to ERCP time, the Ranson scores, and also the amylase and CRP levels at initial presentation were not significantly different in the PD stent and no stent groups: 64.2 vs. 64.8 years; 14 vs. 16 h; 2,1+1,0 vs. 2,1+1,6; 1760 vs. 1455 U/l; and 129 vs. 123 U/l, respectively. More importantly, the complication rate (8% vs. 18%) and mortality (0% vs 1.8%) were comparable, reasonably low and demonstrated no statistically significant differences. Removal of PD stents, biliary EST and bile duct clearance were successfully done after the resolution of ABP in all pts.

**Conclusion:** Temporary PD stenting with small calibre stents may offer sufficient drainage to reverse the process of obstructive, biliary pancreatitis in pts with failed or difficult biliary sphincterotomy, and may improve the overall outcome of emergency ERCP and EST in ABP

## 50.

# ERCP IN PATIENTS OVER 80 YEARS – EXPERIENCES IN OUR DEPARTMENT

Gyökeres T., Rábai K., Rusznyák K., Schafer E., Varsányi M., Banai J., Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest

**Introduction:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is one of the most troublesome endoscopic procedure that involves significant risk of complications. In patients over 80 years the possibility to have considerable comorbidities is high, which can lead to increase this risk.

**Our aim** was to analyse our practice in this subgroup of patients, retrospectively.

**Patients and methods:** We performed 257 ERCPs in a half year period. 41 of them was done in 25 patients over 80 years. In 15 pts one session was necessary while in 10 cases repeated ERCPs (2-4) was needed. The indication of ERCPs was obstructive jaundice in 18 pts, and acute pancreatitis with suspected biliary origin in 7 cases. The most frequent concomitant diseases were hypertension (80%), and ischemic heart disease (48%). At least in 20% of the patients suffered from cerebrovascular disease, diabetes, atrial fibrillation and/or obliterative atherosclerosis. Nine pts were taken platelet aggregation inhibitors and 2 were taken oral anticoagulants.

**Results:** In pts with obstructive jaundice 7 had malignant pancreatobiliary tumor and in 11 cases common bile duct stones were revealed. Every pts with malignant obstruction underwent biliary plastic or metal stent implantation after sphincterotomy. The complete duct clearance was achieved in 5 pts with bile duct stones, while 6 pts got temporary solution with stent implantation. Two of them had choledochotomy, other 4 pts are still with stents. In pts with biliary pancreatitis two had tumor, one malignant tumor of papilla of Vater and one intraductal papillary mucinous neoplasia, others had biliary stone disease. Four complications of ERCP occurred in pts over 80 years, none of them was severe. Overall 3 pts died within 30 days, but no ERCP-related mortality was observed.

**Conclusion:** ERCP proved to be a safe procedure even in pts over 80 years. To reduce the pts burden we tried to shorten the duration of procedure as much as possible, which lead to low rate of complete bile duct clearance at the first admission in our practice.

## 51.

## EUS ENDOSCOPIC PANCREAS PSEUDO-CYSTOGASTROSTOMY CASE REPORT

Hamvas J., Takács R., Földházi K., Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest

The pancreas pseudocyst gastrostomy is one of the most common interventions driven by EUS. Frequent indications are the gastric wall thicknes, small cysts far from the gastric wall with no impression, blood vessels turbulence, and tumor susption in the cystic cave. In our case an extremely large cyst (appr.:13x9,0 cm) wich developed thick wall, and with condensed liquid inside, was drained with EUS because of oval form has no inpress in the gastric wall.

**Patient:** 48 yrs male, with several attac of chronic pancreatitis and hyperlipidaemia in his medical history caused alcohol consuming. The last exacerbation of pancreatitis was serious and healed with remaining large pseudocyst conflued in the body and tale of the pancreas. After abdominal US and CT scan the patient was admitted to perform the EUS endoscopic cystogastrostomy. First attemp was diagnostic, and test punction, and in the second turn the cystogastrostomy was performed in general anaesthesia. Localising ideal vessel free area of gastric wall punction, the wall thickness were measured. With FNAB cystic liquid were collected for further lab. tests. Using traditional precut papillotom, guide wire and dilatation balloon two double pigtail drains (7 ChF each) were inserted to the cyst contrlled by EUS and enhancement X-ray. There were no local complications after the procedure, the control abdominal US showed cyst diminishing of half size. Follow-up resulted emptying of pseudocyst. One of the drains exlocated spontaneously by natural way the remaining drain was removed endoscopically. The controll examinations showed cyst free conditions.

**Conclusion:** In the cases of traditionally indicated endoscopic pancreas pseudo-cystogastrostomies EUS could help to localise the ideal gastric wall punction area, and gives better visual controll of the drain insertion then X-ray. Long term follow-up results the same results as in cases of traditionally cystogastrostomies

## 53.

## SYNTHETIC LETHALITY SCREENS OF VICHEM COMPOUNDS IN P53 MUTANT SYNGENIC CELL LINE MODELS

Hegymegi-Barakonyi B.,<sup>1</sup> Kéri G.,<sup>1</sup> Örfi L.,<sup>1</sup> Varga Z.,<sup>1</sup> Greff Z.,<sup>1</sup> Horváth Z.,<sup>1</sup> Jóri B.,<sup>2</sup> Schwab R.,<sup>3</sup> Peták L.<sup>2</sup>

Vichem Chemie Research Ltd., Budapest<sup>1</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest<sup>2</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest<sup>3</sup>,

**Introduction:** Kinase inhibitors are promising new class anticancer agents in gastrointestinal malignancies.

**Aims/Methods:** a focused compound library of 100 molecules was screened on wild type and p53 deficient colorectal cancer cell lines HCT116wt and HCT116-/p53 to select a small subset of compounds for detailed characterization.

In parallel to the apoptosis assays, luminescence based growth inhibition assays were used in HCT116 wt and HCT116 -/p53, HT29, U937, RD and lung cancer lines H358 (RAS mutant), H1650 (EGFR mutant) H1666 (RAF mutant) in order to test cytotoxicity of selected compounds in human cell lines with different histological origin and molecular background using staurosporin as a reference.

**Results:** 5 compounds had significant effects on both cell lines or caused less apoptotic effect in mutant p53 cells, 4 induced apoptosis in both wild type and p53 deficient cell lines. One compound (ID 18120) showed no effect on wild type cell line, but more than 30% corrected apoptotic index on p53 deficient cell line which is our best hit for p53 mutation selective synthetic lethality so far. 29 compounds have been tested in the extended assays and re-synthesized/purified in 20 mg scale. Growth inhibition assays cytotoxicity assays proved great selectivity of the novel compounds

**Conclusion:** Our chemistry driven cancer specific target discovery approach is viable and can lead to the discovery of novel targets and new anti-cancer drugs.

## 52.

## TABLE BEET RESTORES TRANSMETHYLATING ABILITY IN DIFFERENT TISSUES

Hegedűs V.,<sup>1</sup> Mihály Z.,<sup>1</sup> Szijártó A.,<sup>1</sup> Monostory K.,<sup>2</sup> Blázovics A.,<sup>3</sup> Sári É.,<sup>4</sup> Szőke E.,<sup>5</sup> Szijártó A.,<sup>1</sup> 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Science, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, Faculty of Horticultural Science, Corvinus University, Budapest<sup>4</sup>, Department of Oralbiology, Semmelweis University, Budapest<sup>5</sup>,

**Introduction:** Alimentary hyperlipidemy causes systemic low inflammation, which changes various cellular pathways and causes steatohepatosis. Steatohepatosis depletes antioxidants and diminishes the transmethylation ability. Biological active compounds (polyphenols, vitamins) especially betain of table beet can protect the redox homeostasis as well as the transmethylation ability. Transmethylation depends on bounded formaldehyde (HCHO), which plays an important role in the proliferative and apoptotic processes.

**Methods:** The aim of this study was to determine the transmethylation ability of natural substances on liver and duodenum mucose in short term alimentary hyperlipidemy. Male Wistar rats (in each groups: 5 animals) were fed with or without high fat chow (2% cholesterol, 0.5% cholic acid, 20% sunflower oil) and treated with 0,1g/bwkg/day in both alimentary groups with natural products (table beet and carrot powder) for ten days. Biochemical (total scavenger capacity), analytical (bounded HCHO) and histological examinations were carried out. Results and discussion: Natural product decreases the induced free radicals in liver tissues and duodenum mucose in hyperlipidemy. Higher levels of bounded HCHO can be found in treated animals with 0,1g/bwkg/day both in normolipidemy and in hyperlipidemy. Histology preparates showed severe steatohepatosis, and oedema was found at top of the apical part of duodenum mucose. The treatment diminished these alterations only moderately.

**Conclusion:** On the basis of results we can establish that table beet treatment could restore transmethylation processes both in the liver and duodenal mucose. Other main bioactive compounds (polyphenols, flavonoids, beta carotene) enhance reducing capacity of the tissues. After consuming table beet with carrot as functional food, beneficial effects on procedure of restoring the redox-homeostasis and serves more methyl donors may occur. Acknowledgements: ETT 012/2006 and GPS Powder Kft.

## 54.

## NUTRIGENOMIKA, NUTRIGENETIKA

Hidvégi E., Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest

Nutrigenomika, nutrigenetika - új kifejezések, de régi fogalmakat takarnak. Az utóbbi évek vizsgálatai hol igazolták, hol elvetették a régi tanokat, hol új összefüggéseket találtak a táplálkozás és az öröklődés között. Már korábban is ismertek voltak olyan monogén öröklődésű betegségek, melyek speciális diétával jól kezelhetők (pl. fenilketonuria, galaktozémia, laktóz intolerancia). A kutatások jelenleg a gén polimorfizmusok szerepét vizsgálják egyes betegségekben. A jövő vizsgálatai fognak választ adni arra, hogy melyik mutáció, milyen hatással van a tápanyagok emésztésére, felszívódására, azok metabolizmusára.

Pár éve divat volt az ú.n. „vércsoport diéta”. Van-e ennek tudományos alapja? A vércsoportokat meghatározó faktorok ugyan öröklődnek, de eddig nem tudunk tudományos igényű magyarázatot adni a táplálkozással való összefüggésére. Kérdőíves felméréssel kerestem választ a vércsoportok és táplálkozási szokások, valamint az étel-allergia megjelenése között.

276 kérdőív adatait dolgoztam fel. Ezek közel 1/3-a származott allergiás betegről (asthma br., allergiás nátha, étel-allergia). Laktóz intolerancia a „0” vércsoportú betegek között lehet a legnagyobb számban (30%). A parajt a megkérdezettek 64%-a szereti, ebben a különböző vércsoportú egyének között nem volt különbség. A káposzta-féléket az „A” és „AB” vércsoportúak kevésbé kedvelték. A kérdőívre adott válaszok alapján a „vércsoport diétának” igazolható alapja nincs, de más genetikai faktorok szerepet játszhatnak a tanult folyamatok, szokások mellett abban, hogy ki milyen ételt szeret.

## 55.

**MALIGNANT TRANSFORMATION OF ANOMALOUS OPENING OF THE COMMON BILE DUCT IN THE PYLORUS AS WELL AS IN THE DUODENAL BULB: REPORT OF TWO CASES**  
 Horvát G.,<sup>1</sup> Fazekas P.,<sup>2</sup> Erdélyi B.,<sup>3</sup> Vadnay I.,<sup>4</sup> Kozák R.,<sup>1</sup> Várvölgyi T.,<sup>1</sup> Markhot Ferenc Kórház- Ri, 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology<sup>1</sup>, Radiology<sup>2</sup>, General Surgery<sup>3</sup>, Pathology, Eger, Hungary<sup>4</sup>,

Appearance of anomalous bile duct opening, especially the presence of the papilla Vateri in the duodenal bulb and in the pylorus is extremely rare. There are only a few reports mentioned in the literature, where similar cases had been described. We could have found no information about malignant transformation of a such located papilla Vateri at all. For the time being the possibility of a tumour was assumed in three cases, but in none of them its evidence had been proved by surgical samples or histological processing. In our cases we found two tumours of the atypically located papilla Vateri in the pylorus and in the duodenal bulb where the malignancy could have been proved by endoscopic, histological and surgical evaluating methods. This presentation is about a 74 and a 78 years old patient suffering from obstructive jaundice due to the adenocarcinoma of an atypically located papilla Vateri in the pylorus and in the duodenal bulb. Our videos will illustrate the special situations. In both cases our assumption had been proved by a biopsy. One of the patients had refused the surgical treatment, so that we decided to provide the free flow of bile with endoscopic intervention. We will demonstrate the atypical circumstances, which made the cannulation of the bile duct difficult during the treatment. We proved early cancer in the case of the second patient had been set to Whipple operation. In our presentation we are going to elaborate the literary data and show you videos, MRCP and biopsy reports from our two patients.

## 57.

**A CYP24A1 ENZIM FOKOZOTT EXPRESSZIÓJA KOLOREKTÁLIS DAGANATOKBAN**  
 Horváth H.,<sup>1</sup> Kósa J.,<sup>1</sup> Speer G.,<sup>1</sup> Borka K.,<sup>2</sup> Bises G.,<sup>4</sup> Lakatos P.,<sup>1</sup> Lakatos P.,<sup>1</sup> Fuszek P.,<sup>3</sup> Papp J.,<sup>1</sup> Kállay E.,<sup>4</sup> Semmelweis Egyetem ÁOK I. Belgyógyászati Klinika<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem ÁOK II. Patológiai Intézet<sup>2</sup>, Jahn Ferenc Kórház Gasztroenterológiai Osztály<sup>3</sup>, Medizinische Universität Wien Institut für Pathophysiologie<sup>4</sup>,

Epidemiológiai adatok alapján a vastagbélrák tekintetében hazánk az európai országok között a nők esetében az első helyet, a férfiaknál pedig a második helyet foglalja el. Ismert, hogy az életmód és az étrend nagy szerepet játszik a colorektális daganatok kialakulásában és különböző makro- és mikroelemek, mint például a D-vitamin, védő hatásúak.

A D-vitamin elsődleges endokrin szerepén, a szervezet kalciummegensúlyának biztosításán túl számos folyamatot szabályoz. Az aktív D-vitamin, az 1,25 dihidroxi-cholecalciferol (calcitriol) egy para- és autokrin módon ható szteroidhormon, amely képes a sejtek differenciálódását elősegíteni, a sejtprolifерációt gátolni és apoptózist indukálni. Garland összefoglalója (2006) szerint meggyőző adatok bizonyítják a D vitaminhiány szerepét több daganat, így a vastagbélrák kialakulásában. A karcinogenezis és annak gátlása szempontjából ezért rendkívül fontos a D-vitamin aktiválásában és lebontásában szerepet játszó enzimek expressziójának és működésének vizsgálata.

A calcitriolt inaktíváló enzim, a 25-hidroxitamin D3 24-hidroxiláz (CYP24A1) expresszióját vizsgáltuk ép vastagbél-nyálkahártyában, polypokban valamint adenokarcinómában. A CYP24A1 enzim expressziójának mértékét a daganat szövettani sajátosságaiával és a klinikai adatokkal vetettük össze.

Eredményeink szerint a CYP24A1 mRNS és fehérje expressziója magasabb a vastagbéladenomákban és az adenokarcinómákban az ép nyálkahártyához képest. A CYP24A1 expressziója pozitívan korrelál a Ki67 proliferációs markerrel.

Az aktív D-vitamint lebontó enzim fokozott expressziója vastagbél adenomákban és adenokarcinómában arra utal, hogy a lokális calcitriol koncentráció a tumorgenezis folyamán csökken. A calcitriol proliferációgátló, apoptózisindukáló és sejt differenciálódást elősegítő hatásának csökkenése ill. megszűnése elősegítheti a daganat kialakulását. A CYP24A1 enzimaktivitás gátlása az aktív D-vitamin daganatellenes hatásának fenntartásával egy új tumorelles stratégia alapját képezheti humán colorektális daganatokban.

## 56.

**HYPERAMMONEMIA WITHOUT LIVER DISEASE AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC PROBLEM. TWO CASES WITH MYELOMA**

Horváth A., Nagy Z., Balassa K., Csák T., Demeter J., Szalay F., 1st Department of Medicine of Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Background:** Ammonia induced encephalopathy is a common symptom in end-stage liver disease. Hyperammonemia (HA) in non-hepatic diseases such as myeloma and also as a side effect of chemotherapy for malignant diseases has been reported. Here we report non-hepatic HA in two patients with myeloma.

**Case 1:** 79 yrs old man was admitted because of altered sensorium. Myeloma multiplex was diagnosed by highly elevated total protein level, biclonal M-components and bone marrow aspiration. No MRI abnormality was found in the brain in the background of the neurological symptoms. The EEG was characteristic for metabolic abnormalities common in ammonia induced encephalopathy. Plasma ammonia level was high without any signs of liver disease. The neurological symptoms improved spectacularly following protein restriction, lactulose, amino acid treatment and plasmapheresis even before the administration of chemotherapy. **Case 2:** The 77 yrs old woman with IgG myeloma underwent two cycles of thalidomide and dexamethasone treatment. She was admitted one month after the latest chemotherapeutic treatment because of consciousness disturbance, impaired renal function and anaemia. Anaemia was corrected by red blood cell transfusion and azotaemia by haemodialysis treatment. However, the neurological symptoms did not improve. HA was proven without any sign of liver disease. The EEG was characteristic for ammonia induced encephalopathy. The symptoms of encephalopathy disappeared rapidly following complex treatment aimed at reducing ammonia level and chemotherapy. **Discussion:** This is the first report from Hungary on non-hepatic HA. The mechanism of HA in myeloma patients could be complex. In our cases liver disease or other underlying diseases were excluded. Recently Japanese authors published that myeloma cells have ammonia producing capacity. It could be a component in our cases as well. **Conclusions:** We call attention that in case of altered sensorium or consciousness disturbances caused by hyperammonemia, not only liver disease but hematological disease as myeloma should be considered.

## 58.

**THE PREVALENCE OF HEPATITIS C VIRUS INFECTION AMONG PRISONERS IN HUNGARY. FIRST DATA OF THE FIRST HUNGARIAN SURVEY**

Horváth G.,<sup>1</sup> Werling K.,<sup>2</sup> Gasztonyi B.,<sup>3</sup> Nagy I.,<sup>4</sup> 1st Dept. Med. Szt. János Hosp. Budapest<sup>1</sup>, 2nd Dept. Med. Semmelweis University Budapest<sup>2</sup>, Dept. Med. County Hosp. Zalaegerszeg<sup>3</sup>, 1st Dept. Med. University of Szeged<sup>4</sup>,

**Introduction.** Nowadays, since the introduction of the screening of the blood donors, the highest risk groups for HCV infection has become the intravenous drug users (IVDU) and prisoners. About 100 times higher ratio of HCV infection was reported among captives in the EU. The anti-HCV positivity is 60% of the prisoners, and 90% of the prisoners with IVDU in the countries recently joined in the EU, respectively. Almost all of the risk factors of the HCV infection - IVDU, tattoo, piercing, homosexuality, promiscuity, alcoholism, infected persons in the surroundings - are present in captives in Hungary, as well as in other countries.

**Patients and methods.** In 2007. the average number of the prisoners was 16,000, in Hungary. There were 5.630 (35% of the total) inmates in the 7 institutes, where the surveys were made. Informative lectures about the HCV, and related diseases were followed by the screening. The participation was voluntary. The blood samples were tested for anti-HCV; the positive cases for HCV RNA by PCR. 1.989 (35%) of the 5.630 captives of the 7 jailhouses were tested, i.e. 12% of all prisoners in Hungary (1.989/16,000).

**Results.** Anti-HCV positivity was observed in 100 cases (5%), and 60 of them (3% of the total) were HCV RNA positive.

**Conclusion.** The prevalence of HCV infection was much lower, than that it was expected by the data of other countries of the EU. One possible reason, that the situation in this respect is really better in Hungary. However, it may be presumed that the tested population is not entirely representative; perhaps the known HCV positive prisoners, or those, who thought himself to be positive due to the presence of risk factors, did not participate in this program, because they were afraid from its consequences, i.e. the excommunication or other bias.

The survey and the antiviral treatment of the captives with chronic C hepatitis are ongoing. Further results will be published in the near future.

## 59.

# HOGYAN TOVÁBB? A MAGYARORSZÁGI INFLIXIMAB CENTRUMOK TAPASZTALATI 1 ÉVES FENNTARTÓ KEZELÉS UTÁN

Horváth G.<sup>1</sup>, Grenda A.<sup>1</sup>, Palatka K.<sup>4</sup>, Molnár T.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Salamon Á.<sup>7</sup>, Szabó A.<sup>6</sup>, Hunyady B.<sup>5</sup>, Gelley A.<sup>8</sup>, Újszászy L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Nagy F.<sup>3</sup>, Altorjay L.<sup>4</sup>, Rác L.<sup>6</sup>, Simon L.<sup>7</sup>, Miskolci Egészségügyi Központ Belgyógyászati Intézet-Gasztroenterológia, Miskolc<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, ÁOK, II.Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>2</sup>, Szegedi Egyetem, ÁOK, I. Belgyógyászati Klinika, Szeged<sup>3</sup>, Debreceni Egyetem, ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen<sup>4</sup>, Pécsi Egyetem, ÁOK, I. Belgyógyászati Klinika, Pécs<sup>5</sup>, Petz Aladár Megyei Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Győr<sup>6</sup>, Balassa János Megyei Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Szekszárd<sup>7</sup>, BIK, Belgyógyászati Osztály, Budapest<sup>8</sup>, Markusovszky Megyei Kórház, II.Belgyógyászati Osztály, Szombathely<sup>9</sup>,

**Bevezetés:** Magyarországon a Crohn betegség kezelésében 2000-ben új gyógyszeres lehetőség nyílt meg, az anti-TNF-alfa terapia. A biológiai kezelésre kijelölt centrumok 2003-tól OEP finanszírozással már hozzáférhettek e rendkívül hatékony gyógymóddhoz. A Crohn betegség hosszútávú kezelése számos buktatót hordoz. Ebben a munkában azoknak a betegeknek a kezeléséről szeretnénk beszámolni, akik 1 éves fenntartó infliximab kezelésben részesültek.

**Betegek és módszer:** az országos regiszter alapján eddig 363 kezelt betegről áll rendelkezésre adat. Jelenleg 50 beteg részesült 1 éves fenntartó infliximab kezelésben. 23 férfi és 22 nő. Átlagéletkoruk 32 év. Az átlagos követési idő 15.4 hónap. A fenntartó kezelés végén az átlagos CDAI 140(29 beteg adata alapján), CRP:14 mg/l(48 beteg), az átlagos hemoglobin:134 g/l(50 beteg), az átlagos trombocytaszám:289 G/l(50 beteg), az átlagos se albumin:44g/l(20 beteg). Az egy éves fenntartó IFX kezelés alatt a korábban steroidot szedő betegek közül 21-nél el lehetett hagyni a szisztémás steroidot, vagy budesonid-ot. Az egy éves fenntartó IFX th után 13 betegnél folytattuk az IFX terápiát részben on demand módon-relapsus esetén retreatment(9 beteg). 7 betegnél shifteltünk adalimumab terapiára, közülük 3 van tartós remissióban. Az összes beteg közül jelenleg 25 van remissióban. A többi betegnél a relapsus átlagos ideje:7 hónap. A relapsus átlagos CDAI értéke:280(18 beteg), az átlagos CRP:29 mg/l(19 beteg), az átlagos hemoglobin érték 128 g/l(18 beteg), átlagos trombocytaszám:420 G/l(18 beteg), az albumin szint 42 g/l(6 beteg) volt. A relapsus terapiájában 8 betegnél visszaadtuk a steroidot, 9 betegnél IFX retreatment-et alkalmaztunk, 7 betegnél adalimumabbal próbálkoztunk, 3 betegnél műtétre kényszerültünk. A követési periódusban 3 betegnél észleltünk mellékhatást:1TBC, 1 herpes zoster, 1 korai allergiás reakció(retreatment)

**Megbeszélés:** a Crohn betegség hosszútávú kezelése nem kiforrott. A magyarországi kezelési gyakorlatot nagyban befolyásolják financiaális lehetőségeink, a hosszútávú kezelés lehetőségeit a mellékhatások korlátozhatják.

## 61.

# A NEW PERSPECT OF MAINTAINING TRIANGULATION WITHIN NOTES CHOLECYSTECTOMY

Hudomel D.<sup>1</sup>, Lukovich P.<sup>2</sup>, Pálincás P.<sup>1</sup>, Váradi G.<sup>2</sup>, Kupcsulik P.<sup>2</sup>, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest<sup>1</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest<sup>2</sup>,

**Background:** One crucial point of using Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) at cholecystectomy is triangulation. The main problem is, that if we operate through only one overtube, the triangulation is nearly impossible to effectuate. Also indispensable conditions are usage of a reliable grip and the possibility of unrestricted movement of the gallbladder which basically calls for more than one instrument. Without this grip and move ability the operation is too risky and unsecured to carry out.

**Method:** Our experiments were performed on pig's liver-gallbladder-intestine model. We designed and developed small, single forceps, that could be passed through the overtube with the diameter of 10 mm, carrying a 9mm neodymium (NdFeB) magnet attached to them by a sting. The gripping power of the forceps is adjustable. We placed two ones on the gallbladder by a special semiflexible instrument in approximately 5-6 minutes. Extracorporally we used the same NdFeB magnets to establish magnetic connection to the intraabdominal ones. This magnetic connection manages the movement of the gallbladder successfully, therefore solving the problem of triangulation.

**Results:** Our elementary versions of the small forceps moved by the extracorporal magnets fulfilled our expectations of maintaining a perfect grip and maneuverability of the gallbladder. Compared to the laparoscopic instruments, our forceps allow nearly the same safe grip on the gallbladder. Only the magnetic power was not strong enough to securely hold the gallbladder, so the safe reveal of the Calot triangle was not possible yet.

**Conclusions:** Using extracorporal electromagnets with adjustable magnetic power might solve this problem. They can dramatically improve the pull to the intraabdominal magnet, and so the required power and placing, to ensure triangulation and safe grip at the same time. For the intraoperative light supply and optic we plan a single, wireless unit placed in the abdomen through the overtube, also moved by external magnets, transferring the digital video signal to the monitor's receiver by radio waves.

## 60.

# ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND SUCCESSFUL TREATMENT OF HIGH GRADE GASTRIC LYMPHOMA

Horváth M.<sup>1</sup>, Solt J.<sup>1</sup>, Nagy Á.<sup>2</sup>, Losonczy H.<sup>2</sup>, Beró T.<sup>1</sup>, Baranya Megyei Kórház, Gasztroenterológiai Osztály<sup>1</sup>, PTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika, Hematológiai Osztály<sup>2</sup>,

The primary lymphoma of the stomach is relatively uncommon. It accounts for less than 3% of gastric malignancies. The vast majority of them are non-Hodgkin's lymphomas of B cell origin. For diagnosis endoscopic biopsy, some times big particle biopsy is needed, because of the deep spreading of the disease. Compared to adenocarcinoma nonsurgical treatment is preferred and the outcome is far better.

The patient with the history of gastric and duodenal erosions, cholecystectomy, umbilical herniotomy went through upper endoscopy because of epigastric pain. The examination revealed a large, exulcerated lesion of the antro-pyloric region. PPI therapy and Helicobacter pylori eradication was started. The detailed histological examination proved CD 20 positive diffuse large B-cell lymphoma. Abdominal and chest CT examination showed no metastases, crista biopsy did not referred to infiltration of the bone marrow. The patient obtained eight sessions of R-CHOP treatment. Periodic endoscopic surveillance started after the third session of chemotherapy showed total macroscopic regression of the lymphoma, and since then histology has been negative.

By reporting on the successive treatment of a locally advanced high grade B-cell lymphoma of the stomach, the authors would like to emphasize the importance of correct endoscopic, histological diagnosis, adequate treatment and surveillance.

## 62.

# THE EFFECT OF BILE ACIDS ON HUMAN PANCREATIC DUCT CELLS

Ignáth I.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Székely C.<sup>1</sup>, Hasewaga M.<sup>2</sup>, Inoue M.<sup>2</sup>, Alton E.<sup>3</sup>, Griesenbach U.<sup>3</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Lonovics J.<sup>1</sup>, Varró A.<sup>4</sup>, Argent B.<sup>5</sup>, Gray M.<sup>5</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>1</sup>,

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, DNAVEC Corporation, Tsukuba, Ibaraki, Japan<sup>2</sup>, Department of Gene Therapy, National Heart and Lung Institute, Imperial College, London, UK.<sup>3</sup>, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>4</sup>, Institute for Cell and Molecular Biosciences, University of Newcastle, Newcastle upon Tyne, UK.<sup>5</sup>,

We have previously shown that exposure of intact guinea pig pancreatic ducts to bile acids, which may occur e.g. in acute pancreatitis, induces intracellular acidification and a marked increase in intracellular Ca<sup>2+</sup> concentration ([Ca<sup>2+</sup>]<sub>i</sub>). Moreover, a low dose of chenodeoxycholate (CDC) stimulates the luminal anion exchanger which suggests a possible role of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) in this effect. There are no available data concerning the effect of bile acids on human pancreatic duct cells. The aim of our study was to examine the effects of CDC or glycochenodeoxycholate (GCDC) in human cystic fibrosis CFPAC-1 pancreatic duct cells which are homozygous for the most common delF508 cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) mutation or in CFPAC-1 cells which are corrected for the defective CFTR. Methods: We transduced polarized CFPAC-1 cells (n=4-6) with recombinant Sendai virus (SeV) constructs (multiplicity of infection=3) containing the CFTR or β-galactosidase (LacZ) cDNA. 48-72 h after infection, the intracellular pH (pHi) and [Ca<sup>2+</sup>]<sub>i</sub> of the cells were recorded by microfluorimetry. Results: Both apical and basolateral administration of CDC or GCDC caused dose-dependent (100-1000 μM) reversible intracellular acidification. Our results did not show significant differences in the rate of intracellular acidification caused by bile acids in SeV-CFTR and SeV-LacZ transduced cells. The exposure of cell lines to bile acids induced a marked increase in [Ca<sup>2+</sup>]<sub>i</sub> and CDC caused the largest response. Similarly to that observed in primary ducts, the effect of CDC administration from the apical membrane was greater than from the basolateral membrane. Furthermore, glycine conjugated bile acids also resulted in Ca<sup>2+</sup> signalling when administered from either membrane of the cells. Conclusions: Human pancreatic duct cells respond similarly to administration of bile acids compared to that observed in guinea pigs. CFTR expression is not necessary for pHi changes and Ca<sup>2+</sup> signalling caused by bile acids. Supported by OTKA, MTA, ETT and The Physiological Society.

## 63.

## PNEUMATURIA AS FIRST SIGN OF CROHN'S DISEASE. CASE REPORT.

Iliás Á.<sup>1</sup>, Tóth G.<sup>2</sup>, Benyó I.<sup>3</sup>,

Á.<sup>1</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest <sup>1</sup>, Dept. of Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>, Dept. of Surgery, St. Margaret Hospital, Budapest <sup>3</sup>,

**Background:** Crohn's disease (CD) presents as acute or chronic bowel inflammation, causing stricture and obstruction or penetration and fistula formation. Perirectal fistulas, fissure, abscesses and anal stenosis are present in about 30% of these patients. In women with Crohn's colitis rectovaginal fistula develops in about 10%. Intestinal inflammatory disease may fistulise into the urinary bladder. Dysuria is a common complaint of enterovesical fistula. Pneumaturia is less common and fecaluria is rare, too. Genitourinary complications are reported to occur up to 35% of CD patients. Urinary tract fistulas in CD occurred more often in men.

**Case report:** A 38-year old male was first examined in 2005 because of constipation, nausea and higher GGT. Abdominal ultrasound, gastroscopy, colonoscopy, and the small bowel follow through were negative. Two years later in June 2007 he came to our gastrointestinal outpatient clinic because of abdominal pain, subfebrility and pneumaturia. At CT enterography a significant stenosis of the terminal ileum and an inflammation of lower ileum firmly adherent to the top of the urinary bladder as well as to the sigmoid colon were revealed. An operation was performed under the diagnosis of a suspected ileo-vesico-sigmoid fistula complicating CD. A partial resection of the diseased ileum and closing the fistulas on the fundus of the bladder and on the sigmoid colon were carried out.

**Conclusions:** Fistulae are rarely the first complaints of patients with CD, they have complaints before fistula formation, too. A careful history usually detects previous episodes that have not been recognized earlier. CT enteroclysis is a proper diagnostic tool for detecting fistulae.

## 65.

## SOMATOSENSORY CHANGES IN THE REFERRED PAIN AREA IN PATIENTS WITH DEFINITIVE IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Joó I.<sup>1</sup>, Kurucsai G.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Funch-Jensen P.<sup>2</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital, Székesfehérvár <sup>1</sup>, Dept. of Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark <sup>2</sup>,

**Introduction:** Somatosensory hyperalgesia in the referred pain area (RPA) in patients with chronic abdominal pain syndromes may result from the convergence of nerve fibres from visceral and somatic tissues at the spinal and supraspinal levels. The aim of the present study was to evaluate the cutaneous neural sensory perception in the RPA in patients with definitely irritable bowel syndrome and chronic left lower quadrant (LLQ) abdominal pain.

**Aims & Methods:** 22 patients with irritable bowel syndrome (IBS) and 27 age-matched healthy volunteers were prospectively investigated by quantitative sensory testing (Neurometer® CPT) as we published earlier. The symptoms were classified by Rome III and the severity of LLQ abdominal pain was assessed by visual analogue score (VAS) system. The contralateral region of the abdomen, right lower quadrant served as the control area. The sensory current perception threshold ratio (SCPTR) of the data measured in the contralateral area and the RPA was calculated.

**Results:** The SCPTRs in IBS patients versus healthy volunteers were: 0.62±0.27 vs. 1.07±0.34 at 2000 Hz; 0.50±0.18 vs. 0.99±0.25 at 250 Hz; and 0.51±0.24 vs. 1.03±0.34 at 5 Hz, respectively. Significant hypersensitivity was detected in the RPA at different stimulation frequencies in the IBS patients with LLQ abdominal discomfort with accompanying deviation in Bristol-scale from the normal and in the controls: on 2000 Hz: p=0.000008; on 250 Hz: p=0.00000001; and on 5 Hz: p=0.0000004, respectively.

**Conclusion:** Diverse clinical signs in IBS patients may caused by local sensitizing process in the visceral nerve system, which moderate the pain memory of the central nervous system lead to this local hypersensitivity.

## 64.

## EFFECT OF PPI THERAPY ON LOWER ESOPHAGEAL SPHINCTER IN HYPERTENSIVE LES

Illés A., Csizmadia C., Acél P., Nagy L., Király Á., 3rd. Dept. of Medicine, Medical University of Pécs

**Background:** Hyperreactive lower esophageal sphincter is a rare motility disorder of the LES. Nissen fundoplication was shown to be effective in the treatment of patients with GERD induced hypertensive LES. Aim of this study was to determine the efficacy of PPI therapy in patients with hypertensive LES.

**Patients and methods:** 10 consecutive patients (2 males, 8 females, median age: 58 years) was enrolled in the study. Hypertensive lower esophageal sphincter was detected by eight channel, water perfused esophageal manometry system. Definition of hypertensive LES: average pressure of lower esophageal sphincter is higher, than 34 mmHg and relaxation is complete. Before and after PPI therapy average LES pressure, maximal LES pressure, relaxation of LES was measured. Average length of PPI therapy was 6 months.

**Results:** PPI therapy led to a significant decrease of the average LES pressure (36,1±1,9 vs. 25,3±2,3 mmHg, p<0,05). Maximal LES pressure tend to decrease (58,1±4,2 vs. 46,8±4,65 mmHg), but no statistical significance could be obtained. LES relaxation did not change significantly after PPI therapy (90,4±3,5 vs. 87,7 ±4,9 %).

**Conclusion:** PPI therapy is an effective treatment of patients with hypertensive LES. The efficacy of Nissen fundoplication and PPI therapy is proved by the fact that hyperreactive lower esophageal sphincter is a consequence of the GERD.

## 66.

## TUMOR TÍPUSÚ PIRUVÁT-KINÁZ DIAGNOSZTIKÁJA ÉS CÉLZOTT TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK GASTROINTESTINÁLIS TUMOROKBAN

Jóri B.<sup>1</sup>, Szántai E.<sup>3</sup>, Sasvári M.<sup>3</sup>, Tihanyi B.<sup>4</sup>, Tihanyi T.<sup>4</sup>, Kupcsulik P.<sup>4</sup>, Kéri G.<sup>2</sup>, Peták I.<sup>1</sup>, Schwab R.<sup>5</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest <sup>1</sup>, Vichem Chemie Kutató Kft., Budapest <sup>2</sup>, Orvosi Vegytani, Molekuláris Biológiai és Pathobiokémiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest <sup>3</sup>, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest <sup>4</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest <sup>5</sup>,

**Bevezetés:** Régóta ismert a tumoreredetű M2-piruvát kináz (Tu-M2PK) tumormarker szerepe. A tumor kialakulása során a piruvát-kináz izoenzim háztartás átrendeződik, a májban eltűnik az L-PK, az agyban az M1-PK, míg az M2-PK fehérje expressziója megnövekedik. A tumorokban az M2-PK fehérjének a dimer formája válik dominánssá, mely dimer forma megjelenik a páciens vérében és székletében is, így bizonyos esetekben diagnosztikus értékkel bír. Utóbbi évek egyetlen Fázis II klinikai vizsgálati fázisba került magyar fejlesztésű gyógyszerjelölt molekulája a szomatostatin analóg TT-232, amely hatásmechanizmusának vizsgálata során a Tu-M2PK-t azonosították, mint lehetséges daganatterápiás célpontot.

**CÉL:** Vizsgálatunk célja az volt, hogy a TT-232 érzékenység molekuláris hatásmechanizmusának pontosabb feltárásával prediktív diagnosztikai markerek azonosítsunk.

**Módszerek:** Ennek érdekében teljes genom expressziós array vizsgálatokat végeztünk különböző TT232 érzékenységű vastagbélrák sejtvonalakban. Az in vitro kísérleteken kívül vizsgáltuk a Tu-M2PK lokális expresszióját real-time PCR-el pancreas és colon carcinomákban és a perifériás vérben ELISA tesztel.

**Eredmények:** Az M2PK expresszióját mRNS és fehérje szinten is ki tudtuk mutatni minden vizsgált daganatmintában, valamint minden beteg plazma M2PK szintje emelkedett volt. A TT232 kezelés hatására létrejövő apoptotikus sejtekben az M2PK nukleáris transzlokációját figyeltük meg, azonban az M2PK expressziójának szintje önmagában nem volt elégséges a TT232 érzékenység predikciójához. A expressziós array azonban számos olyan gént azonosított, amelyek expressziós szintje különböző módon változott érzékeny és rezisztens vonalakban. Ezek további validálása folyamatban van.

**Következtetések:** A TT232 ígéretes új, molekuláris célzott gyógyszere lehet, mivel az M2PK nagyon gyakran magasán expresszálódik. Azonban a TT232-re adott terápiás választ nem csak az M2PK szintje határozza meg, ezért további vizsgálatokra van szükség a TT232 személyre szabott alkalmazásához szükséges diagnosztikai módszerek kifejlesztéséhez.

## 67.

# THE EVALUATION OF ESOPHAGEAL MOTILITY IN PATIENTS WITH ESOPHAGEAL COLUMNAR METAPLASIA (ECM).

Kádár J.<sup>1</sup>, Vetró É.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Németh I.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Vadász K.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary <sup>2</sup>,

**Patients** with specialized intestinal metaplasia (SIM) of the esophagus were shown to have more acidic and biliary reflux than patients with oxyntic or cardia type metaplasia (OM), which was further increased in patients with dysplasia. Although this led to the hypothesis that the esophageal motility disorder may be severe in this patient group, detailed prospective evaluation of this question has not been carried out.

**Aim:**To evaluate the esophageal motility by manometry, in patients with different histological types of ECM with or without dysplasia. **Patients, methods:**Esophageal motility was prospectively evaluated by standard water perfusion esophageal manometry in 132 patients [M/F 79/53, mean age 55.5(26-81)ys] with endoscopic and histological evidence for ECM. **Parameters studied:** pressure and relaxation time of the lower esophageal sphincter (LES); peristaltic wave amplitude, duration and propagation velocity in the esophageal body (EB). The type of metaplasia and the presence of dysplasia were established by immunohistochemistry and cytometry. **Results:**Patients with SIM had decreased EB peristaltic amplitudes in the distal esophagus (3cm-s above the LES,  $p<0.01$ ) compared to patients with OM. Other parameters were similar. On the other hand patients with IM with dysplasia had significantly lower LES pressure ( $p<0.05$ ), EB peristaltic amplitude and duration (3 and 8 cm-s above the LES,  $p<0.05$ ) compared to those without dysplasia.

**Conclusions:**Our results provided data that both LES and EB motility is impaired in patients with ECM. Furthermore, they support the hypothesis that esophageal motility abnormalities are more pronounced in patients with more severe histopathological stage of the disease. The study was organized by the South Hungarian Regional Surveillance Group for the Study of Barrett's Esophagus (B Bod,L Czakó,J Csanádi,K Csefkő,ZF.Kiss, C Góg,J Hudák,K Intéző,J Lázár,G Jármay,Z Lénárt,K Lovik,T Molnár,F Nagy,L Oczella,A Paszt,S Radics,L Szalay,K Szentpáli,A Szepes,Z Szepes,A Tiszai,A Titz,M Varga,A Váry,J Zombori). Grant: RET08/2004, ETT T02-515/2006.

## 69.

# SELECTIVITY PROFILING AND OFF-TARGET IDENTIFICATION OF CLINICALLY RELEVANT KINASE INHIBITORS FOR GASTROINTESTINAL TUMORS

Kéri G.<sup>1</sup>, Ulrich A.<sup>2</sup>, Varga Z.<sup>2</sup>, Greff Z.<sup>2</sup>, Örfi L.<sup>3</sup>, Schwab R.<sup>4</sup>, Peták I.<sup>5</sup>, Vichem Chemie Research Ltd., Budapest <sup>1</sup>, Max Planck Institute of Biochemistry, Martinsried, Germany <sup>2</sup>, Department of Pharmaceutical Chemistry, Semmelweis University, Budapest <sup>3</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest <sup>4</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest <sup>5</sup>,

Targeted inhibition of protein kinases by small molecule drugs has evolved into a viable approach for anticancer therapy. These inhibitors are widely used in signal transduction therapy, although the true selectivity of them has remained unclear. Recently several kinase inhibitors have been used for Gastrointestinal tumors.

We have developed a chemical derivatization based affinity chromatography technology for selectivity profiling and off-target identification of kinase inhibitors. The strategic relevance of the KinaTor™ technology in lead optimization is twofold. Firstly, it provides the selectivity panel for a lead of any ongoing optimization program on distinct kinase targets, and secondly, it identifies novel and unexpected targets for an investigated compound series templated on a privileged structure.

The KinaTor™ technology relies on the coupling of small molecule kinase inhibitors via a linker to a matrix with the aim to generate an affinity chromatography material, which exploits the strong binding affinities between kinase inhibitors and their molecular targets. A key element of the technology is the proper chemical modification of the kinase inhibitor. Once immobilized ligands are processed in an affinity chromatography approach to identify all the relevant targets and off-targets from a crude extract, which bind to this matrix. MS analysis of the identified protein spots and a parallel LC-MS/MS analysis permit detection of all the bound proteins

We examined three recently launched kinase inhibitor drugs Gefitinib, Imatinib and Sunitinib, which all could be relevant in treatment of GISTs. Gefitinib is inhibitor of EGF-R, Imatinib inhibits Abl, PDGF-R and KIT protein kinases and Sunitinib inhibits mainly PDGF-R, VEGF-R and KIT.

Sunitinib is in the first-line treatment of metastatic RCC and together with Imatinib – because of their KIT inhibition – is used in the treatment of GISTs. Furthermore, overexpression of EGF-R in some GISTs have been published so the application of Gefitinib may be effective in this cases.

## 68.

# AZ „ESPEN NUTRITION DAY” FELMÉRÉS EREDMÉNYE OSZTÁLYUNKON

Kalecz Z., Takács R., Szakács A., Erőss B., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Kórház I.sz. Belgyógyászati gastroenterológiai osztály,

Az ESPEN szervezetben „Táplálási nap az európai kórházakban” felmérés egyik hazai résztvevőjeként osztályunkon megtörtént az egynapos vizsgálat mely tanulságos adatokkal szolgált. A vizsgálat célja az európai kórházak táplálási szokásainak felmérése. A felmérés az ellátó osztályra, klinikumi adatokra, a beteg megelőző három hónapos testsúlyváltozására és étkezésére irányult.

**Betegek és módszer:** A felmérést 85 betegnél végeztük el (31 ffi, 54 nő) Korfa: 20-40:3, 40-60:36, 60≤:46. Megelőző három hónapban 30 beteg veszített a súlyából akaratlanul, 1 testsúlya nőtt, a többi testsúlya változatlan, ill. nem válaszolt. 60 beteg fogyaszt a kórházi étrenden kívül mást is, 25 beteg csak a kórházi étrendet ette. 74 beteget látogattak, 14-et nem. Az általános állapot felmérés alapján 46 beteg hiányos a fogazatú, 38 beteg elrendelten diétázik, 72 rendszeresen sok gyógyszert szed. Kórházi körülmények között jobban betartják a diétát mint otthon. Klinikai tápszert fogyasztók között történt felmérés igazolta, hogy a betegek szívesen fogyasztják az orvos által elrendelt kiegészítő táplálást, főleg az ízesített változatot. Pancreatitises beteg jejunális táplálása során a betegek nagyobb türelemmel viselik az acut időszakot, ha mesterséges táplálást kapnak, gyógyulási idejük lerövidül. A felmérés során tapasztaltuk, hogy a betegek nem fogyasztják el a megfelelő folyadék mennyiségét, még gyakori az infúziós folyadék pótlás. Betegfelvételnél vizsgáltuk, hogy a fennáll-e a nem megfelelő táplálkozásnak a veszélye, ennek méréséhez a (MUST) Malnutrition Universal Screening Tools módszert használtuk. Kóros MUST értékek esetén kórházunk osztályain dietetikusok állítják össze a betegek individuális személyre szabott diétáját, gyakran igénybe véve gastroenterológus szakorvos és a társszakmák segítségét. A betegek testsúlyát mérjük bejövetelek, hetente, alkalmanként, vagy amikor szükséges.

A kórházban 2005 óta mesterséges táplálási team működik, amely a klinikai táplálást igénylő esetekben rendelkezésre áll.

**Összefoglalás** Az összegyűjtött információk segíthetnek a betegélelmzés, étkezés és a mesterséges táplálás fejlesztéséhez.

## 70.

# ASSOCIATION OF B-DEFENSIN 1 SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS WITH CROHN'S DISEASE/ASSOCIATION OF B-DEFENSIN 1 SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS WITH CROHN'S DISEASE

Kocsis A.<sup>1</sup>, Somogyvári F.<sup>1</sup>, Fuszek P.<sup>2</sup>, Papp J.<sup>2</sup>, Fischer S.<sup>2</sup>, Szamosi T.<sup>2</sup>, Lakatos L.<sup>3</sup>, Kovacs A.<sup>4</sup>, Hofner P.<sup>1</sup>, Mandi Y.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>2</sup>, Department of Medical Microbiology and Immunobiology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary <sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Erzsébet Hospital, Budapest, Hungary <sup>4</sup>,

**Background** It has been suggested that deficient defensin expression is connected with the chronic inflammation of Crohn's disease. The regional localization of the Crohn's disease, ileal or colonic disease can be linked to different defensin profiles. As constitutive  $\beta$ -defensin 1 has a colonic expression, we considered it of interest to investigate single nucleotide polymorphisms (SNPs) of the  $\beta$ -defensin 1 gene (DEFB1) in Crohn's disease.

**Methods** Three SNPs of the DEFB1 gene DEFB1 G-20A (rs11362), DEFB1 C-44G (rs1800972) and DEFB1 G-52A (rs1799946) were genotyped either by Custom TaqMan® SNP Genotyping Assays or by restriction fragment length polymorphisms (RFLP) in 190 patients with Crohn's disease and 95 Hungarian controls.

**Results** Strong associations between the G-20A and C-44G SNPs and the colonic, and ileocolonic localization of the disease, respectively, but no association was detected as concerns the ileal localization. A significantly higher frequency of the GA genotype of G-20A was observed among patients with colonic localization (60 %) as compared with the healthy controls, (39 %), with OR 2.39. The GG genotype of C-44G SNP, which can be regarded as a protective genotype, was much less frequent (4%) among the patients than among the controls (12%), OR 3.367.

**Conclusions** These results indicate that genetic variations in the DEFB1 gene encoding constitutive human  $\beta$ -defensin 1 may associated to the risk for Crohn's disease and may determine disease phenotype, e.g. colonic localization.

## 71.

### DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ELEVATED LIVER ENZYMES: CASE REPORTS

Korom T., Nagy L., Csajbók É., Wittmann T. 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary

**Background:** Many patients are referred to our hepatology unit for evaluation because of abnormal liver function tests. The first steps in the differential diagnosis are the history-taking, physical examination, routine laboratory tests and abdominal ultrasonography. Next we check the relevant virological, autoimmune and tumour markers and/or perform special radiology examinations or liver biopsy if necessary.

Alkaline phosphatase (ALP) is an important enzyme that catalyses the cleavage of inorganic phosphate non-specifically from a wide variety of phosphate esters; it exhibits a high (> 8) pH optimum. The serum ALP is mainly derived from the liver, and bones and in lesser amounts from the intestines, placenta, kidneys and leukocytes. An elevated liver-ALP activity in the serum is mostly caused by cholestatic liver diseases (PBC, PSC, obstructive biliary diseases, etc.).

**Case Reports:** We report here on 3 patients with high "cholestatic liver enzyme".

1. A 52-year-old man who had a persistent isolated ALP elevation. His right thigh was visibly wider and deformed. X-ray examination revealed osteolytic lesions in the femur. The biopsy of the femur lesion led to a diagnosis of Paget's disease of the bone. Treatment with tiludronic acid and vitamin D resulted in a partial clinical improvement, with reduction of the abnormal serum ALP level.

2. A 30-year-old pregnant woman who had an extremely high ALP level at 29 weeks of gestation. Abdominal ultrasonography demonstrated oligohydramnios. Her previous pregnancy had terminated with a cesarean section at 38 weeks; the baby had died from multiple congenital anomalies.

3. A 32-year-old man who had an isolated ALP elevation. There was hyperthyroidism in the history. The laboratory tests showed a low serum calcium level and elevated parathormone indicating secondary hyperparathyroidism. Accordingly, he was directed to endocrinology for further endocrine examinations and treatment.

**Conclusion:** Pathological "liver function test" results are not necessarily due to liver or biliary disease, and careful work-up of the cases is therefore recommended.

## 73.

### BILE DUCT DISEASES IN INFANCY AND CHILDREN

Kovács M.,<sup>1</sup> Szőnyi L.,<sup>4</sup> Dezsőfi A.,<sup>4</sup> Davidovics S.,<sup>2</sup> Rácz L.,<sup>3</sup> Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr, Department of Pediatrics<sup>1</sup>, Department of Pediatric Surgery<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine and Gastroenterology<sup>3</sup>, Semmelweis University, Budapest, 1st Department of Pediatrics<sup>4</sup>,

**Background:** The bile duct diseases may induce cholestasis with or without jaundice. In neonate and infancy the extra- and intrahepatic bile duct diseases may occur with the same clinical symptoms. In adolescent children the extrahepatic bile duct alterations are more frequent.

**Aim:** The purpose of this retrospective study was to analyze the causes of bile duct diseases and to evaluate the steps of the diagnostic activity as well as the applied treatment.

**Patients and methods:** From January 2000 to October 2007 we investigated 17 children with bile duct diseases. The age of our patients ranged from 6 months to 16 years with a median age of 10.9 years. The gender ratio was 8 females to 9 males. We reviewed the medical records retrospectively.

**Results:** The extrahepatic bile ducts were affected in 14 patients, while in three patients the intrahepatic bile ducts were altered. In 11 patients common bile duct stones with gallbladder stones were identified. The diagnoses of bile duct stones were confirmed in 8 patients by non-invasive methods (US, MRCP) and in three patients by ERCP. All in these patients preoperative therapeutic ERCP and cholecystectomy was performed. Stenoses of the extrahepatic bile duct was detected in three patients. In the case of the portal vein cavernosus malformation resulting secondary stenosis of the common bile duct surgery by a Roux-en Y choledochojejunostomy was done. The common bile duct stenosis caused by recurrent pancreatitis was operated on using the same technique. In one patient the Wilson-disease with underlying lymphadenomegaly caused suprapapillary choledochus stenosis, which was treated by common bile duct stenting. In three cases intrahepatic bile duct diseases were verified by the liver biopsy histology.

**Conclusions:** In our extrahepatic cholestasis cases the diagnostic value of the non-invasive imaging methods (US, MRCP) was high. CT scan is the most informative method to study the source of bile duct compression. ERCP was performed mainly with therapeutic aims. Liver biopsy is essential to clarify the etiology of intrahepatic cholestasis.

## 72.

### THE EFFECTIVENESS OF ENTECAVIR IN CHRONIC HEPATITIS B IN PATIENTS RESISTANT TO LAMIVUDINE AND ADEFOVIR

Koutoubi Z.,<sup>1</sup> Vincze Á.,<sup>2</sup> Chebli A.,<sup>1</sup> Taha M.,<sup>1</sup> Department of Medicine, Tawam Hospital – Johns Hopkins Medicine, Al Ain, UAE<sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary<sup>2</sup>,

**Background/Aims:** Entecavir, a nucleoside analog, is a new medication that is active against both lamivudine- and adefovir-resistant HBV. The aim of this study was to investigate the effectiveness of entecavir in patients with chronic hepatitis B resistant to lamivudine and/or adefovir therapy in patients from United Arab Emirates.

**Methods:** In an observational prospective study, we followed 36 patients with chronic hepatitis B who received either lamivudine or adefovir monotherapy or combination therapy. Some of these patients were treated with peginterferon alfa 2a in the past. Twelve patients became resistant to these therapies with significantly elevated hepatitis B viral load, therefore lamivudine and adefovir therapy were stopped and entecavir 1 mg daily was introduced.

**Results:** Twelve out of 36 patients with chronic hepatitis B who received either lamivudine alone or in combination with adefovir relapsed during the treatment. Eleven out of 12 patients were HBeAg positive. One patient did not return for follow up after 3 months. The average follow up time with entecavir therapy was 7 months (3-14 months), and no side effects were observed during this period. Six out of 11 patients had more than 2 log decrease in HBV-DNA after 3 months. Further 4 patients showed response at 6 months, one patient had response at 1 year. One patient had a transient increase in HBV DNA level at 10 months of therapy, which was related to non-compliance, but the readministration of entecavir suppressed the viral load again.

**Conclusions:** All patients with chronic hepatitis B resistant to lamivudine alone or in combination with adefovir, responded to entecavir with significant reduction in the hepatitis B viral load, and the response was evident at 3 months in half of the cases. Entecavir seems to be effective and safe medication in lamivudine and/or adefovir resistant cases.

## 74.

### DISCITIS AS AN UNCOMMON COMPLICATION OF METASTATIC COLON CANCER.

Kovács I.,<sup>1</sup> Horváth K.,<sup>2</sup> Danko L.,<sup>3</sup> Taller A.,<sup>1</sup> 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Dept. of Diagnostic Radiology, National Institute of Oncology, Budapest<sup>2</sup>, National Centre for Spinal Disorder, Budapest<sup>3</sup>,

**Background:** Liver metastasis from colon cancer is relatively often found in the follow-up period, too. If there is no good peripheral vein access it is not uncommon that chemotherapy is delivered through a central venous line. In such cases serious infectious complications may develop.

**Case report:** Multiple liver metastases were detected by CT scan in a 57 year old diabetic man who had a left sided hemicolectomy two months earlier, because of sigmoid colon cancer. Cytostatic therapy (FU/FA) was only possible through central venous line. After three months of therapy endocarditis developed, so the catheter was removed. Staphylococcus aureus was isolated from blood cultures. The patient's blood cultures became negative after three weeks of antibiotic therapy but several serious low back pain appeared, causing inability to walk. On L-S spine and abdominal CT scan no abnormalities were revealed except the liver metastases. Spine MRI showed L.V.-S.I. discitis and inflammation of the ligaments from vertebrae L.IV. to S. II. narrowing the spinal canal, too. He was operated on and vertebral fixation was applied.

**Conclusions:** Not all complaints of a patient on cytostatic therapy are caused by metastasizing cancer. Central venous line is not the best choice for chemotherapy in a diabetic patient. Discitis is a rare and perhaps underestimated disorder, with poor and almost no typical signs, but in cases with back pain, it should be taken into consideration. It can be also a differential diagnostic question for the gastroenterologists. Neither X-ray, nor CT scan, but only MRI is the proper diagnostic tool for discitis.

## 75.

# KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA SZEREPE VÉKONYBÉL TUMOROK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Kovács M., Pák P., Pák G., II. Belgyógyászati Osztály, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom

**Bevezetés:** A vékonybél rosszindulatú daganatainak prognózisa igen rossz, mert a diagnózis felállításakor már 45-75%-ban áttétet képeznek és a műtéti beavatkozás időpontjában 20-50%-uk irrezekálabilis. A késői diagnózis oka a korai tünetek aspecifikussága mellett a hagyományos radiológiai és endoszkópos módszerekkel a teljes vékonybél vizualizálásának nehézsége.

**Módszer:** Osztályunkon 4 év alatt 178 beteg vékonybél kapszulás endoszkópos (CE) vizsgálatát végeztük el különböző indikációval. 17 obstrukív vérző beteg vizsgálata során merült fel tumor lehetősége a vérzés hátterében. 4 beteg esetében a CE indikációja vékonybél neuroendokrin tumor keresése volt. 3 esetben polyposis szindrómában végeztünk vizsgálatot. Mind a 24 beteget követtük és jelen munkánkban a CE eredményeit a végső diagnózis birtokában értékeltük.

**Eredmények:** 22 beteg esetében a teljes vékonybél jól vizualizálható volt, két esetben a tumoros szűkület magasságában retineálódott a kapszula.

Az obstrukív vérző betegcsoportban a CE során 7 esetben szoliter tumor, 5 esetben multiplex polypoid léziók, 3 esetben sztenózis és 2 esetben szivárgó vérzés volt észlelhető. A követés során 4 betegben benignus (triple adenoma, GIST) folyamat és 7 betegben malignus (primér adenocarcinoma, lymphoma, metasztázis) tumor igazolódott végső diagnózisként. 6 esetben a későbbiekben nem tumoros eredetű vérzésforrásra derült fény (AVM, Meckel-diverticulum).

A primér neuroendokrin tumor keresése miatt elvégzett vizsgálatok során 3 esetben a CE eredményei korreláltak a későbbi diagnózissal.

A polyposis szindrómában szenvedő betegcsoportban a vizsgálatok során a 2-3 mm-es polypusok is jól vizualizálhatók voltak.

**Következtetés:** Mivel a vékonybél daganatok egyik leggyakoribb klinikai manifesztációja az obstrukív gasztrointesztinális vérzés, a kapszulás endoszkópia elterjedése megváltoztatja ezen tumorok diagnosztikájának menetét. A módszer korai diagnózist és definitív terápiát eredményez és ezzel a betegek túlélése jelentősen javulhat.

## 76.

# AMBULANT COLONOSCOPIES IN SEDATION

Kristóf T.<sup>1</sup>, Orosz P.<sup>1</sup>, Kormosné Török É.<sup>1</sup>, Ökrös L.<sup>2</sup>, 2nd Dept. of Medicine, Borsod County and Teaching Hospital, Miskolc<sup>1</sup>, Central Anesthesiology and Intensive Care Unit, Borsod County and Teaching Hospital, Miskolc<sup>2</sup>,

**Introduction:** Colonoscopy is an unpleasant, occasionally painful examination, with the degree of pain varying by each patient. The sedo-analgesia is the most frequently applied type of sedation used during colonoscopy worldwide, but it can cause various endoscopic and anesthesiologic complications as well.

**Patients and Methods:** The authors regularly apply ambulant colonoscopies in sedation with the contribution of anaesthesiologists since July, 2005. The examinations are booked in advance and are performed monthly on a fixed date. The preparation of examinations include anaesthesiologist consultation and risk tests. The determining factors of selecting the patients are intestinal adhesions suspected by previous abdominal surgery, the inefficiency of preceding examinations caused by technical reasons, presumably time consuming therapeutic procedure and the expressed distress of the patient. In a period of nearly three years 161 patients (26 male and 135 female, mean age of 41,2 years) were examined. The indications of sedation were: 84 inflammatory bowel diseases, 23 previous abdominal surgeries, 34 previous insufficient, painful colonoscopies (with 12 difficult multiple polypectomy), 20 anorectal diseases with the anxiety of patient.

**Results:** 98% reach-the-cecum rate was found. Endoscopic complication was not caused. The most frequently used sedo-analgesic medications was a combination of midazolam with propofol and/or fentanyl. There was no clinically relevant anaesthesiologic complication detected, in a few cases transient bradycardia and transient breath depression was found. **Conclusions:** Colonoscopy in sedation is seen as a more bearable, more pleasant examination for the patient and it is associated with a higher percentage of complete examinations. It can be considered a safe method with selected patients. The technique of endoscopic examinations is different from those of the ones used without sedation, since the lack of the patient's sense of pain demands more careful treatment from both doctor and assistant

## 77.

# LIVER REGENERATION, PORTAL OCCLUSION, CHEMOTHERAPY, LIVER TUMORS

Kupcsulik P., Hahn O., Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika

**Aim of the study:** After portal vein ligation for regeneration of potential remnant, 7-8 weeks are needed to achieve appropriate liver volume. Conventionally no chemotherapy is given during this period. Effect of systemic and selective right hepatic artery locoregional chemotherapy on liver regeneration was studied.

**Methods:** Out of 578 patients operated for liver tumour between 2001-2006, 42 were unsuitable for primary extended resection because of inadequate size of potential liver remnant. Colorectal metastasis: 27 pts, HCC: 13, metastasis of gastric cc: 2. Right portal branch ligation was performed to promote regeneration of left lateral segment. 3 patients were lost after the first intervention. In a prospective study after ligation of right portal branch (PVL) in 15 pts arterial port was inserted through gastroduodenal artery into the right hepatic artery (Group A). In 24 pts only PVL was performed. 14 of them underwent systemic chemotherapy according to DeGramont (group B), in 10 pts no chemotherapy was applied (Group C). Group A patients were treated like pts in group B, but Adriamycin was administered locoregionally into the right hepatic artery.

**Results:** All patients but one underwent second liver resection without mortality. This patient (Group A) with HCC missed readmission, but one year later no tumour was found in the previously infiltrated right lobe. Chemotherapy did not influence regeneration of left lobe. Group B = 28.4 ± 6.6 % v.s. Group C = 26.6 ± 9.5%. Surprisingly regeneration was significantly better in Group A = 34.5 ± 6.7%. No significant change of volume of tumorous right lobe in groups B and C could be observed. Contrary to this, in group A both right lobe and tumour volume diminished significantly.

**Conclusions:** Chemotherapy does not interfere with liver regeneration after portal vein ligation. Hepatic artery chemoperfusion might be recommended as additional therapy before second stage liver resection.

## 78.

# ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY (EST) INDUCED SYMPTOMATIC AND SOMATOSENSORY CHANGES IN THE REFERRED PAIN AREA IN PATIENTS WITH DEFINITIVE SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION

Kurucsai G.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Joó I.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Székely A.<sup>1</sup>, Várkonyi T.<sup>2</sup>, Szepes A.<sup>2</sup>, Funch-Jensen P.<sup>3</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital<sup>1</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged<sup>2</sup>, Dept. of Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark<sup>3</sup>,

**Introduction:** We previously demonstrated that in patients with definitive sphincter of Oddi dysfunction (SOD) the sensory current perception threshold ratio (SCPTR) between the referred pain area (RPA) and contralateral area measured by Neurometer CPT were significantly different and proved a cutaneous hypersensitivity in the RPA. The aim of the present study was to evaluate the changes of biliary pain complaints and SCPTR after the EST.

**Methods:** 20 patients with persistent biliary pain with clinically definitive SOD were investigated by our validated questionnaire and quantitative sensory testing (Neurometer® CPT) before and 3 months after EST. The biliary symptoms and the severity of pain were classified on a visual analogue pain severity scale (VAS) system. The SCPTR was measured as we published previously.

**Results:** The SCPTRs in the definite SOD patients before and after EST were 2.37 ± 1.11 vs. 0.99 ± 0.20 at 2000 Hz; 2.22 ± 0.83 vs. 0.96 ± 0.23 at 250 Hz; and 2.28 ± 0.93 vs. 0.92 ± 0.27 at 5 Hz, respectively. Clinical improvement was also detected by VASs based on questionnaire before and after EST: 7.0 ± 1.4 vs. 4.2 ± 1.8 respectively. The improvement of SCPTRs were significant in the RPA at all frequencies 2000 Hz: p = 0.0001, 250 Hz: p = 0.00001, 5 Hz: p = 0.00002, respectively.

**Conclusion:** Continuous visceral pain caused by local inflammatory/sensitizing processes or a CNS malfunction could lead to significant hypersensitivity of the peripheral nociceptive nerve fibres in SOD patients. In the majority of SOD patients EST could modify both subjective complaints and cutaneous hypersensitivity which may be due to the beneficial effect on short term visceral pain memory function of the CNS.

## 79.

## CHRONIC DUODENITIS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Lakatos G., Miheller P., Müllner K., Hritz I., Tulassay Z., SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>1</sup>, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>2</sup>, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>3</sup>, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>4</sup>, SE ÁOK, II. sz Belgyógyászati Klinika, Budapest<sup>5</sup>,

**Introduction:** Ulcerative colitis (UC) is a chronic inflammatory disease of the colon of unknown etiology. UC characteristically affects the large bowel in a continuous manner, the upper gastrointestinal tract is not generally considered as a target of the disease. Several recent publications have served to challenge the traditional views regarding the anatomic distribution of UC. Case reports described patients with UC associated with upper small intestinal involvement.

**Aims:** The purpose of this study was to analyze gastro-duodenal lesions in patients with well documented UC.

**Patients and methods:** Fifteen patients (age: 18-56 years, mean age: 36.9 years) with UC underwent upper gastrointestinal endoscopy. Histology was also performed. Age, gender, alcohol and tobacco use, H. pylori infection, therapy, extension and activity of the colitis were evaluated.

**Results:** No patient had any visible lesion in the small intestine during endoscopy. Mild chronic duodenitis was seen in the biopsy specimens of 8 (53.3 %) patients. Duodenitis was more common in males than in females (71.4 % vs. 37.5 %) and it appeared more commonly during an active flare of UC. We found no significant correlation between the extension of colitis and the frequency of duodenitis. The frequency of histologically proven chronic gastritis was extremely high in UC patients (90.9 %). The frequency of possible risk factors (H. pylori infection, alcohol and tobacco use) was low, no correlation was found between these conditions and the presence of gastro-duodenal disorders.

**Conclusion:** Inflammation of the gastro-duodenal mucosa was commonly seen in our study. However, these alterations were mild and non-specific. Further studies are needed to better understand and characterize the issue of upper gastrointestinal inflammation in UC.

## 81.

## PREVALENCE OF IGR2198a\_1 AND IGR2096a\_1 GENETIC VARIANTS IN HUNGARIAN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS

Lakner L.,<sup>1</sup> Csöngöi V.,<sup>2</sup> Magyar L.,<sup>2</sup> Járomi L.,<sup>2</sup> Sáfrány E.,<sup>2</sup> Sipeky C.,<sup>2</sup> Talián G.,<sup>2</sup> Döbrönte Z.,<sup>1</sup> Melegh B.,<sup>2</sup> Markusovszky Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Szombathely, Hungary<sup>1</sup>, Department of Medical Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary<sup>2</sup>,

**Introduction:** the development of Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) is caused by both environmental factors and complex genetic predisposition. Genetic association was found between this two forms of inflammatory bowel disease (IBD) and IBD5 on chromosome 5q31 (Silverberg et al; Eur J Hum genet. 2007; 15:328).

**Aim** of our study to analyse the possible influence of two variants in this region IGR2096a\_1 (rs12521868) and IGR2198a\_1 (rs11739135) in Hungarian IBD patients.

**Patients and method:** PCR/RFLP methods were used for detecting the various genotypes. We examined 226 patients with CD (105 males, 121 females, mean age: 40.5 years) and 260 patients with UC (112 males, 148 females, mean age 48.7 years). 156 carefully selected clinically healthy, age-, sex-, weight-, and height-matched control subject (85 males, 71 females, mean age: 45.9 years) were collected for the study.

**Results:** the IGR2198a\_1 C allele and the IGR2096a\_1 T allele was present in a significantly higher frequency in both CD (45.1%, p=0.004, OR 1.554, 95% CI 1.154-2.093; 46.5%, p=0.01, OR 1.639, 95% CI 1.217-2.207) and UC (42.3%, p=0.028 OR 1.385, 95% CI 1.035-1.853; 42.1%, p=0.028, OR 1.394, 95% CI 1.042-1.866) cohorts compared to controls. The IGR2198a\_1 CC and IGR2096a\_1 TT genotype frequencies were also increased comparing the CD group to the controls (18.6%, p=0.043, OR 1.865, 95% CI 1.019-3.415; 22.1%, p=0.009, OR 2.178, 95% CI 1.216-3.902).

**Conclusion:** we concluded that IGR 2096a\_1 and IGR2198a\_1 SNPs mean susceptibility to both CD and UC in the Hungarian population.

## 80.

## ATG16L1 AND IL-23 RECEPTOR (IL-23R) GENES ARE ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY IN HUNGARIAN CD PATIENTS

Lakatos P.,<sup>1</sup> Szamosi T.,<sup>1</sup> Szilvasi A.,<sup>2</sup> Molnar E.,<sup>2</sup> Lakatos L.,<sup>3</sup> Kovacs A.,<sup>4</sup> Molnar T.,<sup>5</sup> Altörjay I.,<sup>6</sup> Papp M.,<sup>6</sup> Palatka K.,<sup>6</sup> Tulassay Z.,<sup>7</sup> Miheller P.,<sup>7</sup> Papp J.,<sup>1</sup> Attila T.,<sup>2</sup> Andrikovics H.,<sup>2</sup> 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Department of Molecular Diagnostics, Hungarian National Blood Transfusion Service, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary<sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, Erzsébet Hospital, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary<sup>6</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>7</sup>,

**Background:** North American and European genome wide association scans identified ATG16L1 and IL23R as novel inflammatory bowel disease (IBD) susceptibility genes and subsequent reports confirmed in large independent populations. The aims of this study were to investigate the association and examine genotype-phenotype relationships in a Hungarian IBD cohort.

**Methods:** 415 unrelated IBD patients (CD:266, age:35.2±12.1years, duration:8.7±7.5years and UC:149, age:44.4±15.4years, duration:10.7±8.9years) and 135 healthy subjects were investigated. IL23 Arg381Gln (R381Q,rs11209026) and ATG16L1 Thr300Ala (T300A,rs2241880) polymorphisms were tested by LightCycler allele discrimination method. Detailed clinical phenotypes were determined by reviewing the medical charts.

**Results:** The association between IL23R rs11209026, ATG16L1 rs2241880 and CD was confirmed (ORIL23R381Q:0.38, 95%CI:0.16-0.87; ORATG16L1300AA:1.86, 95%CI:1.04-3.40). No difference was found between patients with UC and either controls or CD. In CD, IL23R 381Gln heterozygosity was associated with inflammatory disease (70% vs. 34%,p=0.037), while colon only disease was more prevalent in patients with the ATG16L1 300Ala/Ala homozygosity (33.3% vs. 21.1%,p=0.036). In addition, carriage of the variant alleles did not predict steroids, infliximab, need for surgery or smoking habits.

**Conclusions:** We confirmed that ATG16L1 and IL23R are susceptibility loci for CD in Hungarian CD patients. Further studies are needed to confirm the reported phenotype-genotype associations found in this study

## 82.

## A NUTRITIONDAY 2008 (TÁPLÁLTSÁGIÁLLAPOT-VIZSGÁLAT) HAZAI EREDMÉNYEI KÓRHÁZAKBAN

Lelovics Z.,<sup>1</sup> Bozóné Kegyes R.,<sup>2</sup> Bonyárné Müller K.,<sup>1</sup> Figler M.,<sup>1</sup> PTE ETK, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Pécs<sup>1</sup>, PTE KK, Szívclinika, Pécs<sup>2</sup>, PTE KK, II. Belgyógyászati Klinika, Pécs<sup>3</sup>,

**Bevezetés:** 2008. január 31-én második alkalommal rendezték meg Európa számos egészségügyi intézményében a táplálási napot (Nutrition Day), amelyben a munkacsoport koordinálásával 20 kórház vett részt. A felhíváshoz csatlakozók az intézetekben fekvő betegek tápláltsági állapotát mérték fel.

**Vizsgálati anyag és módszer:** az összesen 141 ápolási osztályon e napon bentfekvő azon 18 év feletti betegek (n=2400), akik az előírt kutatási protokollnak megfeleltek, és önként vállalták a részvételt a felmérésben. A szerzők információkat kaptak az osztályok profiljáról, humán erőforrásáról, a táplálás, valamint étkeztetés szervezési kérdéseiről. Külön űrlap szolgált a betegek – név nélküli – adatainak rögzítésére, miközben a betegek is kitöltöttek egy rajzos kérdőívet az aznap általuk elfogyasztott étel és folyadék mennyiségéről. Az adatelemzést a Bécsi Egyetem Orvosi Statisztika Tanszéke végezte, Cox regressziós és logisztikus regressziós analízist alkalmazva.

**Eredmények:** Az eredményeket osztályonkénti bontásban, valamint azok az egész kórházhoz viszonyított mutatóit jelentik. Az adatok feldolgozása folyamatban van, minden eredmény a szerzők saját, új eredményei.

**Következtetések:** Hazánkban legutóbb 2004-ben – az alapellátásból kórházba került betegek körében – készült hasonló felmérés egyetlen eszközzel (MUST), amikor szintén e szerzői team azt találta, hogy a kórházba került betegek alultápláltságra veszélyeztetettsége eléri a 41%-ot. A szerzők jelen felmérésének eredményei jól tükrözik, hogy a tápláltsági állapot felméréséhez nem elegendő egy szempont vizsgálata: több forrásból szükséges a teljes és reális helyzetet megállapítani.

## 83.

# FUNDIC GLAND POLYPS (RETROSPECTIVE ANALYSIS OF TWO-YEAR ENDOSCOPIC RECORDS)

Lénárt Z.,<sup>1</sup> Tiszai A.,<sup>1</sup> Tiszlavicz L.,<sup>2</sup> Németh I.,<sup>2</sup> F. Kiss Z.,<sup>1</sup> Náfrádi J.,<sup>1</sup> Takács R.,<sup>1</sup> Róka R.,<sup>1</sup> Wittmann T.,<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>,

**Background:** Long-term use of proton-pump inhibitors (PPI) has a hypothetical role in the development of fundic gland polyps (FGP) what are the most common hyperplastic, non-dysplastic type of gastric polyps. Clinical importance of FGP remained controversial. Moreover the extensive use of PPIs in GERD and Barrett metaplasia indicate to pay more attention to this pathologic condition.

**Patients (pts) and methods:** Reviewing the clinical charts and the endoscopic records between 01.01.2006-01.01.2008 (12760 endoscopies) altogether 117 cases (0.9%) with FGP were diagnosed (82 women, 35 men, age: 58.2±14.60 years). Histology did not reveal any dysplasia in FGPs. The indications of endoscopies were reflux symptoms in 68% (80/117) and dyspepsia in 32% of pts (37/117). Previous PPI treatment was explored in 71% (83/117). H.p. infection was proved only in 1 pt at the time of endoscopy, previous successful H.p. eradication was done in 4 pts. In addition to FGP, endoscopy revealed NERD in 40 pts (34%), ERD in 24 pts (21%) and Barrett metaplasia in 12 pts (10%). Histologically proven biliary reflux was diagnosed in 65 pts (56%). No malignant disorders were diagnosed at the time of endoscopy in the examined 117 FGP pts.

**Conclusions:** At the time of detection, FGPs were not associated with gastric malignancy. Our results support the hypothesis, that long-term PPI treatment and duodenogastric reflux may be promoting factors in the development of FGP.

## 85.

# TUMOR EREDETŰ KERINGŐ NUKLEINSAVAK MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKÁJA GASZTROINTESZTINÁLIS DAGANATOKBAN

Lőrincz A.,<sup>1</sup> Pintér F.,<sup>2</sup> Kánya M.,<sup>1</sup> Schwab R.,<sup>3</sup> Peták I.,<sup>2</sup> I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest<sup>1</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest<sup>2</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest<sup>3</sup>,

**Bevezetés:** A daganatok korai, non-invazív molekuláris diagnosztikájában az elmúlt években egyre nagyobb hangsúlyt kapnak azok a technikák, amelyekkel tumormarkerek DNS illetve RNS fragmentjeit lehet izolálni páciensek perifériális vérmintáiból. A CNAPS (Circulating Nucleic Acids in Plasma and Serum) alatt a keringésben szabadon, esetleg más makromolekulákkal komplexben keringő, 100-150 bp méretű nukleinsav fragmentumokat értünk, melyek nagyobbik hányada tumoreredetű. Ezen marker-nukleinsavak jelenléte lehetőséget ad a gasztrointesztinális daganatok esetében is a személyre szabott molekulárisan célzott terápiákhoz

**Célok:** Több, a colorectalis daganatokkal összefüggésbe hozható marker mRNS jelenlétét vizsgáltuk in vitro modell rendszerekben, ill. tisztázni kívánjuk, hogy a plazmában jelenlévő, bomlékony és igen kis mennyiségben jelen levő szabad RNS milyen módon izolálható stabilan.

**Módszerek:** Colorectalis sejtvonalak felulsozójában, majd kis számú klinikai körülmények mellett vett vérmintából, részletes beteg-tájékoztató és beleegyezést követően vizsgáltuk in vitro rendszerekben az alábbi daganatmarker-célmolekulákat: Catenin-beta, TACSTD, TM4SF3, hTERT real-time PCR technikával. Minden esetben a mért eredményeket „housekeeping” gén kontroll illetve a  $\beta$ -2 Mikroglobulin). mellett vizsgáltunk (Actin- $\beta$ )

**Eredmények:** Sikeresen azonosítottuk a vérmintákban a keringő mRNS-t, azonban a kvantitatív analízis specificitása egyik marker esetében sem érte el a 80%-ot, amely alkalmassá tenné önálló markerként szűrővizsgálatban történő alkalmazásra.

**Következtetések:** A CNAPS kimutatás egyéb tumormarkerekkel kiegészítve, illetve a keringő nukleinsavakban azonosított génmutációk révén jelentős kvalitatív prediktív diagnosztikai értéket képviselhet, amely további vizsgálatokat igényel.

## 84.

# INSULIN RESISTANCE IS A NEGATIVE PREDICTIVE FACTOR FOR SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS

Lombay B.,<sup>1</sup> Szalay F.,<sup>2</sup> Department of Internal Medicine, Szent Ferenc Hospital, Miskolc<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>2</sup>,

**Background:** The response to pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) treatment in chronic hepatitis C (CHC) is influenced by a number of factors. Insulin resistance (IR), hepatic steatosis and overweight is associated with poor outcome.

**Aim:** We aimed to analyze the association between parameters of IR and the response to the antiviral treatment in CHC patients.

**Patients and methods:** Fifty CHC patients (25 male, M/ 25 female, F, each genotype 1b), mean age 46.1 (18-65) years were involved into the study. Ten patients had type 2 diabetes mellitus. Body weight, BMI (body mass index), waist circumference, HOMA A (homeostasis assessment model) index, serum glucose, and insulin levels were measured before the treatment. Liver biopsy was performed in 43 patients. Data of patients with histologically proved fatty liver were compared with that of without steatosis. We compared the above parameters in the groups of responder and nonresponder patients.

**Results:** The mean body weight was 75 kg, the BMI 26.7; the waist circumference 94.4 cm (M); 90 cm (F). The mean HOMA index was high (4.5). The overall sustained viral response (SVR) rate was 38% (28% in M, 48% in F). High waist circumference was associated with low SVR (7/26; 27%). In patients with high HOMA values (>2.5) the rate of SVR was low (11/32, 32%) and the severe hepatic steatosis was more common (25/34; 74%). Higher HOMA values were the consequence of elevated insulin levels and not that of glucose. SVR was detected only in 12% (3/25) in patients with high ALT levels at week 12.

**Conclusion:** Elevated HOMA index, hepatic steatosis, larger waist circumference and abnormal ALT at week 12 are the strongest negative predictors of the sustained virological response beyond the virological factors (genotype, viral load). Prospective, large patient number studies are needed to evaluate the role of the IR in sustained virological response in CHC patients.

## 86.

# FAVOURABLE TREATMENT OF PYODERMA GANGRENOSUM WITH VISILIZUMAB IN SEVERE ULCERATIVE COLITIS CASE

Lőrincz M., Szalóki T., Jávorszky Ödön Kórház Vác, Gasztroenterológia

**Background:** Pyoderma gangrenosum (PG) is a misleading designation for an idiopathic ulcerating cutaneous disease. More than 50% of patients do not have an associated disease. The incidence of PG in ulcerative colitis is low (1-5%), however 36-50% of all the patients have IBD. The activity of PG may or may not follow the activity of the bowel disease. Visilizumab (Nuvion, PDL Bio Pharma, USA) is a humanized IgG2 monoclonal antibody that binds to the human CD3 epsilon chain expressed on human T cells. Visilizumab induces rapid production of selective chemokines including CXCL-10 (IP-10) and reduces CXCR3-mediated chemotaxis of resting peripheral blood lymphocytes. In activated, but not resting, T cells, visilizumab leads to rapid apoptosis.

**Case report:** a 40-year-old male treated more than 30 times at dermatology with „crural ekzema, mycosis and infected wounds” as misdiagnoses for 16 years. This ulcerative process was very severe in both crural regions. Ulcerative colitis was diagnosed a decade ago. He has become steroid dependent since 1997, and osteoporosis with vertebral fractures, hypertension, glaucoma and cataracta were developed. In 2005, the diagnosis of PG was established. In 2006 the patient took part in the visilizumab study and got two times 375 mcg study drug (5 mcg/kg/dose). He had a mild cytokine release syndrome (fever). His initial Mayo score was 11, MTWSI: 15. The best MTWSI decreased by 8 after 60 days. 6 months after visilizumab administration, his leg ulcers healed but at that time MTWSI increased to 12. One year after administration of visilizumab his Mayo score was 11 and MTWSI 14, as the same at the study entry, but PG did not relapse.

**Conclusion:** In this severe PG case visilizumab also treated the skin disease. Although the colitis worsened later, the PG did not recur until now in the steroid dependent patient. PG may be also a T cells mediated disease. The fact that biological therapy is dramatically effective in PG may lead to rethinking these agents as first line therapy in these cases.

## 87.

## SIGNIFICANCE OF THE LOCALIZATION OF SMALL TUMORS AT LAPAROSCOPIC LARGE BOWEL RESECTIONS

Lukovich P.,<sup>1</sup> Pálkás P.,<sup>2</sup> Papp A.,<sup>1</sup> Tari K.,<sup>1</sup> Váradi G.,<sup>1</sup> Kálmán E.,<sup>3</sup> Kupcsulik P.,<sup>1</sup> 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest<sup>2</sup>, Department of Surface Modification and Nanostructures, Institute of Surface Chemistry and Catalysis, Chemical Research Center of the Hungarian Academy of Sciences<sup>3</sup>

**Introduction:** The premalignant and malignant diseases of the colon could be identified earlier owing to the colonoscopic screening. Although large part of these small lesions could be removed by the new intraluminal techniques (endoscopic submucosal dissection), the other tumors needs minimal invasive surgical (laparoscopic large bowel resection) procedure. To find these small, T1-T2 tumors during the operation is usually very difficult, or impossible owing to the nature of the laparoscopic technique. The correct anatomical localization with the preoperative colonoscopy is false in about 15-20% of the cases, and the intraoperative colonoscopy is not considered to be an ideal solution for various reasons.

**Patients and method:** 158 laparoscopic large bowel resections were performed because of malignant and benignant lesions of the colon between 1 Jan. 2005 and 31 Dec. 2008. The average age of the patients was 68,3 years. The size of the tumors was less than 3 cm at 56 cases, and the histology detected lesions which not reached the serosa at 45 patients. Results: At 29/158 (18,4%) cases pre- or intraoperativ techniques had to be used for the localization. Preoperative endoscopic clip placement has been used at 5 cases. Intraoperative colonoscopy was performed at 4 cases owing to the difficulties of intraoperative localization, rectoscopy at 3 cases and rectal digital examination at 15 cases. Re-resection had to be made because of the missed blind resection at 2 cases. The average operation time of these small lesions was not shorter significantly to the large (T3-T4) tumors (168 min. vs. 145 min.).

**Conclusions:** There is increasing claim for the preoperative (if it is possible at the time of the detection of the lesion) marking with the development of the laparoscopic large bowel surgery. The definition of the exact criteria's (when, where, how) needs consensus between gastroenterologists and surgeons. The present endoscopic tattooing did not live up to expectations, therefore development of such new inks is necessary, which could be detected easily during laparoscopic procedures.

## 89.

## MYCOPHENOLATE MOFETIL BEI AUTOIMMUNEN LEBERERKRANKUNGEN

Malfertheiner P., Zimmermann L., Csepregi A., Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität, Magdeburg,

**Hintergrund:** Bei Autoimmunhepatitis sind Prednisolon (PRD) und Azathioprin (AZA) die Therapie der Wahl. Bei den Patienten, die unter der Standardtherapie einen Rückfall entwickeln, wird Mycophenolate mofetil (MMF) als eine Therapieoption diskutiert. Die Datenlage erlaubt aber noch keine abschließende Beurteilung dieser Therapie.

**Ziel:** war die Untersuchung der Wirksamkeit und Zuverlässigkeit von MMF bei Patienten mit autoimmunen Lebererkrankungen, die auf die Standardtherapie nicht ansprachen oder nach einer biochemischen Remission einen Rückfall entwickelten.

**Patienten:** Zwischen 2004 und 2007, von 250 Patienten wurden 22 [F:M=17:5; Mittleres Alter: 42 Jahre; (AIH, n=15), (PBC, n=2) und Überlappungssyndrome (OLS, n=5)] mit MMF (CellCept) mit einer Tagesdosis von 2000 mg, initial immer in einer Kombination mit PRD oder Budesonid über einen Zeitraum von durchschnittlich 283 Tagen (14-1022 Tagen) behandelt.

**Ergebnisse:** Bei 15 (68%) Patienten konnte eine partielle oder eine komplette biochemische Remission [ALAT: von 6,33 auf 0,72 mmol/s.l (Ref.: 0,15-0,60); AP: von 2,9 auf 1,6 mmol/s.l (Ref.: 0,6-2,10)] häufig mit einer klinischen Remission gezeigt werden. Die Leberzirrhose hatte keinen Einfluss auf das Ansprechen auf MMF. Die Therapie musste bei 7 Patienten [F:M=6:1; AIH (n=6) und OLS (n=1)] nach einer Behandlungszeit von 103 Tagen (31-340 Tage) wegen Nichtansprechen (n=4, 18%) oder aufgrund schwerer Nebenwirkungen (n=3, 14%) wie periphere Neuropathie oder Durchfälle mit abdominalen Schmerzen frühzeitig beendet werden.

**Schlussfolgerung:** Mycophenolat mofetil war wirksam bei etwa 2/3 der Patienten in unserem Kollektiv. Klinisch relevante Nebenwirkungen führten häufig zu einem Therapieabbruch.

## 88.

## RESCUE ERCP AND A SMALL CALIBER PANCREATIC STENT INSERTION TO PREVENT THE EVOLUTION OF SEVERE POST-ERCP PANCREATITIS – A CASE SERIES

Madácsy L., Kurucsai G., Gódi S., Fejes R., Joó I., Székely A., First Dept. of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital and OMCH Endoscopy Lab, Székesfehérvár, Hungary

**Introduction:** Pancreatitis is the most common complication of ERCP. Recently prophylactic placement of a trans-sphincteric pancreatic stent has successfully been applied in high-risk settings, but the number needed to treat to prevent one episode of severe post-ERCP pancreatitis is as high as nine patients. Rescue ERCP and emergency application of small caliber pancreatic stents during the early course of the development of severe post-ERCP pancreatitis as a possible endoscopic therapy seems logical, but has not been reported yet.

**Methods:** All patients who underwent ERCP were hospitalized for at least 24 h, with routine laboratory testing for haemoglobin and serum amylase levels at 6 and 24 h post-procedure. Out of 1225 ERCP the evolution of severe post-ERCP pancreatitis was anticipated in four consecutive patients, based on severe pancreatic pain attack and more than tenfold elevation of serum amylase levels at 6 h post-procedure. Rescue ERCP and an emergency application of small caliber (4 F, 4 cm, Geenen stent) pancreatic stents were successfully performed in all patients within 12 hours after the initial ERCP.

**Results:** Severe papillary oedema was observed in all patients during the rescue ERCP, regardless the cannulation process difficulty during the initial ERCP procedure. Pancreatic stent placement was relatively easy and successful in all patients. Pancreatic pain was promptly reduced after the rescue pancreatic drainage procedure and completely diminished within 24 hours. Serum amylase levels were normalized within 72 hours in all patients. Pancreatic stents could be removed within three days later. No early or late pancreatitis complications occurred.

**Conclusion:** Rescue ERCP and pancreatic duct drainage might be feasible to stop the evolution of severe post-ERCP pancreatitis, but further controlled trials needed lend to support our approach.

## 90.

## TOLERABILITY OF A NOVEL CHEMORADIO THERAPY (CRT) PROTOCOL IN THE ADJUVANT TREATMENT OF THE GASTRIC CANCER

Maráz A., Fazekas O., Uhercsák G., Valicsek E., Nikolényi A., Torday L., Lázár M., Varga Z., Nagy Z., Szil E., Hideghéty K., Kahán Z., Thurzó L., Dept. of Oncotherapy, Medical University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Dept. of Nuclear Medicine, Medical University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>,

Earlier data suggested that pts with T3-T4 and/or N1 stage gastric cancer, the adjuvant CRT (Macdonald protocol) significantly increased the relapsus-free and overall survival, although the method was not popular because of the difficulties of planning of the radiotherapy (RT) and high rates of side effects. The aim of this study was to evaluate the tolerability of this CRT in our practise.

**Patients, method:** We analysed the toxicity and the dose distribution of 32 pts, age 59(39-78). All pts underwent surgery (22 total, 10 partial gastrectomy). Histology revealed 13 adeno-, 6 sigillocell. carcinomas, 8 diffuse and 5 mixed type. Chemotherapy (CT) was given in every 4 weeks in 4 cycles. The 2nd and 3rd CT was concomittant with RT. The CT was 5-FU 425mg/m<sup>2</sup> and LV 20mg/m<sup>2</sup> in the 1st and 4th cycle for 5 days, but the dose in the 2nd and 3rd cycle of FU and LV were 400mg/m<sup>2</sup> and 20mg/m<sup>2</sup> for 4 days. Pts were treated with 3D conformal RT (XIO(CMS)), MLC-collimated 15MV fotonfields. Planning target volume was the gastric tumourbed and regional lymph node regions. The total dose was 44,85±0,47Gy with 1,8Gy/fr. Under the results of camerarenography the better kidney was chosen to be protected during the RT planning to prevent nephrotoxicity.

**Results:** 28 treatments were completed. Performance status decrease was observed in 12 pts. 2 CTs and 2 RTs had to be delayed. Dose reduction of CT and RT had to be performed in 3 and 2 pts. We didn't observe grade 4 side effect, but grade 3 vomiting and diarrhea were in only 1 pts. Other gastrointestinal and haematological side effects were grade 1 or 2s. Mean No of the fotonfields was 4,84±1,87 (3-9), the doses homogeneity was (-5,+7%): 88±5 (78-96). The average dose (Gy) of the protected organs were: liver 20,51±4,84, protected kidney 6,56±6,95, other kidney 26,15±12,19, spinal cord 32,08±8,74, respectively.

**Conclusion:** According to our results this CRT protocol is safe and no serious side effect has been observed yet, but close follow-up and careful RT plans are essential to increase tolerability and to decrease the toxicity.

## 91.

### ALTERATIONS OF MDR1 AND MRP1 FUNCTIONAL ACTIVITY OF COLORECTAL MALIGNANCIES IN A PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL

Micsik T.<sup>1</sup>, Mersich T.<sup>2</sup>, Baranyai Z.<sup>2</sup>, Besznayk I.<sup>2</sup>, Zaránd A.<sup>2</sup>, Dede K.<sup>2</sup>, Nagy P.<sup>2</sup>, Atkari B.<sup>2</sup>, Jakab F.<sup>2</sup>, Lőrincz A.<sup>1</sup>, Kéri G.<sup>3</sup>, Peták I.<sup>4</sup>, Schwab R.<sup>5</sup>, Rational Drug Design Laboratories Cooperative Research Center, Budapest<sup>1</sup>; Department of Surgery, Uzsoki Teaching Hospital, Budapest<sup>2</sup>; Vichem Chemie Research Ltd.<sup>3</sup>; KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest<sup>4</sup>; Kelen Private Hospital, Budapest<sup>5</sup>;

**Background:** The ABC-transporters MDR1 and MRP1 are expressed in the normal mucosa of gastrointestinal tract. These proteins are extruding various drugs from cells and therefore can alter the sensitivity of colorectal cancer (CRC) cells – a phenomenon extensively studied previously by immunohistochemistry and real-time PCR techniques. However, posttranslational modifications influence the functional activity (MDR Activity Factor: MAF) of MDR proteins, so determination of functional activity can bring new insights into understanding the connection between resistance of colorectal cancer and ABC transporters. This is the first prospective clinical study to evaluate this effect.

**Methods:** Functional activity of MDR1 and MRP1 transporters in surgical samples of normal mucosa (NM) and primary and metastatic CRCs was performed. Tissue and blood samples were taken after prospective, consecutive patient enrollment with informed consent (98 primary CRC, 38 hepatic metastases and 23 healthy mucosa). Samples were brought into one-cell suspension *in vitro* with collagenase. MDR1/MRP1 MAF of viable epithelial cells and peripheral blood leukocytes (PBL) were determined with the MDQuant calcein-assay (www.solvo.com).

**Results:** Mean MDR1 functional activity of primary CRC was lower than in NM. MDR1-MAF significantly increased in metastases without reaching activity of the NM. MRP1 activity was similarly low in NM and primary CRCs, whereas slightly elevated in metastatic tumors. The elevation of MAF in metastatic cases was also found in peripheral blood leukocytes.

**Conclusion:** MDR-functional activity slightly decreases in primary CRC. The relative increase in MDR activity in metastases may be induced by the adjuvant chemotherapy, supported by the increase of MAF-values of the PBLs. This phenomenon may have significant clinical value with novel treatment modalities, which are known MDR-substrates and result in better survival (e.g. irinotecan and oxaliplatin). Here, survival differences may also be more prominent, which warrants further prospective trials.

## 93.

### INCREASED BONE RESORPTION AND LOWER BONE DENSITY IN MICROSCOPIC COLITIS

Miheller P., Lakatos G., Müllner K., Múzes G., Németh A., Tóth M., Zágoni T., Tulassay Z., Semmelweis Egyetem, Budapest, II.sz. Belgyógyászati Klinika,

**Background:** Microscopic colitis (MC) can cause non-bloody diarrhea. Osteoporosis is a common complication in inflammatory bowel diseases (IBD). Increased bone resorption is proved in Crohn's disease (CD).

**Aim** Our aim was to evaluate the bone density and bone metabolism in patients with MC.

**Patients and methods** Fourteen patients (12 women and 2 men, mean age: 49.79±13.06 years) were included into the study. Twenty eight healthy and 28 CD patients were enrolled as controls. The groups of control patients were age and gender matched to the MC patients. Bone mineral density (BMD) was measured by dual x-ray absorptiometry (Hologic QDR 4500C). Bone formation (osteocalcin-OC, normal range: 20-48 ng/ml) and bone resorption (beta-crosslaps – bCL; normal range: 0-320 pg/ml) markers were determined by immunoassay. Results are presented in mean±SD format.

**Results** Decreased bone mineral density (BMD) was detected above the femoral neck in MC and CD patients compared to the healthy controls (0,852±0,165 and 0,807±0,136 vs. 1,056±0,126g/cm<sup>2</sup>; p<0,01). BMD measured above the non-dominant radius was also decreased in MC (0,565±0,093 vs. 0,667±0,072 g/cm<sup>2</sup>; p<0,05), and similar compared to CD patients (0,672±0,056g/cm<sup>2</sup>), respectively. Femoral (-0,638±1,437 vs. -0,211±1,053; p<0,01) and radius t-score (-1,37±1,135 vs. -0,882±1,106; p<0,05) was also decreased and in MC compared to the controls. Elevated mean bCL concentration was measured in MC and similarly in CD compared to the controls (417,714±250,37 and 466,071±249,96 vs. 264,75±138,65 pg/ml; p<0,05). There was a negative correlation between the bCL concentration and the femoral and radius t-score (-0,8 and -0,77 resp., p<0,05) in MC.

**Conclusion** BMD is decreased and bone resorption is increased in patients with MC. We report lower BMD in bones where the cortical ratio is dominant. These alterations are similar with those observed in patients with CD. This common clinical manifestation of MC and CD is novel that support the need of reclassification MC as a member of the IBD group.

## 92.

### BIOACTIVE AGENTS AGAINST SYSTEMIC LOW-GRADE INFLAMMATION

Mihály Z.<sup>1</sup>, Hegedüs V.<sup>1</sup>, Gerő D.<sup>2</sup>, Bekő G.<sup>3</sup>, Lotz G.<sup>4</sup>, Szentmihályi K.<sup>5</sup>, Monostory K.<sup>5</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Blázovics A.<sup>6</sup>, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, CellScreen Applied Research Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Central Laboratory (Pest) of Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>4</sup>, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary<sup>5</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>6</sup>,

**Introduction:** Free radicals and lipid peroxides assign a systemic low-grade inflammation. NF-κB regulated by reactive oxygen radicals, influence the transcription of many target genes, like iNOS, COX-2, and TNF-α. Bioactive agents e.g. vitamins, flavonoids and polyphenols may reduce the inflammation processes.

Our aim was to determine the advantages of a functional product containing Beta vulgaris var. rubra and Daucus carota (BVD) in „short term” alimentary fatty liver rodent model.

**Methods:** Male Wistar (N=30) rats were kept on conventional chow with or without high fat supplementation (2% cholesterol, 0.5% cholic acid, 20% sunflower oil) and 0,1 or 1 g/bwkg/day BVD lyophilisate (permission number: 1361/004/2003 BFÁÉÉÁ) was given, in both alimentary groups respectively. After termination on tenth day plasma and liver redox-parameters (spectrophotometry, luminometry) were measured, and histological analysis was carried out. Expression of iNOS, COX-2 and TNF-α were detected with Tachman real-time PCR.

**Results and discussion:** Free radical intensity, lipid peroxidation and decreased antioxidant state showed remarkable changes in steatotic liver (SL) group. The tendency of lipid lowering and antioxidant enhancing effects of the BVD supplementation were detected dose dependently in the plasma as well as in the liver. Histological analysis showed severe microvesicular steatosis. Levels of inflammatory parameters: iNOS, COX-2 and TNF-α, were elevated significantly in SL groups. Beneficial changes of relative expression levels of iNOS, COX-2 and TNF-α could be established after Beta vulgaris var. rubra and Daucus carota treatment dose dependently in group suffered with steatosis.

**Conclusion:** Beta vulgaris var. rubra and Daucus carota may diminish the systemic low-grade inflammation in steatotic liver in applied concentrations. Acknowledgements: ETT 012/2006, GPS Powder Ltd.

## 94.

### HIGHLY SENSITIVE AND SPECIFIC DETECTION OF COLORECTAL CANCER (CRC) AND ADENOMA IN PERIPHERAL BLOOD BY MRNA EXPRESSION CHIP TECHNOLOGY- CONFIRMATION ON INDEPENDENT SAMPLES AND BY REAL-TIME PCR

Molnár B.<sup>2</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Solymosi N.<sup>1</sup>, Tóth K.<sup>1</sup>, Németh A.<sup>1</sup>, Zágoni T.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Juhász M.<sup>1</sup>, Spisák S.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, 2nd Department of Medicine, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Hungarian Academy of Sciences, Molecular Medicine Research Unit, Budapest<sup>2</sup>,

Methods and markers for screening and early diagnosis of CRC is still missing. Gene expression analysis of peripheral blood using high-density oligonucleotide microarray can contribute to the determination of distant blood markers of local pathophysiological alterations in colorectal diseases like CRC, adenoma IBD.

**Methods:** Peripheral blood was collected then total RNA was extracted from 11 patients with CRC, 11 with villous adenoma (>1 cm), 11 with active IBD and 11 healthy normal controls. After β-globin reduction, samples were amplified and biotinylated. The gene expression profile was evaluated by HGU133 Plus2.0 microarrays. GCRMA background correction, quantile normalisation and median polish summarisation were applied. To identify the differentially expressed features SAM, for classification PAM were used. Results were confirmed by TaqMan RT-PCR on an independent sample set (45 patients).

**Results:** CRC could be classified from all other observed groups by 86% sensitivity and specificity depending on the expression levels of 34 genes (incl.: Septin 5, CD36, nuclear receptor coactivator 1, MARCO macrophage receptor, TGF-β binding protein 2). Adenomas were detected by 95% sensitivity and 91% specificity in relation to normal cases based on the expression of 21 genes (incl.: IRF5, EGFR, MMP8, TP53I3, S100A8). IBD and normals could be discriminated using 13 genes (e.g.: TLR5, IL10Rβ, SMARCD3, DDAH2) by 94% sensitivity and 93% specificity.

Normal cases were identified in comparison to all other groups by 97% sensitivity and 73% specificity by 22 genes (e.g.: EGFR, MALAT1, TCF7L2, LTB4R, BCL6). The confirmation on TaqMan RT-PCR yielded a highly reproducible geneset that worked on an independent set of patients (sens.87%, spec.88%).

**Conclusions:** New multivariate expression markers were identified using mRNA whole genom arrays and peripheral blood. These validated markers and technology can lead to alternative screening and alternative procedures.

## 95.

# HIGHER SELENOPROTEIN W EXPRESSION IN HUMAN COLON CANCER BIOPSY SPECIMENS COMPARED TO ADENOMAS AND HEALTHY COLON SAMPLES

Molnár J.,<sup>1</sup> Sipos F.,<sup>1</sup> Krenács T.,<sup>2</sup> Solymosi N.,<sup>1</sup> Valcz G.,<sup>1</sup> Németh A.,<sup>1</sup> Molnár B.,<sup>3</sup> Tulassay Z.,<sup>3</sup> 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Budapest <sup>2</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Unit, Budapest <sup>3</sup>,

**Introduction:** In the last few decades a significant correlation between selenium deficiency and the incidence of colorectal cancer(CRC) has been observed. However, the mechanism for selenium as an anticarcinogenic element is not known. Selenoprotein W (SPW) mRNA expression has previously been reported to show an inverse correlation with the degree of dysplasia and/or cancer in human colonic mucosa samples.

Our **aim** was to assess the expression of selenoprotein W at the protein level by immunohistochemistry using tissue microarrays (TMA).

**Methods:** TMAs from 57 human normal, healthy colon, 36 villous adenomas with low grade dysplasia, 44 villous adenomas with high grade dysplasia, 80 early stage (Dukes A, B), and 54 late stage (Dukes C, D) colon cancer samples were prepared. TMAs were then immunolabelled with SPW antibody and evaluated by optical and virtual microscopy in parallel. For statistical analysis, Pearsons residuums were calculated and khi-square test was performed.

**Results:** There was no SPW expression detected in the epithelium of normal samples. In adenomas the epithelial immunostaining was mild-moderate whereas in cancer cases epithelial expression of SPW was strong. Comparing results within the adenoma and the CRC group, adenomas with high grade dysplasia showed a significantly more intensive epithelial staining while in CRC cases the samples of more advanced stages had a significantly higher staining intensity (all p values were < 0.001).

**Conclusions:** Our results indicate a statistically increasing SPW expression in the epithelium of human colonic mucosa specimens parallel with the adenoma-dysplasia-carcinoma sequence. This is in contrast with previous results according to which SPW expression in the colon is highly sensitive to Se-depletion, consequently SPW expression should be decreasing as serum selenium levels tend to be lower in advanced CRC. The hypothesis whether SPW might be important in the formation of colonic dysplasia or cancer needs further study.

## 97.

# SESSILIS RECTUM ADENOMÁK ELTÁVOLÍTÁSA ENDOSZKÓPOS SUBMUCOSA DISSECTIO (ESD) TECHNIKÁJÁVAL – ÚJ ELJÁRÁS AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISTENS SZÉKZÖGÉBŐL

Molnár T., Tóthné Lestár A., Nagyné Budai N., Székely A., Madácsy L., OMCH Endoszkópos Labor, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár,

**Bevezetés:** Az ESD-t olyan 1 cm-nél nagyobb, sessilis, lap szerint terjedő adenomák (polypok) komplett eltávolítására fejlesztették ki, melyek hagyományos hurok polypectomiára technikailag nem alkalmasak. Előadásunk célja az ESD technikájának bemutatása különös tekintettel az asszisztens feladatokra.

**Beteganyag és módszerek:** Az elmúlt 1,5 évben sessilis, rectum polusok eltávolítása céljából összesen 8 betegben végeztünk ESD-t. Az ESD előtt, minden esetben multiplex biopsziákkal és endoszkópos UH-al igazoltuk az elváltozás benignus és intramucosális jellegét. A beavatkozás előtt indigocarmin chromoendoszkópiával kiemeltük az adenoma határait, majd coagulációs fogóval megjelöltük az eltávolítandó területet. Ezután a sessilis polypust átlagosan 20-30 ml Tonogenes-NaCl oldattal (0,9%, 1:100.000), injektorrall aláinfiltáltuk és kiemeltük, majd az ESD első lépéseként a submucosáig terjedő bemetszést ejtettünk a nyálkahártyán flex késsel. Ezután az elváltozás teljes körbemettszése következett trianguláris késsel. Miután a körkörös bemetszést elvégeztük ismételt alóltás következett 5-10 ml speciális Na-hyaluronsav oldattal. Ezután a tényleges lapszerinti preparálást (dissectio) hook és IT késekkel fejeztük be, és az eltávolított adenomát egy darabban szövettanra küldtük. Az utóvérzést klippekkel és coagulációs fogóval csillapítottuk.

**Eredményeink:** Az elváltozásokat minden esetben sikeresen eltávolítottunk, endoszkóposan csillapítható vérzésen kívül más szövődményünk nem volt. Az ESD eljárás átlagos időtartama 100 perc volt. A recidíva kizárására 3 és 6 hónapnál ellenőrző kolonoszkópia és szövettan történt, negatív eredménnyel.

**Következtetéseink:** Az ESD hatékony, de költséges és időigényes eljárás az 1 cm-nél nagyobb sessilis adenomák eltávolítására. Sikeres elvégzése sok türelmet és speciális szakmai felkészültséget igényel mind a beavatkozást végző orvos, mind pedig az endoszkópos szakasszisztens részéről.

## 96.

# K-RAS, COX-2 AND MEMBRANE B-CATENIN OVEREXPRESSION MAY BE A MARKER OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE-ASSOCIATED INTESTINAL CANCER

Molnár T.,<sup>1</sup> Szepes Z.,<sup>1</sup> Németh I.,<sup>2</sup> Szilágyi P.,<sup>3</sup> Nagy F.,<sup>1</sup> Tiszlavicz L.,<sup>2</sup> Wittmann T.,<sup>1</sup> 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>, Department of Pathology, St. Margit Hospital, Budapest, Hungary <sup>3</sup>,

It has been known since 1928 that patients with ulcerative colitis (UC) are at increased risk of developing colorectal cancer (CRC). Regular colonoscopic surveillance with multiple colonic biopsies is the mainstay of CRC prevention in UC, although it has not been proven to reduce mortality because of CRC and the number of biopsies necessary are questionable. Our aim was to determine the protein expression profile of UC associated CRC in the tumor and tumor-free tissue in comparison with mucosal biopsies from UC patients with long-lasting disease in order to find markers which suggest a high risk for CRC.

**Methods.** Resected bowel of 19 patients with UC-associated intestinal cancer (male/female 8/11; mean age 56.2, range 26-79 years; T stage: 2 in 2, 3 in 12 and 4 in 5 patients) from different Hungarian tertier centers and multiple biopsies of 10 UC patients with pancolitis (male/female 4/6; mean age: 54, range 45-71, mean course of disease: 23.7 years) were investigated retrospectively by tissue microarray analysis. The protein expression profile of MLH1, MSH2, membrane  $\beta$ -catenin, PTEN, APC, K-ras, Cox-2, NOS, NF $\kappa$ B and VEGF were investigated.

**Results.** The expression profile of p53, APC, K-ras, Cox-2 and membrane  $\beta$ -catenin were significantly different in the three groups. Each marker was significantly overexpressed in the tumorous and tumor-free tissue except for APC and p53, which showed overexpression in the tumor only. There was a highly significant difference in K-ras, Cox-2 and membrane  $\beta$ -catenin overexpression between tumor-free tissue of UC associated CRC and the samples of patients without CRC (p<0.0001).

**Conclusion.** K-ras, Cox-2 and membrane  $\beta$ -catenin overexpression in the mucosa of patients with long-lasting UC may be a marker for progression to carcinoma throughout the colon. Therefore, a prospective study is necessary to prove whether the protein expression profile of biopsies from the distal part of the colon is enough to determine the carcinoma risk-profile of patients with UC.

## 98.

# A TRAIL (TNF-RELATED-APOPTOSIS INDUCING LIGAND) ÉS BORTEZOMIB A VASTAGBÉLRÁK SZEMÉLYRESZABOTT KEZELÉSÉBEN

Nagy K.,<sup>1</sup> Barti-Juhász H.,<sup>1</sup> Árvai K.,<sup>1</sup> Schwab R.,<sup>3</sup> Peták L.,<sup>2</sup> Kopper L.,<sup>1</sup> I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest <sup>1</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest <sup>2</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest <sup>3</sup>,

**Bevezetés:** A molekulárisan célzott gyógyszeres kezelés forradalmasítja a klinikai onkológiai gyakorlatot. A növekedési faktor receptorok és jelátviteli fehérjéinek gátlószerei mellett már megjelentek a programozott sejthalál jelátvitelét közvetlenül aktiváló célzott hatóanyagok is, mint például a sejt felszíni halálreceptorokat aktiváló TRAIL illetve a mitokondriális apoptotikus jeletet aktiváló proteasóma gátlók mint a bortezomib.

**Célunk:** új kezelési stratégiák kialakítása, amelyekkel a klinikai fejlesztésben lévő TRAIL-re és proteasóma-gátlókkal szemben rezisztens vastagbél-tumörök érzékenyíthetők, illetve olyan diagnosztikai markerek azonosítása, amelyekkel egyénre szabott módon megjósolható ezek hatékonysága.

**Módszerek:** a bortezomib/PS341 hatását vizsgáltuk önállóan és TRAIL kombinációban. HCT116 wt és HCT116 p53-/-, SW480, HT29 colorectalis daganat-sejtvonalakon in vitro klonalitás és apoptózis assay-kben. A proteasóma-gátlók alkalmazásakor a mitokondriumból kiszabaduló proapoptotikus hatású Smac/Diablo ill. a XIAP expressio gátlására siRNS technikát alkalmaztunk.

**Eredmények:** a bortezomib hatására 72h kezelésben sejtvonalak többsége elpusztult, SW480 és HT29 sejtek azonban csak részlegesen érzékenyek (40%). HCT116 p53-/- sejtek és a wt HCT116 sejtek érzékenysége között nem volt különbség. A TRAIL és a bortezomib érzékenység nem volt összefüggés, de a TRAIL rezisztens vonalak kis dózis PS341-al érzékenyíthető. Ez utóbbi háttérben kimutattuk, hogy a TRAIL-lel szemben kialakult rezisztencia háttérben az apoptózis gátló fehérje-család (IAP) egyik tagja állhat.

A Smac/Diablo fehérje expresszióját siRNS technikával gátolva csökkent a kombinált kezelés indukálta apoptózis. A XIAP expressziójának gátlása siRNS technikával ugyanakkor érzékenyíti a vastagbél-tumor sejteket TRAIL-indukált apoptózissal szemben.

**Konklúzió:** A fokozott XIAP expresszió TRAIL rezisztenciát, míg a p53 mutáció csökkent proteasóma gátló érzékenységet okozhat. A kombinált kezelés azonban mindkét esetben hatásos lehet.

## 99.

## FACTORS INFLUENCING GASTRIC ULCER HEALING IN H. PYLORI POSITIVE PATIENTS

Nagy P.<sup>1</sup>, Gottlow M.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, AstraZeneca R&D Mölndal Sweden  
<sup>1</sup>, 2nd Medical Clinic, Semmelweis University Budapest, Hungary <sup>2</sup>,

H. pylori (Hp) eradication with a PPI based triple therapy for 7 days followed by additional PPI therapy until ulcer healing is the current practice in patients with Hp+ gastric ulcers (GU). The objective of this post hoc analysis is to investigate which factors have an influence on ulcer healing rate. (The primary study has been reported elsewhere Tulassay et al in press)

**Methods:** In this double blind, randomized, parallel-group study (AstraZeneca study code: D9612C09991) patients with one or two GU (max 2 cm in diameter one ulcer had to be at least 5 mm) who were Hp+ (at least 2 out of 3 tests including UBT, histology and culture) received one of three treatment regimens: esomeprazole 20 mg (E)+ amoxicillin 1000mg(A)+ clarithromycin 500 mg(C) for 1 week, followed by either placebo(P) (EAC+P) or E20mg (EAC+E) for 3 weeks or E+placebo antibiotics for 1 week followed by E20mg for 3 weeks (EP+E). GU healing was confirmed by endoscopy at week 4, if GU was not healed E20 mg was administered for an additional 4 weeks. Hp eradication was confirmed if both UBT and histology were negative. Ulcer healing rates at week 4 were analyzed with logistic regression and Cochran-Mantel-Haenszel test for stratified tables considering ulcer size, presence or absence of Hp, diabetes mellitus, age, gender, BMI, smoking status, NSAID, aspirin use.

**Results:** 401 patients were analysed in the ITT population. The treatment groups were well balanced with regard to baseline characteristics. The healing rates for the EAC+P; EAC+E and EP+E treatment groups were 63.9% (95% CI:55.5-72.5); 81.7% (95% CI:74.7-88.7) and 84.7% (95%CI:78.3-91.1) respectively. The analysis demonstrated that the size of ulcer was the most important predictor of healing among the factors and it influenced the healing rate more in the EAC+P treatment group. In patients with GU size less than 1 cm the EAC+P treatment resulted as high healing rate as it was seen with additional 3 weeks PPI therapy.

**Conclusion:** Size of GU is an important predictor of healing. If size of GU <1cm no additional 3 week esomeprazole therapy is necessary.

## 101.

## A GLUTEN BEVITEL INTERFERÁL A HEPATITIS B VAKCINÁCIÓRA ADOTT IMMUNVÁLASSZAL COELIAKIÁBAN

Nemes É.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>2</sup>, Lefler É.<sup>3</sup>, Szegedi L.<sup>4</sup>, Tumpek J.<sup>5</sup>, Sipka S.<sup>5</sup>,  
 Korponay-Szabó L.<sup>1</sup>, Gyermekklinika, DE OEC, Debrecen <sup>1</sup>, II. Belklinika, DE OEC, Debrecen <sup>2</sup>, ÁNTSZ, Laboratórium Kft, Debrecen <sup>3</sup>,  
 Belgyógyászati Osztály, Kenézy Gyula Kórház, Debrecen <sup>4</sup>, III. Belklinika, Regionális Immunlabor, DE OEC, Debrecen <sup>5</sup>,

**Bevezetés:** A hepatitis B vírus (HBV) fertőzés hatékony kontrollját az aktív immunizáció jelenti, a non-responderek fogékonyak maradnak a fertőzés iránt. A HLA-DR3;DQ2 hordozóknál, köztük a coeliakiás betegeknek gyakoribb a HBV oltás utáni non-responder állapot.

**Célkitűzés:** a gluten bevitel és a haptoglobin polimorfizmus HBV vakcinációra gyakorolt hatásának vizsgálata coeliakiás betegekben.

**Módszerek:** 128 coeliakiás beteg (78 leány, 50 fiú, medián életkor: 16,4 év) és 113 hasonló korú kontroll (70 leány, 43 fiú, medián életkor: 16,1 év) részesült HBV elleni oltásban. 22 coeliakiás gyermeket a diagnózis felállítását követően, glutenmentes diéta alatt prospektíven immunizáltunk, 106 coeliakiás serdülő az általános iskola 8. osztályában kapta meg a védőoltást a diagnózistól és a diétás státuszától függetlenül, a kontrollokhoz hasonlóan. A diétás compliance megítélésére endomysium és transzglutamináz antitest vizsgálatot végeztünk immunfluoreszcens, ill. ELISA módszerrel. Az anti-HBs ellenanyag meghatározás ELISA módszerrel történt. A 128 coeliakiás beteg közül 118 esetben (92,2%) haptoglobin fenotipizálást végeztünk SDS PAGE elektroforézissel.

**Eredmények:** A szerokonverzió a diétás kezelés mellett prospektíven oltott betegekben 95,5% (95% CI: 78,2-99,2%), míg az iskolai oltás után 50,9% (95% CI: 41,6-60,3%, p<0.001) volt. Utóbbi csoportban a betegek gluten terhelése hatást gyakorolt a szerokonverzióra (kezeletlen betegek: 25,9%; 95% CI: 13,2-44,7%, diétás non-compliance: 44,4%; 95% CI: 18,9-73,3%, szigorú diéta: 61,4%; 95% CI: 49,7-71,9%). A haptoglobin polimorfizmus a coeliakiás betegekben nem mutatott összefüggést a HBV immunizáció eredményével, sem a betegség aktivitásával, sem pedig a betegek diétás státuszával.

**Következtetések:** A gluten bevitelnek jelentős negatív szerepe van aktív coeliakiában a HBV vakcinációt követő humorális immunválasz kialakulásában. A hepatitis B non-responder állapot hátterében fel nem ismert coeliakia is állhat. A HBV oltás után szeronegatív coeliakiás betegeknek a revakcinációt ellenőrzött glutenmentes diéta alatt ajánlott elvégezni.

## 100.

## EFFECT OF TOPICAL CAPSAICIN ON ESOPHAGEAL CLEARANCE OF HEALTHY VOLUNTEERS

Nagy P., Enyedi G., Illés A., Nagy L., Király Á., 3rd Department of Medicine, Faculty of Medicine, University of Pécs

The physiologic importance of afferent sensory pathways in the esophageal motor functions has been recently recognised. Capsaicin-sensitive sensory afferents were shown to play a role in the maintenance of mucosal integrity of the GI tract, and regulation of human esophageal motility.

The **Aim** of this study was to investigate the effect of topical application of capsaicin-containing red pepper sauce (Tabasco, 25%v/v, pH:5.7) suspension on the phasic activity and clearance of the human esophagus in healthy volunteers.

**Methods:** Simultaneous stationary manometry and esophageal impedance measurement were performed in 10 healthy volunteers. Esophageal motility (peristalsis, clearance, lower esophageal sphincter (LES) tone) was measured before and after acute topical application of capsaicin.

**Results:** Capsaicin containing red pepper sauce increases the motility response (LES tone, contraction amplitude, propagation velocity) of the human esophagus in healthy volunteers. However the clearance of the esophagus was found to be inhibited at the suprasphincteric region of the esophagus.

**Conclusion:** Phasic contractility is increased, however the esophageal clearance was not affected by topical capsaicin. The increased tone of LES is most likely involved in the inhibited clearance of the esophagus after capsaicin application.

## 102.

## THE ROLE OF SCHAFFER'S GLANDS IN THE DIAGNOSIS OF BARRETT'S ESOPHAGUS

Németh L.<sup>1</sup>, Tar L.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>2</sup>, Róka R.<sup>2</sup>, Gecse K.<sup>2</sup>, F Kiss Z.<sup>2</sup>, Sükösd F.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>2</sup>, Mikó T.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>,  
 Department of Pathology University of Szeged <sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine University of Szeged <sup>2</sup>,

**Background:** Since specialised intestinal metaplasia (SIM) is uniquely regarded as praemalignant for esophageal adenocarcinoma the aim was to assess the distribution and frequency of additional Schaffer's glands (SGs) near SIM.

**Method:** Between 2004 and 2007, 1149 consecutive lower esophageal biopsy cases of 826 patients were reclassified by classical histopathology focusing on SGs. Results: SGs were found in 198 cases. More than half of SGs' samples (103 cases) were found near SIM. Fifty-three from 63 SIM cases, 26 from 37 SIM cases and 1 from 9 SIM cases contained SGs with regenerative atypia (indefinite for dysplasia), low grade dysplasia and high grade dysplasia, respectively. Several cases showed direct transition from SG to SIM.

**Conclusions:** Behind the heterogenous structure of glandular esophageal metaplasia the role of SGs is supposed. SGs are good histopathological monitors of the activity of glandular metaplasia following even dysplastic transformation of SIM.

## 103.

# HISTOPATHOLOGICAL EVALUATION OF ESOPHAGEAL GLANDULAR METAPLASIAS IN THE SOUTH HUNGARIAN COMMUNITY.

Németh I.,<sup>2</sup> Rosztóczy A.,<sup>1</sup> Izbéki F.,<sup>1</sup> Róka R.,<sup>1</sup> Gecse K.,<sup>1</sup> Sükösd F.,<sup>1</sup> Tar L.,<sup>1</sup> Wittmann T.,<sup>1</sup> Tiszlavicz L.,<sup>2</sup> 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary <sup>2</sup>,

Since specialized intestinal metaplasia (SIM) is uniquely considered as a premalignant condition for esophageal adenocarcinoma, other esophageal metaplasias are commonly neglected. Therefore, the aim was to make standardized histopathological analysis focusing on the role of mucinous cardiac and Schaffer's glands, fundic, pancreatic acinar metaplasia (PAM) in the metaplastic process.

**Methods:** Biopsy samples of 826 consecutive patients (mean age 55.6 ys, m/f 1.1/1) with endoscopic evidence of columnar lined esophagus were analyzed prospectively between 2004 and 2007. Dysplasia was confirmed by p53, K-ras and Ki67 immunohistochemistry.

**Results:** SIM was found in 211 (26%) patients. Of them 34 had SIM alone, and 177 had SIM together with cardiac-fundic metaplasia. In 615 patients without SIM, cardiac-fundic metaplasia was found. This was accompanied by other metaplasia such as PAM in 123 (15%), Schaffer's glands in 95 (12%) and ciliated mucosa in 2 (0.2%) cases. While Schaffer's glands were more likely to coexist with SIM ( $p < 0.01$ ), PAM was mostly seen near cardiac-fundic metaplasia ( $p < 0.01$ ). The majority (61%) of the patients had more than one coexisting metaplasia. Low grade dysplasia (LGD) was found in 51 (6%), high grade dysplasia (HGD) in 9 (11%) patients. HGD was uniquely detected in SIM, while LGD was seen in cardia type metaplasia as well (14/51). In case of multiple metaplasias dysplasia was more likely to be seen in the dominant metaplastic tissue, if Schaffer's glands were detected ( $p < 0.01$ ). On the contrary PAM was seen more often in samples without dysplasia ( $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** Columnar metaplasias of the esophagus are histologically heterogeneous, and often consist of different glandular structures simultaneously. In such case Schaffer's glands may be early markers of mucosal instability and may indicate associated dysplasia. The study was organized by the South Hungarian Regional Surveillance Group for the Study of Barretts Esophagus. Grant: RET08/2004, ETT T02-515/2006.

## 105.

# RITKA ELŐFORDULÁSÚ EXTRANODALIS NON-HODGKIN LYMPHOMA A HASBAN (ESETISMERTETÉS)

Nyikos O.,<sup>1</sup> Máj C.,<sup>2</sup> Málts E.,<sup>3</sup> Gervain J.,<sup>1</sup> Fejér Megyei Szent György Kórház IV. Belgyógyászati<sup>1</sup>, Fejér Megyei Szent György Kórház Patológiai Osztály<sup>2</sup>, Fejér Megyei Szent György Kórház Radiológiai Osztály<sup>3</sup>,

**Bevezető:** A Non-Hodgkin lymphomák 20-30%-a extranodalis formában jelentkezik. A szakirodalomban a legkülönbözőbb szervek érintettségéről már beszámoltak, de az izmokba infiltráló lymphoma esetei igen ritkák.

**Esetbemutató:** Az 53 éves férfibeteg anamnesisében hypertonia és diabetes mellitus szerepel. Kórházunkat jobb alsó végtagi fájdalom és duzzanat miatt kereste fel. Sürgősségi doppler és hasi USG vizsgálat a kismedencében egy 9x8 cm-es, szabálytalan, a musculus iliopsoas infiltráló inhomogén képletet igazolt, mely a húgyhólyagot balra diszlokálta, az artéria és véna iliaca externát körbefogta és ez utóbbiban kompresszió révén thrombosiszt okozott. A mélyvénás thrombosis miatt LMWH átfedésben orális anticoaguláns terápiát kezdtünk. A betegnek a thrombosis okozta lábfájdalomtól kívül egyéb panasza, illetve tünete nem volt. Laboratóriumi leleteiben érdemi eltérést nem találtunk. Tumormarkerek közül AFP, CEA, PSA normál tartományban voltak. A hasi terime tisztázása céljából hasi és kismedencei CT vizsgálat történt, mely alapján a térfoglaló képlet az inguinalis régióba is terjed és legnagyobb valószínűséggel a musculus iliopsoasból indul ki. A parenchymas szerveket intaktan véleményezték, a retroperitoneumban és a mesenteriumban lymphadenomegáliát nem írtak le. Ezek alapján az első körben felmerült mesenchymalis eredet igazolása céljából UH vezérelt percutan biopsziát végeztünk. Az elsődleges szövettani eredmény meglepő módon lymphomát igazolt, tipizálás irányába a speciális immunhisztokémiai vizsgálatok eredményét még várjuk. Staging vizsgálat során történt mellkas CT lymphoma irányába negatív eredményű lett.

**Összefoglalás:** A Non-Hodgkin lymphoma önmagában sem gyakori kórkép, de bizonyos típusa, illetve extranodalis lokalizációja rendkívül ritka és ezek felismerésében a képalkotó vizsgálatoknak és UH vezérelt biopsziának fontos szerepe van.

## 104.

# TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE IN SEVERE ACUTE HEPATITIS B

Neumann H., Malfethertheiner P., Csepregi A., Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie

**Background and aim:** Acute hepatitis B progresses to liver failure in about 1% of patients. Lamivudine has been shown to be able to prevent acute liver failure and liver transplantation when administered early enough on the course of disease. Very recently, tenofovir disoproxil fumarate (TDF) was suggested as one of the most promising alternatives in chronic hepatitis B. We assessed the clinical value of TDF in patients with severe acute hepatitis B.

**Patients:** Between June and December 2006, five (F:M=3/2; mean age: 34 ys) of the 11 patients who presented with severe acute hepatitis B were treated with TDF (Viread®) in a dose of 245 mg per day for 8 to 16 weeks. A 25-year young lady with a HBeAg negative fulminant hepatitis who was evaluated for liver transplant because of severe coagulopathy (INR of 4.2) and encephalopathy (Grade 2) received TDF. Two patients were given TDF because of a severe cholestatic form (bilirubin > 40 mg/dL) of acute hepatitis B. Further two patients received the drug because of severe symptomatic acute hepatitis or a protracted course of the disease. All the non-fulminant cases were infected with the "wild-type" virus and were considered for treatment only after an approximately four-week observation period.

**Results:** The patient with fulminant hepatitis B improved rapidly in one week after initiation of the therapy. The symptomatic non-fulminant cases experienced a significant clinical improvement after about two-weeks therapy with TDF. Viral load fell rapidly (initial mean viral load: 60.19\*10<sup>6</sup> copies/mL) and was under the detection limit (< 300 copies/mL) 10 to 16 weeks after starting of the therapy. Loss of HBsAg with seroconversion to anti-HBs was seen in all patients. Clinically significant side effects were not reported.

**Conclusion:** Tenofovir disoproxil fumarate is effective and safe in patients with severe acute hepatitis B.

## 106.

# NASOBILIARY DRAINAGE OF PYOGENIC HEPATIC ABSCESS (CASE REPORT)

Orosz P.,<sup>1</sup> Süsmegi J.,<sup>1</sup> Tóth I.,<sup>2</sup> 2nd Dept. of Medicine, BAZ County Teaching Hospital, Miskolc <sup>1</sup>, Dept. of General and Thoracic Surgery, Health Center of Miskolc <sup>2</sup>,

**Background:** Hepatic abscesses with biliary communication show a significantly lower cure rate after percutaneous drainage than noncommunicating abscesses. In case of communicating abscess endoscopic internal drainage is a treatment of choice.

**Patient and method:** A 76-year old diabetic woman was referred with chills, fever, pain in right upper abdomen and obstructive jaundice. Endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) showed a common bile duct stone with dilated biliary tract and a fluid collection in the right hepatic lobe. After endoscopic sphincterotomy (EST) a large amount of pus flew out of the common bile duct. Stone extraction and flushing of biliary tract with saline were performed. A nasobiliary catheter was placed directly inside the cavity of abscess for adequate drainage of pus and bile afterwards. Broad spectrum antimicrobial therapy had been initiated before the procedure and the patient received antibiotic via nasobiliary drain as well.

**Result:** Biliary discharge from the catheter was continuous with daily volumes of 220-300 ml. Patient showed improvement in her clinical condition, septic symptoms disappeared, jaundice and abscess cavity size decreased. Endoscopic procedures were not associated with local or systemic complications. Unfortunately, 5 days later, the patient drew out the nasobiliary drain from the biliary tract. On the following day acute cholecystitis developed and cholecystectomy was performed. After that a cerebral hemorrhage occurred and the patient died of cerebral compression shortly.

**Conclusion:** Nasobiliary drainage for the treatment of pyogenic hepatic abscess communicating with the biliary tract is feasible and safe, however the final prognosis depends on connecting and underlying diseases.

## 107.

# CHANGES OF AUTONOMIC AND SENSORY NERVE FUNCTION DURING HEPATITIS C ANTIVIRAL TREATMENT

Osztovits, J.<sup>1</sup>, Horváth T.<sup>3</sup>, Tax J.<sup>1</sup>, Horváth E.<sup>1</sup>, Csihi L.<sup>1</sup>, Bekő G.<sup>1</sup>, Csák T.<sup>1</sup>, Horváth A.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1</sup>, Ibrányi E.<sup>4</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Lengyel G.<sup>2</sup>, Fehér J.<sup>2</sup>, Abonyi M.<sup>1</sup>, Kollai M.<sup>3</sup>, Kempler P.<sup>4</sup>, Szalay F.<sup>1</sup> 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University<sup>1</sup>, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University<sup>2</sup>, Institute of Human Physiology and Clinical Experimental Research, Semmelweis University<sup>3</sup>, Szt. László Hospital, Budapest<sup>4</sup>,

**Background and aim.** Neurological complications of chronic Hepatitis C virus (HCV) infection are known predominantly in the peripheral nervous system, mainly associated with mixed cryoglobulinaemia. We reported autonomic dysfunction in HCV infected patients. In our present study we aimed to investigate whether elimination of HCV by pegylated interferon and ribavirin combined treatment would result an improvement of altered cardiovascular autonomic and peripheral sensory function in chronic HCV patients.

**Methods.** 24 HCV PCR positive, treatment-naive patients were enrolled in the study (age 45.5±8.5 years). Cardiovascular autonomic function was assessed by determining heart rate variability (HRV) and spontaneous baroreflex sensitivity (BRS) indices. Heart rate was derived from ECG, continuous radial artery pressure was measured simultaneously by applanation tonometry. Peripheral sensory nerve function on median and peroneal nerves was characterized by current perception thresholds, measured by neuroselective diagnostic stimulator. 180µg peginterferon alfa-2a weekly and 1000mg ribavirin daily was given. Measurements were made 1 day before first dose and 1 day before 13th week of therapy.

**Results.** HRV low-frequency domain (LF) and BRS sequence (BRSseq) indices decreased at 12 weeks of therapy compared to the initial values (227.6±47.7 vs. 114.6±22.6 ms for LF; 8.30±0.89 vs. 5.96±0.63 ms/mmHg for BRSseq [mean±SEM]; p<0.05). The decrease of autonomic parameters was observed both in patients with and without early viral response. Sensory function did not differ at 12 weeks of therapy.

**Conclusion.** We found a decrease in certain cardiovascular autonomic functions at 12 weeks of anti-HCV therapy, while no differences were found in sensory function. These changes may reflect the long-term harmful effect of the HCV virus, and/or the short-term side-effect of the anti-HCV therapy. The elimination of HCV does not result immediate improvement of autonomic function. To evaluate the further tendency of this phenomenon, we continue the follow-up examinations.

## 109.

# ACTINOMYCOSIS OF THE GALLBLADDER. CASE REPORT

Pálházy T., Lukovich P., Zsírka-Klein A., Kupcsulik P., 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest,

Actinomycosis is a chronic suppurative disease, characterized by formation of multiple cervicofacial, thoracic or abdominal abscesses, fistulas. The causative agents are opportunistic pathogens, which in the 25% of all cases occur in the oral cavity and the female genital tract floor. Their pathogenic occurrence is usually connected with previous abdominal trauma, or possibly with surgery. Incidence of the actinomycosis of gallbladder is extremely rare. (So far literature reports about 50 known cases)

**Patient:** 65 years old female patient - gallbladder stones were known for years – was hospitalized for acute strong, spastic upper and right upper quadrant abdominal pain. The abdominal US examination confirmed a serious, acute cholecystitis, hence we decided to carry out a traditional cholecystectomy. Because of the particularly inflamed subhepatic region, the fragility of the tissue anterograd cholecystectomy was carried out. The empyematic gallbladder full of gallstones was removed subtotally, as the cystic duct and local vessels could not be identified. The tissues were not suitable for insertion of ligature; therefore we completed the operation with inserting a Pezzer drain. In the postoperative period was uneventful, gallbladder-spill was not detected, and the patient was able to leave 7 days postoperatively with a primarily healed wound. The results of the histological investigation confirmed actinomycosis, and therefore (because of penicillin allergy) the patient was given a 6 weeks course per oral azithromycin therapy. 3 months later follow-up checks have not confirmed abdominal abscess.

**Discussion:** This case is interesting for a number of reasons (other than just its rarity). On the one hand, in our case the actinomycosis have formed regardless of previous surgical intervention. On the other hand, in the surgical context this case is interesting, because there is no unambiguous surgical suggestion for dealing with a situation when the formulas of the Calot triangle cannot be identified safely.

## 108.

# VASTAGBÉLVIZSGÁLAT KAPSZULÁVAL: AZ ELSŐ MAGYARORSZÁGI TAPASZTALATOK

Pák P., Kovács M., Pák G., II. Belgyógyászati Osztály - Gasztroenterológia, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom,

**Bevezetés:** A nyelőső és a vékonybél kapszula endoszkópos vizsgálata 2002 óta világszerte gyakorlattá vált. 2003 óta hazánkban is elérhető ez a vizsgálat, Esztergomban már több, mint 200 kapszulás vékonybél-vizsgálatot végeztünk. Az eltérő technikai igény, az előkészítés nehézségei, és a szakmai hezitáció (kiváló endoszkópos vizsgálhatóság) is késleltette a vastagbél vizsgálatára alkalmas kapszula kifejlesztését és forgalomba hozatalát.

**Módszerek:** Az első vizsgálatok 2006-ban történtek, és még ugyanebben az évben két munkacsoport is publikálta eredményeit (Eliakim ill. Schoofs és munkatársai). Standard kolonoszkópiával összehasonlítva a kapszulás módszert biztonságosnak találták, azonban szenzitivitás tekintetében, a 6mm-nél nagyobb polypoid képleteket vizsgálva csak 63 ill. 60%-os értéket mértek.

Hazánkban 2008 február elején végeztük az első kapszulás vastagbélvizsgálatot Esztergomban. Az előkészítés eltér a vékonybél kapszulás vizsgálatánál megszokottól, és a vizsgálandó személy részéről komoly együttműködést igényel. A tényleges bél tisztításra, a hashajtó bevitelére a vizsgálatot megelőző nap estéjén, ill. a vizsgálat napján, hajnalban kerül sor. Újdonság, hogy a kapszula mozgását ágy melletti monitoron követjük, és vizsgálat közben is szükséges hashajtó bevétele, elősegítendő a kapszula előrehaladását.

**Eredmények:** Tapasztalataink alapján a betegek az előkészítés nehézségeit a vártnál jobban tolerálták, a bél tisztasági foka a vizsgálatok nagy részében kifejezetten jó volt. Pozitív lelet esetén elvégeztük a kolonoszkópiát is, ez alapján a módszer szenzitivitás tekintetében megbízhatónak bizonyult.

Jelenleg a vizsgálat indikációja elsősorban az inkomplett vagy kontraindikált kolonoszkópia, a fő kérdés, hogy vajon kolorektális megbetegedések szűrése a módszer mennyire bizonyul megbízhatónak. Ezirányba további követés és összehasonlító vizsgálatok szükségesek, és figyelembe véve a kolorektális megbetegedések magas számát, ill. a szűrés ismert nehézségeit, remélhető, hogy ezen, jelenleg is folyó vizsgálatok alapján a módszer beváltja a hozzáfűzött reményeket.

## 110.

# EARLY TERMINATION OF PEGYLATED INTERFERON (PEG-IFN) PLUS RIBAVIRIN (RBV) THERAPY DUE TO A PULMONARY COMPLICATION IN A PATIENT WITH CHRONIC HEPATITIS C (CHC)

Pálvölgyi A., Korom T., Nagy I., 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Hungary

**Background:** Treatment with PEG-IFN is known to increase the risk of bacterial airway infections such as bronchitis, pneumonia and tuberculosis (TBC). We report here a case of pulmonary side-effects complicating PEG-IFN plus RBV therapy in a patient with CHC.

**Case report:** From October 2006, a 46-year-old man with high viral load CHC was treated with PEG-IFN-alfa2b in combination with RBV. This thrombophylic patient was receiving permanent acenocoumarol therapy because of repetitive venous thromboses. By week 10, we observed transient black stools without any other clinical or laboratory signs of gastrointestinal bleeding. There was no need to change the dosage of his antiviral drugs. By week 12, his treatment had yielded a good early virological response. At week 29, he experienced fever. The chest X-ray ordered by the pulmonologist demonstrated bilateral nodular and bundled milary lesions in the upper lobes, suggesting the possibility of fibrosis, microembolization or milary TBC. The PEG-IFN plus RBV therapy was stopped at once. A chest CT scan revealed small milary lesions suspicious of TBC. The Mantoux test was negative. The pulmonologist's final opinion was pneumonia, because the clinical and radiological symptoms had disappeared after 6 weeks of observation. Six months after the termination of therapy, the patient was negative for HCV RNA.

**Conclusions:** During PEG-IFN plus RBV therapy, signs of pulmonary complications should prompt careful clinical examinations and work-up, and in some cases it may be necessary to terminate the therapy. In the present case, the patient's sustained virological response was fortunate as regards the high viral load and the early termination of therapy at week 29.

## 111.

## LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGERY - EXPERIENCES OF 150 CASES

Papp A., Morvay K., Weltner J., Lukovich P., Fülöp C., Kupcsulik P., 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University Faculty of Medicine, Budapest, Hungary,

**Introduction:** At 1st Dept of Surgery, Semmelweis University we have been routinely performing laparoscopic colorectal procedures (LCR) since 2004. Patients and methods: We analyze our 150 cases which were operated in our department between January 2005 and January 2008. The main criterion of patient-selection was as follows: not suitable for laparoscopic surgery if the tumor is in stage T4, on the other hand, there was no exclusion based on age (21-93 yrs). Also, malignant and benign pathologies were operated. The average age was 61 years; the ratio of women/men was 1:1.1. In 114 cases (76%), surgery for malignant disease was performed. In this group, the tumor was located in the rectum in 40 (35%), in the sigmoid colon in 40 (35%), in the descending colon in 6 (5%), in the transverse colon in 6 (5%), and on the right-sided colon in 22 cases (19%). The indication was based on benign disease in 36 cases (24%). The anastomosis was performed extracorporally in 45%, intracorporally in 37% and any other way or there was no anastomosis in 18% of the cases.

**Results:** Conversion was needed in 29 cases (19%), in 6 cases (4%) because of intraoperative injury. The average operation time was 3 hours and 18 minutes. Blood transfusion was necessary in 20% of the cases. For 134 patients (89%), there was no complication of any kind. Anastomotic leakage was observed in 6 patients (4%). Wound complication rate was as high as 8%. First postoperative stool happened on the third day on average. Average length of postoperative stay was 6.3 days for the complication-free group. **Conclusions:** It is clear from our preliminary results that laparoscopic colorectal surgery can be performed with results similar to open surgery. Selection of the patients is useful. Large tumorsize makes the technique complicated, infiltration of the surrounding tissues is a contraindication of laparoscopic approach, but malignant disease is not, and oncological radicality of LCR is more precise than the opened method. Long surgery time could be significantly reduced with practise.

## 113.

## SEN VIRUS (SENV) CO-INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

Pár A.<sup>1</sup>, Takács M.<sup>2</sup>, Dencs Á.<sup>2</sup>, Rusvai E.<sup>2</sup>, Miseta A.<sup>3</sup>, Hegedüs G.<sup>4</sup>, Pár G.<sup>1</sup>, Mózsik G.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>

1st Department of Medicine, University of Pécs <sup>1</sup>, National Center for Epidemiology <sup>2</sup>, Department of Laboratory Medicine, University of Pécs <sup>3</sup>, Baranya County Hospital, Department of Pathology, Pécs, Hungary <sup>4</sup>,

**Aim:** We wanted 1) to determine the prevalence of SENV DNA in patients (pts) with chronic HCV infection, 2) to evaluate the effect of SENV infection on PEG-IFN+RBV induced SVR and 3) to assess the effect of anti-HCV therapy on SENV elimination.

**Patients:** Three groups of HCV pts have been studied: group A): 19 (5 males, 14 females) HCV-RNA carriers with normal serum ALT, group B): 48 (27 males, 21 females) pts with chronic hepatitis C, and group C): 18 (3 males, 15 females) pts with HCV cirrhosis. Thirty-four healthy individuals served as control.

**Methods:** Serum HCV-RNA was measured by Cobas Amplicor HCV Monitor 2.2 Roche, presence and quantity of SENV-D and SENV-H was determined by Real-time PCR using Taqman probes.

**Results:** In the controls, SENV-D prevalence was 3/34 (8.8%) and SENV-H 13/34 (38.2%), in group A) 8/19 (42.1%) and 6/19 (31.5%), in group B) 21/48 (43.7%) and 32/48 (66.6%), in group C) 5/18 (27.7%) and 12/18 (66.6%), respectively.

Of 19 chronic hepatitis C pts with SVR to PEG-IFN + RBV, 8 (42.1%) were SENV-D carrier and 12 (63.1%) were SENV-H positive, while in 29 non-responders 13 (44.8%) and 20 (68.9%), respectively. Among SENV-D/H positive pts, HCV SVR occurred in 14/37 (37.8%) cases, in SENV-D/H negative pts in 5/11 (45%) cases ( $p > 0.05$ ). The anti-HCV treatment resulted in SENV-D/H elimination in 15/37 (40.5%) cases, but it was independent of the HCV SVR. Yet, in non-responders to PEG-IFN + RBV, half of SENV-H positive pts showed an elevation of SENV-H DNA titer during the course of chronic hepatitis C.

**Conclusion:** The prevalence of SENV infection is higher in pts with active chronic HCV hepatitis/cirrhosis compared to healthy controls. The efficacy of anti-HCV treatment was not affected significantly by the presence of SENV. SENV seems to be sensitive to PEG-IFN + RBV therapy.

## 112.

## ÚJONNAN FELFEDEZETT GLIKÁN SZEROLÓGIAI MARKEREK GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBE ÖSSZEFÜGGÉST MUTATNAK A BETEGSÉG KORAI MEGJELENÉSEVEL, A SZÖVŐDMÉNYES BETEGSÉGLEFOLYÁSSAL, A MŰTÉTEK GYAKORISÁGÁVAL, ÉS A NOD2/CARD15 GENOTÍPUSSAL

Papp M.<sup>1</sup>, Altorjay L.<sup>1</sup>, Dotan N.<sup>2</sup>, Palatka K.<sup>1</sup>, Tumpek J.<sup>3</sup>, Sipka S.<sup>3</sup>, Lakatos L.<sup>4</sup>, Kovács Á.<sup>5</sup>, Molnár T.<sup>6</sup>, Tulassay Z.<sup>7</sup>, Miheller P.<sup>7</sup>, Norman G.<sup>8</sup>, Szamosi T.<sup>9</sup>, Papp J.<sup>9</sup>, Lakatos P.<sup>9</sup>, Debreceni Egyetem OEC, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen <sup>1</sup>, Glycominds Ltd, Lod, Israel <sup>2</sup>, Debreceni Egyetem OEC, Regionális Immunológiai Laboratórium, Debrecen <sup>3</sup>, Csolnoky Ferenc Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Veszprém <sup>4</sup>, Szt Margit Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest <sup>5</sup>, Szegedi Egyetem, Szent-György Albert Orvos-és Gyógyásztudományi Centrum, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged <sup>6</sup>, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest <sup>7</sup>, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA <sup>8</sup>, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest <sup>9</sup>,

**Bevezetés:** A *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) és az *E.coli* külső membrán porin C ellenes (anti-OmpC) antitestek gyulladásos bélbetegségeknél (IBD) összefüggést mutatnak a betegség fenotípusával. Célul tűztük ki a különféle szénhidrát építőpókokkal szembeni antitestképződés jelentőségének vizsgálatát az IBD differenciál diagnosztikájában, valamint kerestük azok esetleges összefüggését a betegség klinikai megjelenési formáival. Betegek és módszerek: 652 IBD beteget (CD:557 és UC:95) és 100 egészséges kontroll egyént vizsgáltunk. Az anti-Omp, ASCA, anti-laminaribioside (ALCA), anti-chitobioside (ACCA) és anti-mannobioside (AMCA) antitestmeghatározásokat szérumból végeztük ELISA módszerrel, az anti-neutrophil citoplazmatikus antitest (ANCA) meghatározást pedig indirekt immunfluoreszcens módszerrel.

**Eredmények:** Crohn-betegek 66%-ában a vizsgált antimikrobiális antitestek közül legalább egy pozitív volt. Az anti-glikán antitestek közül a gASCA és a gASCA/atípusos P-ANCA kombinációja bizonyult a leghatékonyabbnak a CD és UC elkülönítésében. Az ASCA és a gASCA assay-k hasonló eredményt adtak. A gASCA, ALCA, ACCA, AMCA és Omp antitestek számának növekedése és titerének emelkedése a szövődményes betegséglefolyás ( $p < 0.0001$ ) és a műtét kockázat ( $p = 0.023$ ) szempontjából független rizikófaktorok bizonyultak CD-ben. Szerológiai dózishatás is megfigyelhető volt. A gASCA és AMCA antitestek jelenléte összefüggést mutatott a NOD2/CARD15 genotípusokkal, továbbá gén-dózishatás is kimutatható volt. UC-ben fenotípus-szerotípus kapcsolatot nem találtunk.

**Következtetések:** A szerológiai markerek hasznosnak bizonyultak a CD és az UC differenciál diagnosztikájában. Összefüggést tudtunk kimutatni a különféle mikrobiális komponensekkel szembeni reaktivitás és a betegség korábbi megjelenése, a szövődményes betegséglefolyás, a műtétek gyakorisága és a NOD2/CARD15 genotípusok között, ami alátámasztja a mikrobákkal szembeni megváltozott érzékelés szerepét a CD patogenezisében.

## 114.

## ALTERED SURFACE EXPRESSION OF INHIBITORY KIR2DL3 AND ACTIVATING CD160, NKG2D RECEPTORS ON NK AND CYTOTOXIC T CELLS IN CHRONIC HCV HEPATITIS

Pár G.<sup>1</sup>, Szereday L.<sup>2</sup>, Berki T.<sup>3</sup>, Miseta A.<sup>4</sup>, Hegedüs G.<sup>5</sup>, Szekeres J.<sup>2</sup>, Mózsik G.<sup>1</sup>, Hunyady B.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>1</sup>, Pár A.<sup>1</sup>, University of Pécs, 1st Department of Medicine, Pécs <sup>1</sup>, University of Pécs, Department of Medical Microbiology and Immunology <sup>2</sup>, University of Pécs, Department of Immunology and Biotechnology <sup>3</sup>, University of Pécs, Laboratory Medicine Department <sup>4</sup>, Department of Pathology, Baranya County Hospital, Pécs <sup>5</sup>,

**Aims:** Natural killer cell activity depends on balance between signals by killer activating (KAR) and inhibitory (KIR) receptors. In HCV infection upregulated expression of inhibitory NKG2A and downregulation of activating NKp30, NKp46 receptors have been described. Here, we analyzed whether the known impaired activity of NK cells is associated with dysregulated expression of further inhibitory (KIR2DL3, ILT-2, KIR3DL1) and activating (CD160, NKG2D, NKG2C) receptors. Since regulatory T cells (T reg) via secreting TGFβ can downregulate different KARs, correlation between percentage of T reg cells, plasma TGFβ levels and KIR/KAR expression and in vitro effect of TGFβ treatment on NK cell cytotoxicity and KIR/KAR expression have been studied.

**Methods:** 21 patients with chronic hepatitis C, 11 HCV RNA+ patients with normal ALT and 15 healthy controls were enrolled. The percentage of CD4+CD25high+ T reg cells, KIR2DL3, ILT-2, KIR3DL1, CD160, NKG2D, NKG2C expressing NK, T and NKT cells and NK cell cytotoxicity were determined by FACS. Plasma TGFβ1 levels were assessed by ELISA.

**Results:** In patients with chronic HCV hepatitis, NK cells showed increased inhibitory KIR2DL3 and decreased CD160 and NKG2D activating receptor expression compared to controls. Furthermore, compared to control group decreased expression of CD160, NKG2D, NKG2C activating receptors on CD8+ T cells was also found in CHC patients, but not in HCV RNA positive patients with normal ALT. Plasma TGFβ1 levels inversely correlated with NKG2D expression on NK cells. In vitro TGFβ1 treatment inhibited NK cytotoxic activity and downregulated NKG2D expression. Since TGFβ1 had no effect on other NK receptor expression, further regulatory mechanisms responsible for altered KIR/KAR receptor profile of the cytotoxic cells emerges.

**Conclusion:** Our study demonstrated a complex dysregulation of activating and inhibitory receptor expression on NK and cytotoxic T cells and may provide further mechanism contributing to defective cellular immune functions in chronic hepatitis C.

## 115.

# WHAT IS THE ROLE OF ENDOSCOPIC THERAPY IN EARLY AND LATE POSTOPERATIVE BILE DUCT STENOSIS?

Patai Á.<sup>1</sup>, Patai V. Á.<sup>2</sup>, Döbrönte Z.<sup>1,3,4</sup>, <sup>1</sup>Department of Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely <sup>1</sup>, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>, Nursing Dept. of Faculty of Healthcare Science, University Pécs<sup>3</sup>, Training Center Szombathely, Faculty of Health Science, University of Pécs<sup>4</sup>

**Introduction:** The endoscopic therapy (ET) is useful for the management of benign postoperative bile duct stenosis (BPBDS) but there are only few studies available for evaluating long-term effectiveness of ET.

**Aim and method:** Endoscopic retrograde cholangiography (ERC) and ET (sphincterotomy, balloon dilatation and stenting) were planned to be performed in 33 patients (pts) with BPBDS. After ET the cholestatic parameters and the diameter of the bile ducts defined by ultrasonography were checked every six months to 97 months on average (70-131 months). If any pathological sign was observed, the ERC was repeated. The pts were divided into two groups, the 17 pts of group 1 (G1) were treated endoscopically within one month (2-29 days) and the 16 pts of group 2 (G2) underwent ET in 5-172 months after cholecystectomy (CE). Statistical analysis was performed by  $\chi^2$ -test.

**Result:** The first procedure was successful in 16/17 pts in G1 and in 13/16 pts in G2. The final success rate (14/17 pts in G1 and 9/16 in G2) of ET showed a significant difference ( $p < 0.05$ ). Further on 2/17 pts in G1 and 3/16 pts in G2 had to be reoperated between 11 and 27 months during the follow-up period. If the diameter of the bile duct was insufficient in 12 months, the repeated dilatation and stenting did not help to prevent reoperation finally. During follow-up only in G2 there were observed two pts with restenosis 19-31 months later, they were redilatated and restented. ET was successful in one pt and one other pt had to be reoperated finally. Mild pancreatitis as a complication due to ET was observed in 1/17 pt in G1 and 1/16 pt in G2, respectively.

**Conclusions:** 1. The ET is an effective and safe method for the management of BPBDS. 2. If the diameter of bile duct is not sufficient after repeated balloon dilatation and stenting in 12 months, it seems to derive no benefit from further ET. 3. The ET of BPBDS within one month after CE proved to be more successful than that of stenoses evaluated later. 4. The long-term follow-up can be useful for the detection of bile duct restenosis after successful ET.

## 117.

# AZ ÉLETMINŐSÉG ÉS A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT HOSSZÚ TÁVÚ VIZSGÁLATA KRÓNIKUS PANCREATITIS MIATT OPERÁLT BETEGEKNÉL

Péterfy N., Békási S., Tihanyi B., Nehéz L., Tihanyi T. Sebészeti osztály, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

**Céltűzés:** Súlyos krónikus hasnyálmirigy gyulladás sebészeti ellátásában alkalmazott műtéti eljárások hatékonyságának összehasonlítása a betegek életminősége és tápláltsági állapotának változása alapján.

**Módszer és beteganyag:** Hosszú távú utánkövetéses vizsgálat az I. Sz. Sebészeti Klinika beteganyagán. A szelekció alapját az intézetben 5 évvel ezelőtt végzett felmérésben részt vett betegek jelentették. A vizsgálat során a krónikus pancreatitist is validált EORTC QLQ C30 és PAN26 kérdőíveket, valamint tápláltsági paramétereket (testsúly, felkar körfogat, triceps bőrredő vastagsága, derék- és csípőbőrség) rögzítettünk.

112 értesített betegből az ismételt felmérésben 42 (37,5 %) vett részt, 54,46 % nem válaszolt a felhívásra, 8,04 % elhunyt. Műtéti típusok szerint 4 csoportba osztottuk őket: Frey-műtét, pylorus megtartásos pancreatoduodenectomy, a pancreas distalis resectiója és egyéb decompressió műtétek. Az átlagos követési idő 96,5 hónap volt.

Eredmények: A Frey-műtéten átesett betegek tápláltsági paramétereiben kimagasló javulás mutatkozott az egyéb sebészeti eljárásokhoz képest. Testtömegük átlagosan 108,64 %-kal gyarapodott, a BMI értéke pedig 111,56 %-kal nőtt. A betegek általános életminőségüket 156,61 %-kal, míg az általános teljesítőképességüket 131,43 %-kal ítélték jobbnak a műtét előtti felméréshez képest.

**Következtetés:** A módszer alkalmas a krónikus pancreatitis kezelésében használatos különböző típusú műtéti eljárások hosszú távú hatásainak összevetésére. Optimálisan, betegre szabottan kiválasztható a lehető legkedvezőbb eredménnyel kecsegtető eljárás. Az elvégzett hosszú távú vizsgálatok alapján a súlyos krónikus hasnyálmirigy gyulladás esetében választható műtéti eljárások közül a Frey-műtét látszik a betegek körében legeredményesebbnek.

## 116.

# EGFR TÁMADÁSPONTÚ GYÓGYSZEREK HATÉKONYSÁGÁT PREDIKTÁLÓ SZOMATIKUS MUTÁCIÓK KIMUTATÁSA ARCHIVÁLT DAGANAT MINTÁKBAN

Peták L.<sup>1</sup>, Pintér F.<sup>1</sup>, Kánya M.<sup>2</sup>, Szabó E.<sup>4</sup>, Pápay J.<sup>2</sup>, Sági Z.<sup>2</sup>, Moldvay J.<sup>3</sup>, Jóri B.<sup>1</sup>, Kopper L.<sup>2</sup>, Schwab R.<sup>5</sup>, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest <sup>1</sup>, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest <sup>2</sup>, Pulmonológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest <sup>3</sup>, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok Kooperációs Kutatóközpont, Budapest <sup>4</sup>, Kelen Kórház Kft., Budapest <sup>5</sup>,

2004 novembere óta végezzük archivált tumoros minták szomatikus mutációinak (EGFR, RAS), és az EGFR FISH rutinszerű vizsgálatát célzott gyógyszeres terápia prediktív diagnosztikájaként leginkább nem-kissejtes tüdőrákban, de egyre gyakrabban vastagbélrákban és hasnyálmirigyrákban is. A legnagyobb tapasztalattal tüdőrákok esetében rendelkezünk ahol 225 daganat mintán végeztünk EGFR TK mutáció analízist 94,4%-os hatékonysággal. 141, tüdőadenokarcinómás beteg - parafinba ágyazott, megfelelő minőségű - mintáját prospektíven vizsgálva 18 esetben (13%) találtunk EGFR TK mutációt. Az EGFR TKI kezelésben részesült 10 mutáns beteg mindegyike terápiás választ adott. Ez az eredmény klinikailag bizonyítja az általunk végzett molekuláris diagnosztika megbízhatóságát. Az EGFR gátlók pozitív prediktív molekuláris diagnosztikai markere a tüdőrákokban és a vastagbélrákokban egyaránt az EGFR gén kópiaszám növekedés, amelyet FISH vizsgálattal mutatattunk ki eddig 110 esetben. Az EGFR gátlók hatékonyságának negatív prediktív markere a RAS mutációja mindkét daganat típusban, amely vizsgálatból szintén több mint 100-t végeztünk. Eddigi eredményeink szerint a molekuláris diagnosztikai vizsgálatok archivált mintákon (műtéti és biopszia parafinos blokkja illetve citológia) az esetek többségében elvégezhetők. A molekuláris diagnosztika eredményei (EGFR mutáció és FISH) nem mutatnak összefüggést az EGFR protein expressziójának immunhisztokémiával (IHC) meghatározott mértékével. Aktiváló aktivációk esetében, az IHC-val negatívnak diagnosztizált esetekben is rendkívül jó klinikai válasz alakult ki EGFR gátló kezelésre. A molekuláris diagnosztika ott végezhető nagy biztonsággal ahol már megfelelő mintaszám felett végzett vizsgálat után a vizsgálati módszer minden lépése optimalizált. A immunhisztokémia nem helyettesítheti a molekuláris diagnosztikát. A gasztrointesztinális daganatok esetében is egyre gyakrabban lesz szükség szomatikus mutációk kimutatására a célzott gyógyszerek hatásának predikciójára, ahol az eddig szerzett tapasztalatokat alkalmazni tudjuk.

## 118.

# AN IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF ENDOCRINE CELLS IN THE IODOACETAMINE-INDUCED RAT'S GASTRITIS

Pongor É., Altdorfer K., Fehér E., Dept. of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest ,

The gastric epithelium is a complex structure formed by tubular gastric glands. The gastric glands contain a wide variety of cell types according to the secretion of hydrochloric acid, proteases, mucus, pepsinogen and hormones. Endocrine and local paracrine mediators are of crucial importance for maintaining structural and functional integrity of the epithelium. Therefore our aim was to investigate the precise localization and density of the endocrine cells and their contacts in iodoacetamine-induced rat's gastritis.

**Methods:** somatostatin (SOM), calcitonin gene-related peptide (CGRP), substance P (SP), vasoactive intestinal polypeptide (VIP), neuropeptide Y (NPY) and galanin immunoreactive (IR) endocrine cells and nerve elements were detected by ABC immunohistochemistry.

**Results:** The quantitative analysis of the density of the different neuropeptide containing endocrine cells and nerve fibres showed that the (IR) nerve fibres were found with different density. The number of SOM and CGRP IR endocrine cells increased significantly in the gastritis. Both endocrine cells possessed long cytoplasmic extensions and no cell-to-cell contact between parietal and endocrine cells was found. The number of SP, VIP, NPY IR nerve fibres also increased significantly in the gastritis, however, the others showed no alteration. The number of the immunocompetent cells was also increased (being lymphocytes, plasma cells and mast cells) and 16,8% of the immunocytes were IR for SP and 9, 4% of them were IR for NPY. In several cases close contacts were detected between IR nerve fibres and the immunocytes.

**Conclusions:** The increased number of SOM and CGRP endocrine cells and SP IR nerve fibres might play a crucial role in the regulation of gastric acid secretion, including gastric ulcer disease and autoimmune gastritis. The main inhibitor of acid secretion is somatostatin. CGRP activates the mucin biosynthesis, both SOM and CGRP have a preventive action on gastric mucosal injury. The changes in the density of nerve fibres and immunocytes might be the consequences of the inflammation.

## 119.

## CRANIOFACIALIS EREDETŰ PROGENITOR SEJTEK PLASZTICITÁSÁNAK JELLEMZÉSE

Porcslamy B.,<sup>1</sup> Király M.,<sup>1</sup> Kádár K.,<sup>1</sup> Molnár B.,<sup>2</sup> Pataki Á.,<sup>3</sup> Dankó T.,<sup>4</sup> Gera L.,<sup>2</sup> Zsembery Á.,<sup>3</sup> Varga G.,<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Parodontológiai Klinika<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, Klinikai Kísérleti- és Humán Élettani Intézet<sup>3</sup>, Semmelweis Egyetem, Kórleltani Intézet<sup>4</sup>,

**Bevezetés:** A közelmúltban szöveti progenitor sejtek jelenlétét mutatták ki fog, valamint nyálmirigy eredetű szövetekben. Vizsgálataink során primer sejtenyészeteiket kívántunk létrehozni emberi fogbélből és gyökérhártya szövetből, valamint szubmandibuláris nyálmirigyből is. Ezekben klonogén, progenitor tulajdonságokkal bíró sejteket igyekeztünk azonosítani. Ezt követően megvizsgáltuk a sejt kultúrák differenciálódási képességét. Anyag és módszer: A sejteket emberi bölcsességfogakból és műtétileg eltávolított szubmandibuláris nyálmirigyből izoláltuk. A szövettenyésztést standard körülmények között végeztük. Az oszteogén és a neurogén differenciálódást korábban kidolgozott protokollok felhasználásával indukáltuk. Eredmények: Sikertől stabil, magas osztódási rátát mutató, többször passzálható sejtenyészeteiket létrehoznunk szövetforrásainkból. A tenyészetek vimentin, c-kit, STRO-1, CD146 és CD34 immunpozitivitást mutató sejteket tartalmaztak. Oszteogén médium hatására mineralizálódást nemcsak a fogeredetű, de a nyálmirigyből származó tenyészeteken is ki tudtunk kimutatni kalcium tartalmú depozitok és mineralizálódási markerek festésével. Ehhez hasonlóan, neurogén indukációs protokollok mindhárom tenyészetben esetében idegsejtekre emlékeztető morfológiai kép megjelenését eredményezték. Sikertől az idegsejt-specifikus N-tubulin és NeuN expresszióját kimutattunk mindhárom sejt típus esetén. A neuronális differenciálódott fogeredetű sejteket hosszútávon fenn tudtuk tartani és feszültségfüggő Na<sup>+</sup> csatornákat detektáltunk rajtuk patch clamp módszerével.

**Megbeszélés:** Eredményeink közül a nyálmirigy eredetű sejt kultúrák mineralizálódási és a fogeredetű kultúrák neuronális differenciálódására vonatkozóak eddig egyedülállóak. Ezek az eredmények világosan mutatják mindhárom izolált sejt típus nagyfokú plaszticitását, csontszöveti és idegszöveti irányú transzifferenciálódási képességét.

## 121.

## MALIGNUS OESOPHAGUS OBSTRUKCIÓ PALLIÁCIÓJA ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTEK BEHELYEZÉSÉVEL

Rábai K., Tolmácsi B., Nádas B., Szamosi T., Banai J., Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály

**Háttér:** Az oesophagus sztenózist okozó malignus tumorok nagy része inoperábilis. A betegek többsége már csak palliatív terápiában részesülhet. Osztályunkon palliatív megoldásként öntáguló fémsztenteket alkalmaztunk. Tapasztalatainkat foglaljuk össze.

Betegek és módszerek: 2003-2008. között osztályunkon tumoros dysphagia miatt összesen 47 esetben végeztünk endoszkópos sztent-behelyezést. A radiológiai kivizsgálást követően a tumor pozíciója alapján antireflux sztentet vagy fedett sztentet alkalmaztunk. Célunk a sztenózis megoldása, per os táplálhatóság biztosítása, illetve a fistulák fedése volt.

**Eredmények:** A sztentek behelyezése során 45 esetben technikai probléma nem fordult elő. Egy alkalommal nagyméretű hiatus hernia miatt a sztent pozicionálása csak sebészi gyomor repozíció után volt sikeres. Egy alkalommal migráció miatt a sztentbehelyezés sikertelen volt. A beavatkozásokat követően korai szövődmenyt nem észleltünk. Késői szövődmenyek miatt ismételt sztent behelyezésre összesen három alkalommal került sor. Egy esetben a tumor túlnőtt a tubuson, illetve a sztent megszakadt, egy alkalommal pedig aborális irányban tracheo-oesophagealis fistula alakult ki, a toldás és fedés sikeres volt. Két beteg esetében az orális irányban kialakult tracheo-oesophagealis fistula zárása hely hiányában sikertelen volt. Két alkalommal a sztenten túlnőtt tumorból, egy esetben a sztent által lefedett területből eredő fatális vérzés miatt resztentelés nem jött szóba. Sztent behelyezést követő időszakban myocardialis infarctus egyszer fordult elő. Sztent migrációt két betegnél észleltünk. Kontroll röntgen alapján a fistulák zárása minden esetben eredményes volt.

**Következtetések:** A fémsztentek hatékonyan javítják a betegek nyelési funkcióját. A sztentfüggő szövődmenyek összaránya alacsony volt. Közvetlenül a beavatkozásnak tulajdonítható halálozás, vagy szövődmeny nem fordult elő. Mindezek alapján az öntáguló fémsztentekkel végzett nyelőcső intubáció biztonságosan és eredményesen alkalmazható a malignus oesophagus obstrukció palliatív terápiájában, fistulák zárásában.

## 120.

## COMPARISON OF NONCOVERED AND COVERED METAL STENTS FOR THE ENDOSCOPIC PALLIATION OF DISTAL MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION

Pozsár J., Sahin P., Topa L., Dept. of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest

**Background:** Endoscopic placement of self-expandable metallic stents (SEMS) is considered as a standard therapeutic option to relieve symptomatic cholestasis in patients (pts) with unresectable pancreato-biliary malignancies. The main late complication of noncovered SEMS (NCSEMS) is tumor ingrowth through the bare metal mesh leading to stent occlusion. Using covered SEMS (CSEMS) theoretically may reduce this complication. The objective of this retrospective study to compare the efficacy and safety of NCSEMS and CSEMS in a cohort of pts with unresectable malignant distal biliary strictures.

**Patients and Methods:** During the period of 2005 January and 2007 December, 61 pts (mean age=71, m/f=31/30) who have been treated by NCSEMS [n=34 (55%)] or CSEMS [n=27 (45%)] placement, and with adequate follow-up data were included into the study. Pancreatic cancer (77%) consisted of the vast majority of causes of biliary obstruction. The primary outcome variables were the overall survival time and the duration of stent patency. Secondary outcomes included the rates of early, late complications and reinterventions. Results: The median stent patency times showed no significant difference between NCSEMS and CSEMS groups [120 (3-730) and 150 (7-240) days], respectively. The median survival times was 120 (3-800) days in NCSEMS and 150 (7-300) days CSEMS groups. The rates of early complications were 16 and 14% in NCSEMS and CSEMS groups, respectively. Late complication such as tumor ingrowth occurred more frequently in NCSEMS as compared to CSEMS group (20.6 vs. 0%, p=0.019). Contrary, tumor overgrowth observed in 11% in CSEMS and 0% in SEMS groups (p=0.019). Endoscopic reintervention was performed for stent dysfunction in 14 and 11% at a median 365 (60-400) and 245 (240-420) days after the index procedure in the NCSEMS and CSEMS groups, respectively.

**Conclusions:** Based on the results of the present study, no differences were observed between patency rates of NCSEMS and CSEMS. Survival times and the overall complication rates showed no differences between the two groups.

## 122.

## DIAGNOSTIC VALUE OF THE DUAL CHANNEL ESOPHAGEAL PH-METRY IN SUPRAESOPHAGEAL MANIFESTATIONS OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Róka R., Rosztóczy A., Bencze M., Izbéki F., Vadász K., Wittmann T., 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Aim:** To compare the value of 24-h dual channel pH-metry in the diagnosis of GERD associated respiratory complications with symptom analysis, endoscopy, esophageal manometry and distal pH-monitoring. Patients, methods: 117 patients (pts) with GERD (43 pts with asthma, 44 pts with chronic hoarseness and 30 pts without supraesophageal manifestation) were submitted to detailed symptom analysis, upper gastrointestinal endoscopy, esophageal manometry and 24-h dual channel esophageal pH-monitoring. Results: Silent GERD was observed more frequently among asthma pts (21%) and pts with hoarseness (18%) than in pts without respiratory symptoms (3%). The endoscopic score based on Los Angeles classification (NERD=0, LA-A=1, LA-B=2, LA-C=3, LA-D=4) was not significantly different between the 3 pts groups (0.6±0.14 in asthma, 0.7±0.17 in hoarseness and 0.6±0.17 in pts without supraesophageal manifestations). No differences were observed in the results of LES manometry between pts with or without respiratory complaints (LES pressure: 15.3±1.49, 12.0±0.98 and 14.5±2.18 Hgmm). 5 cm above LES the pH parameters were less pathological in pts with supraesophageal manifestations as compared with respiratory symptom free pts (DeMeester score: 14.5±1.98, 12.4±1.37 vs. 22.2±5.16, p<0.05; fraction time below pH 4: 3.5±0.61% and 2.7±0.40% vs. 9.9±2.25%, p<0.05). In contrast to the distal esophageal parameters, pH-monitoring 20 cm above LES showed significantly pronounced reflux activity in pts with airway symptoms as compared with pts without supraesophageal manifestations (fraction time below pH 4: 0.7±0.18%, 0.5±0.14% vs. 0.3±0.08%, p<0.05).

**Conclusions:** Symptom analysis, endoscopy, manometry and conventional distal pH-metry were not able to separate the GERD pts with airway complications from respiratory symptom free GERD subjects, only proximal pH-monitoring was able to select GERD pts with supraesophageal manifestations. Our results evidence the diagnostic value of routine dual channel pH-monitoring in the diagnosis of GERD induced respiratory complications.

## 123.

**THE ESTABLISHMENT OF THE ESOPHAGEAL FUNCTION IN PATIENTS WITH CERVICAL INLET PATCH.**

Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Németh L.<sup>2</sup>, Dulic S.<sup>1</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Gecse K.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>2</sup>, Vadász K.<sup>1</sup>, Kiss I.<sup>3</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>,<sup>1</sup>st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>2</sup>, Department of Radiology, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>3</sup>.

Although the pathogenesis of cervical inlet patch(CIP) -heterotopic gastric mucosal island in the proximal esophagus- is not fully understood, most authors consider it as a congenital abnormality, whereas others surmise it to be related to proximal gastroesophageal reflux. Therefore we aimed to evaluate the esophageal function and the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) in patients with CIP. Patients, Methods: 18 consecutive patients (M/F 11/7, mean age: 45.7ys.) with endoscopic evidence of CIP were prospectively studied. Esophageal symptom analysis, 24h simultaneous Biletec and 2ch pH-monitoring, esophageal manometry, and video barium esophagography (VBE) were carried out in 15/18 patients. Functional tests could not be done in 2 men with severe peptic esophageal stricture and in a woman with Zenker's diverticulum. Results: The histological evaluation showed cardia and/or oxyntic mucosa in all patients, with Schaffer's glands in 3 and pancreas acinar metaplasia in 2 cases. Low grade dysplasia was present in 1 patient. Erosive esophagitis was present in 9 patients. At the gastroesophageal junction columnar cardia/oxyntic metaplasia was found in 4, and intestinal metaplasia in 1 patient. Typical reflux symptoms were commonly observed (13/18). The 24h 2ch pH-monitoring detected abnormal acid reflux in the distal esophagus in 7/15 patients. Proximal reflux was established in 4/15 cases. Signs of acid secretion in the mucosal patches were not seen. Biliary reflux was occurred in 5/15 patients. Esophageal manometry showed low distal esophageal sphincter pressure in 7, prolonged relaxation in 9, and esophageal body dysmotility in 10 cases. On VBE signs of reflux were observed in 5 patients, 3 of them were proximal. Conclusions: The low prevalence of proximal gastroesophageal reflux may support the hypothesis that CIP is rather a congenital, than an acquired abnormality. On the other hand, it is more likely for these patients to have GERD and Barrett's esophagus, than it is expected on the basis of epidemiologic studies.

Grant: RET08/2004, ETT T02-515/2006.

## 125.

**THYMUS CARCINOMA-ASSOCIATED MOTILITY DISORDERS: ACHALASIA AND GASTROPARESIS CAUSED BY MYENTERIC GANGLIONITIS**

Sarlós P., Illés A., Solt J., Nagy L., Király Á.

3rd Department of Internal Medicine, Medical Faculty, University of Pécs<sup>1</sup>, Gastroenterology Division, County Hospital of Baranya, Pécs<sup>2</sup>,

A 66 years old female, with a history of surgical removal of thymus carcinoma, presented with progressive dysphagia and severe vomiting. Endoscopy revealed dilated tubular oesophagus, retention oesophagitis, mycosis and cardiac stenosis, manometry proved achalasia. After two times pneumatic dilatation dysphagia resolved, but gastric distension and noisea occurred caused by gastric retention with delayed gastric emptying. In the background of the symptoms gastroparesis was suggested, therefore pyloric botulinus toxin injections were performed. Afterwards gastric emptying improved. The case was complicated by normochromic, normocytic anemia, crista biopsy and flowcytometry revealed pure red cell anaemia.

Enteric ganglionitis can be either primary or secondary to a wide array of diseases (i.e. paraneoplastic, infectious and neurological disorders). Several cases have been reported in association with thymoma or small-cell lung cancer, histologically characterized by a marked lymphoplasmocellular infiltration in the myenteric plexus with injury to and subsequent loss on ganglion cells and neuronal fibrosis. The clinical picture reflects the involved segment of the gastrointestinal tract: achalasia, gastroparesis, intestinal pseudo-obstruction (CIPO) and megacolon. Enteric neuropathy with mild gangliositis has been also described in other motility disorders including IBS, enteric dysmotility and slow-transit constipation.

## 124.

**COLONOSCOPY OVER 80 YEARS – EXPERIENCES IN OUR DEPARTMENT**

Rusznay K., Schafer E., Varsányi M., Rábai K., Zsigmond F., Gyökerez T., Banai J. Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest

**Introduction:** Colonoscopy is considered as an easy and safe endoscopic procedure that can give the most accurate diagnosis in most cases of suspected diseases of the large bowel, and also has a potential to perform even therapeutic interventions. Our aim was to assess the diagnostic and therapeutic specifications of colonoscopies in patients over 80 years. **Patients and methods:** we retrospectively analysed our colonoscopy practice: During a 6-month period we performed 1361 colonoscopies in our department. 155 (11.4%) of the pts was older than 80 years. The main indications were GI bleeding, suspected malignancy and diagnostic workup for anem. Results: The majority of pts (81.3%) got their examination not on ambulatory basis due to significant number of severe comorbidities in this age group. Inappropriate bowel cleansing was more frequent in older pts (33.6%) than in younger ones (25.8%). The negative result was less frequent in older ages. We used much more less frequently conscious sedation in older pts (14.2%). The rate of complete colonoscopy was surprisingly low, only 62.6%. It can be explained by high percentage of incomplete bowel cleansing and a high number of tumors including the lumen. Complication rate due to bowel cleansing, diagnostic procedures and therapeutic interventions is higher (2.6%) among elders.

**Conclusion:** To perform colonoscopy safely in older pts needs more efforts from us, than in case of youngsters. A longer duration of bowel cleansing – in hospital, if possible-, a cautious sedation and monitoring older patients during colonoscopy and postprocedurally are the key issues that should follow in this subgroup of patients.

## 126.

**THE ROLE OF THE COAGULATION SYSTEM IN PREDICTING MULTIORGAN FAILURE IN ACUTE PANCREATITIS – A PILOT STUDY IN OUR DEPARTMENT**

Schafer E.<sup>1</sup>, Rusznay K.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Árva I.<sup>2</sup>, Bursics A.<sup>3</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökerez T.<sup>1</sup>, Banai J.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest<sup>1</sup>, Department of Intensive Care Unit, State Health Centre, Budapest<sup>2</sup>, Department of Surgery, State Health Centre, Budapest<sup>3</sup>,

**Introduction:** The early assessment of severity is an important issue in the management of acute pancreatitis (AP). Patients with severe AP associated with SIRS have a prolonged hospital stay and are the ones most likely to die from their disease process. A variety of predictive systems have been developed helping us in the management of AP, including measurements of markers in the serum and urine, CT scores and multiple factor scoring systems. Our aim was to detect some coagulation and inflammatory parameters in patients with AP at the admission and within 48 hours.

**Patients&methods:** During a six-month period 60 patients were admitted to our department with AP (age: 24-99 ys). During the management of AP for prediction of severity and outcome we used Ranson's criteria, Apache II score, CT grade based on Balthazar score, SOFA scoring system. Two study groups comprising 14 patients with organ failure and 46 without organ failure were compared. In case of biliary pancreatitis (n=18) early endoscopic sphincterotomy followed by stone extraction if needed, was performed within 36hs. Enteral feeding via nasojejunal tubes were started in 36 hours in most of the patients (n=44). Results: On admission the CRP-concentration was not significantly lower in pts without organ failure (mean: 18.1 mg/l /0.1-59/ vs 42.5 /3.1-89/ mg/l), while after 48 hs this value was significantly different between the compared groups (37.6 /2.1-103/ vs 182.7 /106-379/ mg/l). Elevated fibrinogen was detected in both groups. D-dimer was significantly lower on admission and after 24-48 hours in pts with AP without organ failure (0.21 /0.19-1.16/ ug/ml) compared with pts with organ failure (4.83 /1.97-8.46/ ug/ml).

**Conclusion:** The use of the parameters of coagulation, such as D-dimer and fibrinogen and inflammatory system parallelly has a potential importance in predicting the severity and organ failure in acute pancreatitis. To determine the diagnostic and predictive accuracy of the parameters of coagulation system warrant further clinical trials.

## 127.

### A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA SZEREPE AZ ISMERETLEN EREDETŰ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN.

Schneider Z., Csontosné S. Molnár Á., Fehér L., Czimmer J., Pakodi F., Vincze Á., I. sz. Belgyógyászati Klinika, OEKK-KK Pécsi Tudományegyetem

Az ismeretlen eredetű, obszkurus gasztrointesztinális vérzések diagnosztikája a mai napig nagy diagnosztikus kihívást jelent hazánkban, amikor a hagyományos endoszkópos vizsgáló eljárásokkal (oesophago-gastrobulboscopia és colonoscopia) a vérzésforrást igazolni nem sikerül. Szignifikáns vérzés esetén többszörös költséges kivizsgálás, vértranszfúziók és kórházi ellátások előzik meg a diagnózis felállítását és a terápiát. A kapszula endoszkópia 2001 óta elérhető lehetőség az addigiakhoz képest magas szenzitivitással a vérzésforrás kimutatására. A módszer a digitális képalkotás és a vezeték nélküli képátvitel technikáját ötvözi a hagyományos endoszkópia módszerével, amely jelenleg elsősorban a tápcsatorna szűkebb lumennel rendelkező szakaszainak, így a nyelőcső és a vékonybél vizsgálatára alkalmas. Klinikánkon 2004 óta végzünk kapszula endoszkópos vizsgálatokat, évente átlagosan 12 betegnél külön finanszírozás nélkül. Az előadásban a kapszula endoszkópia vizsgálat előkészítésével és kivitelezésével kapcsolatos asszisztensi teendőket, tapasztalatokat foglaljuk össze.

## 129.

### COMPARISON OF EFFICIENCY OF LAPAROSCOPIC PROCEDURES IN GERD AND BARRETT'S ESOPHAGUS

Simonka Z.,<sup>1</sup> Paszt A.,<sup>1</sup> Gécz T.,<sup>1</sup> Ábrahám S.,<sup>1</sup> Tóth I.,<sup>1</sup> Horváth Z.,<sup>1</sup> Pethő L.,<sup>1</sup> Tiszlavicz L.,<sup>2</sup> Németh I.,<sup>2</sup> Izbéki F.,<sup>3</sup> Rosztóczy A.,<sup>3</sup> Wittmann T.,<sup>3</sup> Lázár G.,<sup>1</sup> Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Szeged<sup>1</sup>, Department of Pathology, Faculty of Medicine, University of Szeged<sup>2</sup>, 1st Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>3</sup>,

**Introduction:** Gastroesophageal reflux disease (GERD), one of the most prevalent diseases affecting the gastrointestinal tract, produces most varied symptoms. Barrett's esophagus which develops as a consequence of chronic GERD carries the potential risk of adenocarcinoma.

**Aims:** We compared a group of GERD patients with a group of Barrett's esophagus patients in order to identify the risk factors of Barrett's esophagus, and to determine the efficiency of surgery in the two groups.

**Patients and Methods:** Between 2001 and 2006 laparoscopic Nissen fundoplication was performed in 139 cases of GERD (Group I) and in 50 cases of Barrett's esophagus (Group II) at the Department of Surgery. The patients underwent surgical and medical control examinations 3-4 months later on the average. Comprehensive medical examinations (endoscopy, histology, pH-metry, nanometry and Bilitec) were performed on 37 patients in Group I, and on 32 patients in Group II.

**Results:** There was no difference between the two groups in average age (45 years vs. 49 years). The female-male ratio was ~1:2 in Group I and ~1:1 in Group II. No significant differences were observed between the two groups as concerns the anamnestic data. The DeMeester score was higher among the patients in Group II (12.1 vs. 24.2), and bilious reflux was measured more frequently. The postoperative examinations confirmed a sphincter pressure increase in the lower esophagus (from 10 Hgmm to 16 Hgmm in Group I vs. from 9.5 Hgmm to 18 Hgmm in Group II), and decreases in acid and bilious reflux in both groups (postoperative DeMeester score 1.3 vs. 1.8). The early follow-up examinations demonstrated the regression of the Barrett metaplasia in almost half of the patients (45 %) in Group II.

**Conclusions:** More severe acid reflux and more frequent bilious reflux were observed in patients with Barrett's esophagus than in those with GERD. Laparoscopic surgery proved effective in both groups: the acid and bilious regurgitation ceased. The early control data confirmed the regression of the Barrett's esophagus in almost half of the patients.

## 128.

### 213 COLONOSCOPIES IN PROPOFOL ANESTHESIA: A SAFE AND WELL TOLERATED METHOD TO IMPROVE PATIENT SATISFACTION IN A FEE-FOR-SERVICE SETTING

Schwab R.,<sup>1</sup> Kövesd Z.,<sup>1</sup> Fodor G.,<sup>1</sup> Gelley A.,<sup>1</sup> Barna B.,<sup>1</sup> Danhauser G.,<sup>1</sup> Keresztes L.,<sup>1</sup> Hatalyák Á.,<sup>1</sup> Szokolóczy O.,<sup>2</sup> Peták I.,<sup>2</sup> Kelen Private Hospital, Budapest<sup>1</sup>, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest<sup>2</sup>,

**Background:** The general attitude towards colonoscopy is rather negative: fears of pain, discomfort and shame limit the acceptance of this procedure. Propofol deep anesthesia is a well established and extensively documented method to improve patient satisfaction and compliance.

**Methods:** All colonoscopies between February 2005 and February 2008 were included into statistical analysis of prospectively collected data on endoscopic diagnosis, type of invasion, complications, length of anesthesia and observation period; general conditions.

**Results:** 213 colonoscopy (123 men, 90 women, mean age 49.6+/-14.1ys) were performed. All examinations were carried out in propofol deep anesthesia and were successful in terms of reaching the cecum. Endoscopic diagnoses were IBD (CD/UC) 17.9%, benign tumor 23.1%, cancer 3.1%, hemorrhoids 7.9%, diverticulosis 10.5%, aspecific inflammation 12.2%, others 7.4% and healthy 17.9%. Invasive interventions (e.g. polypectomy, biopsies) were performed in 66.2%. Colonoscopy related minor complications occurred in 1.9%, with only one case requiring re-hospitalization and blood-transfusions (Crohn's Disease patient with 72h post-intervention bleeding after terminal ileum biopsies). Minor complication related to anesthesia occurred in 3.8% (discomfort), and 1.9% required some from of symptom relief with medications. No referrals or hospitalization was necessary. The average time of anesthesia was 24.7+/-12.7 min (including both operative and standard examinations). 88.7% of patients reported "fit & well" subjective status following anesthesia, and only 12.7% have mainly minor complains (flatulence, abdominal pain, nausea). Average post-intervention observation period was 2.25+/-0.57 hrs.

**Conclusion:** Colonoscopy in propofol anesthesia is a safe method in the everyday out-patient setting for both diagnostic and invasive procedures. Mean hospital stay is 3 hours including colonoscopy and post-intervention observation.

## 130.

### SMALL BOWEL MALT LYMPHOMA PRESENTING INSIDUOUSLY - A REPORT OF A CASE

Sipos G.,<sup>1</sup> Csikós D.,<sup>1</sup> Mersich T.,<sup>2</sup> Nagy I.,<sup>3</sup> Taller A.,<sup>1</sup> Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház II. Belgyógyászati<sup>1</sup>, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház Sebészeti<sup>2</sup>, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház Radiológia<sup>3</sup>,

**Background:** Tumors of the small bowel are relatively rare: only about 3-6% of all gastrointestinal neoplasm, and 1% of gastrointestinal malignancies arise from the small intestine. Primary lymphomas account for 10-20% of malignant small bowel tumors.

**Case report:** A 70 year old man presented to our outpatient clinic with approximately one and a half years history of bloating, which was relieved by voluntary vomiting and a weight loss of 10 kilograms. A mass of approx. 3 centimeters was palpable in the right lower part of the abdomen.

Small bowel follow through study showed a nearly complete stop at the level of the jejunoileal junction. During colonoscopy the terminal ileum appeared normal. CT of the abdomen showed no masses. Half a year later another small bowel follow through study was performed, which showed dilated jejunal loops, but the overall transit-time was normal. Three years after the first presentation he was seen in other hospitals for cardiac problems and melena, requiring the transfusion of 13 (!) units of packed red cells. He returned for gastrointestinal work up. The small bowel follow through study was unremarkable. CT enteroclysis, which was not available previously showed segmental thickening of the jejunum at two places. The picture was compatible with lymphoma of the small bowel. For the request of the surgeon capsule verified the bleeding site in the jejunum. The capsule was stuck temporarily in the affected jejunum. Finally resection of the two diseased segments of small bowel was performed, and the patient recovered. The histology showed extranodal marginal zone lymphoma, MALT lymphoma.

**Conclusions:** Achievements of the recent years helped a lot in diagnosing small bowel disorders including primary lymphomas of the intestine. In case of signs and symptoms of small bowel obstruction CT enteroclysis has superseded small bowel follow through studies. CT enteroclysis is also useful for diagnosing small bowel lymphoma at an earlier stage.

## 131.

# ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE ASSOCIATED DISCRIMINATORY GENE PATTERNS IN BIOPSIES AND PERIPHERAL BLOOD SAMPLES

Sipos F.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Solymosi N.<sup>1</sup>, Spisák S.<sup>1</sup>, Krenács T.<sup>3</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Hungarian Academy of Sciences, Molecular Medicine Research Unit, Budapest<sup>2</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest<sup>3</sup>,

**Introduction:** Histological diagnosis of IBD subtypes unambiguous even today. Based on immune cell trafficking between mucosa layers in colon, tissue-specific biological information may be detected in peripheral blood (PB).

**Aims:** To establish and to compare the characteristic gene expression profiles (GEP) of IBD in PB and in colonic biopsies for diagnostic purposes.

**Methods:** Biopsies and peripheral blood samples (PBS) from 12 active ulcerative colitis (UC)(12/6), 9 active Crohn's colitis (CD)(9/5) and 11 healthy control(11/11) patients were taken. The isolated and labelled mRNA was hybridized to Affymetrix whole genom chips. After normalization, prediction analysis of microarrays, discriminant and ROC analyses, functional classification of RMA normalized genes was done in every diagnostic groups. Results were validated by Taqman real-time RT-PCR and tissue microarrays (TMA) of an independent set of samples (20 UC, 21 CD, 33 normal colon).

**Results:** IBD and normal biopsies could be distinguished by 100% sensitivity and specificity using 122 transcripts (e.g.: MMPs (1,3,9,12), TIMP 1, chemokine (C-X-C motif) ligand 1,-6). Successful subdivision of IBD to UC/CD was achieved by the expression of 125/139 genes (100% sens. and spec.). IBD and normal PBS could be differentiated using 141 classifier transcripts (e.g.: CD69, CD177, MALAT1, IL10RB). The minimal discriminatory gene number was 11 (sens.:100%, spec.:90.9%). IBD could be subclassified by 100% specificity, and high sensitivity (>83% in UC, 100% in CD). Six genes (e.g.: MMP9, ECGF1, IL15Ra, PACAP) showed codirectional, 1 gene (TRPM6) showed anti-parallel expression alteration in IBD PBS compared to biopsies. RT-PCR validated all of the selected genes. Significant correlation was found between the GEP and TMA results in case of 4 genes.

**Conclusions:** By gene expression profiling using biopsies and peripheral blood samples discriminative classification between active IBD (including subtypes) and healthy colon can be performed. Local GEP alterations can be reidentified in peripheral blood.

## 133.

# IDENTIFICATION OF LOSS OF FUNCTION RARRES1, PTGDR AND FOXA1 AS POTENTIAL TUMOR MARKERS BY WHOLE GENOME MICROARRAY ANALYSIS FROM LASER CAPTURE MICRODISSECTED COLON EPITHELIAL CELLS

Spisák S.<sup>1</sup>, Galamb O.<sup>2</sup>, Solymosi N.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Tóth K.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest<sup>1</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Unit, Budapest<sup>2</sup>,

**Background:** In case of microarray data, the origin of signals (epithelium or stroma) cannot be distinguished. To avoid this obstacle, one should use homogeneous cell populations which can help us to get more exact information about the molecular background of tumors.

Our aims were to identify mRNA expression patterns using LCM samples and to compare four different histological regions of colorectal tumor.

**Methods:** From 6 Dukes B stage, moderately differentiated, left sided colorectal cancer, malignant and normal specimens were collected and frozen immediately after surgery. Using membrane mounted slides, 6µm thick tissue sections were cut. Using PALM LCM system, 5000 and 10000 epithelial and stromal cells were collected from the healthy and the pathological area, and then total RNA were isolated. RNA quality and quantity were checked by Agilent Bioanalyzer Pico 6000 chip kit. Total RNA was amplified and labelled by two-round IVT reaction and hybridized to HGU133 Plus2.0 array. R statistical software and Bioconductor were used for data analysis. Significantly differentially expressed genes were identified by paired SAM test. Validation was done by TaqMan RT-PCR and TMA.

**Results:** The sample fixation and RNA isolation method in case of LCM samples from few thousands colonic cells was successfully optimized. We identified the differentially expressed genes between normal and tumor epithelial and stromal cells. In tumor epithelial cells 23 genes (RARRES1, PTGDR, FOXA1) were downregulated, while 6 (PLAGL2, FOXQ1) were upregulated compared to the normal epithelium. The stromal cells appeared unmanageable, required more cells and produced slighter results. In this case 12 differentially expressed genes were identified (SULF1, CTHRC1, SFRP4, THBS2, COL8A1, COL11A1, CIR).

**Conclusion:** The microarray technology combined with LCM allows analyzing of microenvironment of tumor and examination of different rare cell histological region in order to understand the pathomechanism of the tumor.

## 132.

# TREATMENT OF POSTOPERATIVE OESOPHAGO-MEDIASTINAL FISTULA AND COMPLICATIONS OF ULTRAFLEX STENT WITH PER CUTAN DRAINAGE AND BOUBEILLA ES STENT

Solt J.<sup>1</sup>, Sarlós G.<sup>2</sup>, Balogh G.<sup>3</sup>, Hunyadi B.<sup>4</sup>, Tabár B.<sup>5</sup>, Beró T.<sup>1</sup>, Department of Gastroenterology<sup>1</sup>, Department of Radiology of Baranya County Hospital<sup>2</sup>, Department of Surgery<sup>3</sup>, Department of Medicine of Kaposi Mór Teaching Hospital<sup>4</sup>, Department of Radiology, University of Pécs<sup>5</sup>,

In recent years new approaches have emerged in the treatment of oesophageal perforation and suture insufficiencies by using covered metal stents. We successfully treated postoperative oesophageal suture insufficiency and the complications of Ultraflex stent treatment with per cutan drainage and Boubella ES metal stent. In a 65 years old patient suture insufficiency developed on the 8th post-operative day following diverticulectomy. The leakage site was covered with a 10 cm long, partially covered Ultraflex stent 3 days later. Oral feeding was started after 2 weeks. The barium swallow 10 days later showed contrast leakage and mediastinal cavity formation. There was an attempt for an endoscopic stent removal, but it was not successful due to tissue ingrowths at the ends of the stent. Naso-jejunal feeding was started but the patient general condition deteriorated. The patient was admitted to our department in septic state. Our examinations confirmed oesophago-mediastinal fistula, double mediastinal abscess and oesophagus stenosis caused by mucosal ingrowths. Extrapleural per cutan drainage was performed then a 15 cm long Boubella ES stent was inserted overlapping the Ultraflex stent with the insufficient suture site and the gastric cardia. The following swallow test did not show any contrast leakage therefore oral feeding was started.

The patient had no complains, mediastinal abscesses were healing and the signs of inflammation ceased. Distal dislocations of the stents were detected 107 days following insertion of the first and 36 days following the second stent. The two stents were removed together endoscopically then the mediastinal drainage as well. A thin and short residual fistula was detected. One month later an oesophageal stenosis developed which was dilated from 7 to 18 mm.

Ultraflex stent is not suitable for the treatment of oesophago-mediastinal fistulas. However its complications can successfully be treated with mediastinal drainage and with completely covered Boubella ES stent.

## 134.

# GÉNPOLIMORFIZMUSOK SZEREPE A FOGHIÁNYOK KIALAKULÁSÁBAN

Stiedl P.<sup>1</sup>, Óvári G.<sup>1</sup>, Soós B.<sup>2</sup>, Suszták A.<sup>3</sup>, Hermann P.<sup>2</sup>, Tarján I.<sup>3</sup>, Varga G.<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Orálisbiológiai Tanszék<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem, Fogpótlástani Klinika<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem, Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika<sup>3</sup>,

**Bevezetés:** A genomikai tényezőknek kiemelkedő szerepét a foghiányok kialakulásában egyre több adat támogatja. Vizsgálataink stratégiai célja, hogy megismerjük a magyar lakosságot érintő betegség genetikai hátterét és feltérképezzük a kialakulásában szerepet játszó egyszerű nukleotid génpolimorfizmusokat.

**Anyag és módszer:** Jelen munkánk során a fogfejlődésben szerepet játszó két gén több polimorfizmusainak kimutatására alkalmas módszert dolgoztunk ki a polimeráz láncreakció (PCR) és restrikciós fragmens hossz polimorfizmus (RFLP) analízis kombinált alkalmazásával, s ezekkel már mintegy 50 fő kontroll illetve foghiányban szenvedő adatait hasonlítottuk össze.

**Eredmények:** Sikeresen optimalizáltuk a hypo-, illetve oligodontia kialakulásával feltehetően összefüggésbe hozható Pax9 kettő (-1031G/T, -912C/T) és Axin2 gének öt (148C/T, 432C/T, 1365A/G, 1368C/T, 2062C/T) különböző egyszerű nukleotid polimorfizmusának kimutatási eljárásait. A domináns allélek mellett minden esetben találtunk ritka allélt is, a jelenleg rendelkezésre álló alacsony esetszám ellenére is.

**Következtetések:** Vizsgálati eredményeink igazolják az általunk kiválasztott gének polimorfizmusainak meglétét a magyar populációban, s megalapozzák nagy esetszámmal elvégzendő további tanulmányozását egészséges és beteg csoportok összehasonlításával. Eredményeink új diagnosztikus stratégiák kidolgozásához vezethetnek, s elősegíthetik a foghiányokra való hajlam korai felismerését, illetve szükség szerinti korai kezelését.

## 135.

# **AZ INFLIXIMAB TERÁPIA HATÁSOSAGÁNAK LEMÉRÉSE CROHN-BETEGEKBEN**

Szabó I., Czimmer J., Rumi G., Vincze Á., Hunyady B., Pécsi Tudományegyetem OEKK-KK I. sz. Belgyógyászati Klinika

**Bevezetés:** A Crohn-betegség (CD) terápiája konvencionálisan lépcsőzetesen felépített, a terápia rezisztens, szövődményes esetekben az újonnan bevezetett biológiai terápia használatos, elsőként az infliximab (INX). A CD súlyosság felmérésére a Crohn Betegség Aktivitási Index (CDAI) használatos.

**Céltűzések:** Az INX hatásosságának lemérése. A tartós remisszióba került és a kezelésre nem reagáló betegcsoport összehasonlítása, a terápia sikerességét esetlegesen előre jósó összefüggések keresése.

**Módszerek, betegek:** 30 terápia rezisztens Crohn betegnél (CDAI alapján 10 enyhe, 17 közép súlyos, 3 súlyos) prospektív vizsgálatban a betegség aktivitás-változásainak követése az indukciós INX terápia során, a CDAI és a gyulladásos paraméterek mérése alapján. Az INX-re reagáló (R) és a nem reagáló csoportok (NR) összehasonlítása.

**Eredmények:** Az indukciós terápiát követően 24 beteg teljes remisszióba került, 3 enyhe aktivitású lett, 3 súlyos aktivitású maradt. A gyulladásos laborparaméterekben javulás mutatkozott (FVS, Neutrofil, TCT, CRP). Az indukciós kezelés után 6 hónappal 16 beteg maradt tartós remisszióban (R), 13-nál aktív betegség igazolódott (NR). A két populáció összehasonlítása történt. A CDAI az INX előtt (R vs NR)  $303 \pm 21$  vs  $279 \pm 21$ , és az INX után  $87 \pm 13$  vs  $*141 \pm 13$ . Az INX előtti CDAI objektív pontok (R vs NR)  $175 \pm 21$  vs  $175 \pm 17$  és szubjektív pontok  $128 \pm 12$  vs  $101 \pm 11$  voltak. INX utáni objektív pontok  $\#60 \pm 12$  vs  $*99 \pm 15$  és a szubjektív pontok  $\#26 \pm 4$  vs  $\#40 \pm 5$  voltak. Az eredményeket átlag  $\pm$  SE-ként fejeztük ki.  $* = P < 0,05$  vs összehasonlított csoport,  $\# = P < 0,05$  vs INX előtti csoport.

**Megbeszélés:** Az infliximab kezelés a konvencionális kezelésekhez képest további tartós javulást képes előidézni a kiválasztott betegpopulációban, felvetve a TOP-DOWN kezelés létjogosultságát. Az INX terápia az NR csoportban szubjektív javulást idéz elő az objektív pontszám lényegi javulása nélkül. A konvencionálisan mért paraméterek nem jelzik előre a NR csoportot, az eredményesség nem súlyosság függő, annak hátterében egyéb biológiai okok állhatnak.

## 137.

# **UPPER GI ANGIODYSPLASIA: RARE REASON OF GASTROINTESTINAL BLEEDING, EXPERIENCES ON THREE PATIENTS**

Szakács A., Takács R., Kerékgyártó O., Tatai O., Hamvas J., 1st. Department of medicine, Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest ,

**Introduction:** The angiodysplasia is a main arteriovenous malformatio in the submucosa, occurs in the ileocecal region, the ascending colon and the small gut area, but rarely in the stomach or the duodenal area. Macroscopically the size of 0,5-1 cm, bright red colored, flat or mild rising laesios covered with slim epithel. The majority of the patients are over 60 years, appear clinically in haematochesia or melaena. Repeated bleedings are common, with some checkups, often lack of bleeding source localisation.

**Patients:** In the period from 2005 to 2008 we processed three cases suffering from angiodysplasia generating gastrointestinal bleeding. Gender: three men, 67-73 and 81 yrs old at the time of observation. During their checkup we identified the reason of the bleeding by multiple gastroscopy, colonoscopy, in one case with urgent intestinal angiography, at two with using capsule endoscopy combined with CT enteroclysis. All three patients were multitransfused. The recurrent gastrointestinal bleeding were treated only with endoscopic bleeding alleviation (unipolar coagulation, Argon-plasma coagulation), and with combination with surgery, and surgery alone.

**Conclusion:** Although the angiodysplasia occurring in the stomach and the colon system appears to be rare reason of the gastrointestinal bleedings, it should be considered to think on it in cases of multiple unsuccessful diagnosis. Application of various diagnostic methods results more exact diagnosis, and the use of combined various endoscopic treatment and surgery usually becomes successful.

## 136.

# **BENEFICIAL EFFECT OF BORTEZOMIB PRE-TREATMENT ON CHOLECYSTOKININ-OCTAPEPTIDE-(CCK-8)-INDUCED EXPERIMENTAL PANCREATITIS**

Szabolcs A.,<sup>1</sup> Biczó G.,<sup>1</sup> Rakonczay Z.,<sup>1</sup> Tiszlavicz L.,<sup>2</sup> Csorba Z.,<sup>1</sup> Wittmann T.,<sup>1</sup> Takács T.,<sup>1</sup> 1st Dept. of Medicine, University of Szeged, Hungary<sup>1</sup>, Dept. of Pathology, University of Szeged, Hungary<sup>2</sup>,

The proteasome inhibitor bortezomib is used in the treatment of patients with myeloma multiplex. Proteasomes are responsible for the degradation of I- $\kappa$ B, the inhibitory protein of the inflammatory transcription factor nuclear factor kappa B (Nf- $\kappa$ B). The heat shock protein (HSP) inducing effect of bortezomib is also documented. The role of Nf- $\kappa$ B and HSP72 in the development of acute pancreatitis is well known. The Aim of our work was to test the anti-inflammatory effect of bortezomib in CCK-8-induced acute pancreatitis.

**Methods:** Male Wistar rats weighing 230-250g were divided into three groups (n=8 in each). Rats in group P received an i.p. injection of physiological saline (p.s.) 60 min. before the induction of acute pancreatitis by three hourly s.c. injections of 100 $\mu$ g/kg CCK-8. Group BP received an i.p. injection of 1 mg/kg bortezomib dissolved in p.s. one hour previous to pancreatitis induction. The control group (C) was injected with p.s. instead of bortezomib and CCK-8. Animals were exsanguinated 4 h after the last injection of CCK-8.

**Results:** Serum amylase level and pancreatic weight/body weight (pw/bw) ratio was elevated in the animals in group P and BP, and histology confirmed the development of pancreatitis (pw/bw: C:  $4,3 \pm 0,1$ ; P:  $8,4 \pm 0,5$ ; BP:  $7,2 \pm 0,4$ ;  $p < 0,001$  P vs C)(amylase: C:  $1449 \pm 83$ ; P:  $12599 \pm 1159$ ; BP:  $13278 \pm 1486$ ;  $p < 0,001$  P vs C)(total damage: C:  $0,25 \pm 0,16$ ; P:  $3,63 \pm 0,38$  BP:  $2,38 \pm 0,38$ ;  $p = 0,001$  P vs C) Bortezomib pre-treatment significantly reduced the pw/bw ratio ( $p = 0,039$  BP vs P), and improved the histology of pancreatitis ( $p = 0,012$ ). Western blot analysis of the pancreas revealed the degradation of I- $\kappa$ B $\beta$  in group P versus group C, whereas HSP72 was not detectable these groups. Bortezomib pre-treatment inhibited I- $\kappa$ B $\beta$  degradation (I- $\kappa$ B $\beta$ : C:  $6339 \pm 1294$ ; P:  $2168 \pm 471$ ; BP:  $9891 \pm 1257$ ;  $p = 0,024$  P vs C;  $p = 0,001$ ; BP vs P), and induced the synthesis of HSP72.

**Conclusion:** The results confirmed the anti-inflammatory effect of bortezomib in acute experimental pancreatitis. This effect of the drug is presumably mediated by the inhibition of Nf- $\kappa$ B degradation.

## 138.

# **NFKBIA 3'UTR AND NFKB1 -94INS/DELATTG VARIANTS IN HUNGARIAN IBD PATIENTS: THE 3'UTR VARIANT IS ASSOCIATED WITH EXTENSIVE COLITIS**

Szamosi T.,<sup>1</sup> Szilvasi A.,<sup>6</sup> Lakatos L.,<sup>2</sup> Kovacs A.,<sup>3</sup> Molnar T.,<sup>4</sup> Altorjay I.,<sup>5</sup> Papp M.,<sup>5</sup> Szabo O.,<sup>6</sup> Satori A.,<sup>6</sup> Tulassay Z.,<sup>7</sup> Miheller P.,<sup>7</sup> Papp J.,<sup>1</sup> Tordai A.,<sup>1</sup> Andrikovics H.,<sup>6</sup> Lakatos P.,<sup>1</sup> 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary<sup>2</sup>, 1st Department of Medicine, Erzsebet Hospital, Budapest, Hungary<sup>3</sup>, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary<sup>4</sup>, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary<sup>5</sup>, Department of Molecular Diagnostics, Hungarian National Blood Transfusion Service, Budapest, Hungary<sup>6</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>7</sup>,

**Background:** Nuclear factor kappa-B (NF- $\kappa$ B) plays a crucial role in diseases associated with dysregulated immune response. NF $\kappa$ B inhibitor alpha downregulates the activity of NF $\kappa$ B. In previous studies the NFKBIA 3'UTR AA genotype was associated with CD, while the NFKB1 -94ins/delATTG mutation increased the risk for UC. Our aim was to study the above polymorphisms and patients' response to medical therapy and/or disease phenotype in Hungarian IBD patients.

**Methods:** 415 unrelated IBD patients (CD:266, age:  $35,2 \pm 12,1$  years, duration:  $8,7 \pm 7,5$  years and UC:149, age:  $44,4 \pm 15,4$  years, duration:  $10,7 \pm 8,9$  years) and 149 healthy subjects were investigated. 3'UTR NFKBIA and -94ins/delATTG NFKB1 polymorphisms were tested by PCR-RFLP. Detailed clinical phenotypes were determined by reviewing the medical charts.

**Results:** Genotype and allele frequencies of 3'UTR and -94ins/delATTG polymorphism were not significantly different among IBD, CD, UC patients and controls. In UC, carriage of 3'UTR GG genotype was associated with increased risk for extensive colitis (55.3% vs. 29.4%, OR:2.97, 95%CI:1.45-6.08). In contrast, the -94ins/delATTG polymorphism increased the risk for arthritis in CD (46.4% vs. 33.0%, OR:1.75, 95%CI:1.06-2.90). No other phenotype-genotype associations were found in either CD or UC. In addition, carriage of the variant allele did not predict steroids, infliximab, need for surgery or smoking habits.

**Conclusions:** The 3'UTR GG genotype of NFKBIA was associated with increased risk for extensive colitis in Hungarian patients; in contrast variant alleles did not predict response to medical therapy or need for surgery.

## 139.

## REFRAKTER COELIAKIA, KÖZÖNSÉGES VARIÁBILIS IMMUNHIÁNY, AVAGY A BOHOLYATROPHIA ARCAI-ESETRIPORT ÉS AZ IRODALMI ADATOK ÖSSZEGZÉSE

Szamosi T., Czeglédi Z., Rábai K., Banai J., Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály,

27 éves, afgán férfi esete kapcsán tekintjük át a vékonybél boholyatrophia lehetséges okait, a rendelkezésre álló irodalmi adatok alapján. A beteg távolabbi anamnézisében kisgyermekkora óta tartó hasmenések, gyakori lázas állapotok, 8 évesen nyaki nyirokcsomóból diagnosztizált Hodgkin-lymphoma, emiatt kemo- és radioterápia szerepel. 1999-ben érkezett Magyarországra. Kivizsgálása során derült fény hypogammaglobulinaemiájára, malabsorptív tünetei és izületi fájdalmak mellett. Panaszai hátterében közönséges variábilis immunhiány és juvenilis rheumatoid arthritis került diagnosztizálásra. Az alkalmazott kezelések (immunglobulin szubsztitúció, sulphasalazin, cyclosporin-A, intramuscularis arany készítmény, szteroid, metotrexat), ellenére panaszai stagnáltak, tartós állapotjavulást nem sikerült elérni. 2005-ben jejunoscopya coeliakia lehetőségét vetette fel. Gluténmentes diéta mellett a boholyatrophia javult, de klinikailag ez sem javította állapotát szignifikánsan. HLA identifikálás elsősorban az immunhiánynak megfelelő fenotípust igazolt. Ismételt biopsziák minták elemzése refrakter coeliakiára jellemző sejtfelszíni markereket expresszáló intraepithelialis lymphocytákat igazolt. Monoclonalitás nem volt látható, ezért azathioprin kezelést kezdtünk. A hasmenés a kezelés hatására szűnt, de a kezelés 6. hetében hasi lymphadenomegalia és splenomegalia jelentkezett, ami vérképzőrendszeri malignitás lehetőségét vetette fel, a végzett diagnosztikus laparotomia során eltávolított patológiás nyirokcsomók kórszövettani elemzése azonban malignitást nem igazolt. A kezelés megszakítása után a klinikai panaszok visszatértek. Jelenleg stagnáló általános állapotban immunglobulin szubsztitúció mellett gluténmentes diétát tart. Esetünk mutatja, hogy a malabsorptiót okozó boholyatrophia háttere nem mindig tisztázható egyértelműen. Az eset kapcsán felmerülő differenciáldiagnosztikai nehézségeket az irodalmi adatok segítségével elemezzük.

## 141.

## SZÉRUM ÉS GLÜKOKORTIKOID REGULÁLT KINÁZ (SGK) 1 EXPRESSZIÓ CÖLIÁKIÁS GYERMEKEK DUODENUM NYÁLKHÁRTYÁJÁBAN

Szebeni B.,<sup>1</sup> Veres G.,<sup>1</sup> Dezsőfi A.,<sup>1</sup> Vannay Á.,<sup>1</sup> Rusai K.,<sup>1</sup> Korponay-Szabó I.,<sup>2</sup> Arató A.,<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, I.SZ. Gyermekklinika<sup>1</sup>, Heim Pál Gyermekkórház<sup>2</sup>,

**Bevezetés:** Cöliákiában az aktivált intraepithelialis limfociták által indukált enterocita apoptózis fokozódik. A szérum és glükokortikoid regulált kináz (Sgk) 1 fontos szerepet játszik a sejtek proliferációjában és apoptózisában. Irodalomból ismert, hogy aktív cöliákiában a TGF- $\beta$  fehérje szintje emelkedik, amely fokozhatja az Sgk1 mRNS expresszióját.

**Célkitűzés:** Munkánk során arra kerestük a választ, hogy hogyan változik az Sgk1 expresszió kezeletlen-, valamint gluténmentes diétát tartó (kezelt) cöliákiás gyermekek vékonybél nyálkahártyájában.

**Beteganyag, módszerek:** Duodenum biopsziás mintákat gyűjtöttünk 16 kezeletlen [6 fiú, 10 lány, életkor: medián (tartomány): 9 (4-15) év], valamint 9 kezelt [4 fiú, 5 lány, életkor: medián (tartomány): 6 (3-14) év] cöliákiás gyermektől és 10 kontrolltól [4 fiú, 6 lány, életkor: medián (tartomány): 10 (4-15) év]. Az Sgk1 mRNS expresszióját real-time reverz transzkripció-polimeráz láncreakcióval (RT-PCR) vizsgáltuk. A statisztikai analízishez Mann-Whitney tesztet alkalmaztunk.

**Eredmények:** Az Sgk1 mRNS expresszió szignifikánsan fokozódott a kezeletlen cöliákiás gyermekek duodenum nyálkahártyájában a kontrollokhoz képest ( $p=0.03$ ). A kezelt cöliákiás gyermekekben szignifikánsan csökkent az Sgk1 mRNS expresszió a kontrollokhoz viszonyítva ( $p=0.01$ ).

**Következtetés:** Eredményeink arra utalnak, hogy az Sgk1-nek fontos szerepe van az enterociták apoptózissal szembeni túlélésében.

## 140.

## CORRELATION OF THYROID ABNORMALITIES WITH RISKS CONNECTED TO OBESITY

Szebeni Á.,<sup>1</sup> Halmy L.,<sup>2</sup> IRM-KKI nyugdíjas<sup>1</sup>, IRM-KKI nyugdíjas<sup>2</sup>,

**Introduction.** Thyroid volume determined by ultrasonography (US) is a measure of thyroid enlargement. Beside or without enlargement, thyroid nodes are frequent in the general population. Few data are available about thyroid abnormalities in obesity.

**Purpose.** Investigation of the prevalence of thyroid involvement in obese patients and its relation to most common risks of obesity, the fatty liver and the cardiovascular complications.

**Materials And Methods.** Normal values of thyroid volume were determined in 202 healthy peoples. Thyroid volume of 205 obese patients was measured by US using a cross-sectional area method together with other parameters of obesity such as BMI, waist/hip ratio, US measurement of liver attenuation ( $\alpha$ ), subcutaneous fat thickness (SCF), as signs of fatty liver and US determined visceral fat thickness (VFT), as well as US determination of common carotid artery intima-media thickness (CCA-IMT) as signs of cardiovascular risks, etc. Prevalence and correlations were then determined.

**Results.** It was found that the prevalence of thyroid enlargement was 44,3% being much higher than the 7-10% of the general population. Nodules (in all cases multiple, mostly solid, some mixed) were detected in extremely high percent, i.e. 91,7%. 48,4% occurred in normal sized thyroid. The 17 patients without nodules had also normal sized thyroids and were in the overweight group (BMI<30). The correlation between thyroid enlargement and VFT, VFA, BMI, waist/hip ratio was significant ( $p<0,001$ ) while it was not significant between US attenuation and SCF.

**Conclusions.** The prevalence of both thyroid enlargement and thyroid nodules are much higher in obesity, than in the general population. The nodules were multiple and mostly solid, in some cases mixed ones also occurred. On the basis of correlation studies it was found that thyroid abnormalities rather contribute to the cardiovascular risks of obesity than to the development of fatty liver disease associated with high US attenuation. In the future it would be desirable to search for the background of these abnormalities of high prevalence.

## 142.

## THREE DIMENSIONAL AND DOPPLER ULTRASOUND EXAMINATION BEFORE AND AFTER PROCEDURES OF THE BILIARY SYSTEM

Székely G., Szilvás Á., Siket F., Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály,

**Aim of the study:** Digital technique has a new era in three-dimensional ultrasound /3DUS/ diagnostics, which makes possible the immediate spatial reconstruction of the opened investigated area. It is applicable in the evaluation of circulation by means of color- and power-Doppler method. In case of interventional procedures we used the three orthogonal-plane and 3D reconstruction method. We searched for pathologic biliary obstruction and signs of dislocation and compression by color-Doppler examination.

**Patients and methods:** 12 patients with benign and malign biliary obstruction (before and after retrograde cholangiography and endoscopic therapy) were examined by 3D and duplex plus color-Doppler US. The intrahepatic biliary, portal and hepatic venous vasculature with the direction of circulation was evaluated by 3D-color-Doppler sonography. Intra- and extrahepatic portosystemic collaterals were demonstrated. The 3D reconstruction of liver hilum with the spatial anatomic variations of biliary tree and hepatic vessels has been determined. All patients were followed up after the therapeutic procedure.

**Results:** The preoperative assessment of patients showed the cause of the extrahepatic obstruction in 11 cases. Pathologic portal or hepatic vasculature were seen in 9 cases. The 3DUS could demonstrated the signs of dislocation and compression visualised partly by 2D color-Doppler US. 3D reconstruction of biliary tumors were found in 6 cases. These patients were followed-up in 1 year. The investigation time proved to be no longer than the previous non-digital techniques. After using the new cut-mode, the biliary tree and the vascularisation of liver parenchyma became more visible.

**Conclusion:** Digital 3D investigation of patients before and after biliary endoscopic therapeutic procedure gives new data of anatomic situation of biliary system and liver vessels. The follow-up of patients after this procedures may be the most valuable non-invasive method of choice.

## 143.

# INTRAOPERATIVE ERCP DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR PATIENTS WITH SYMPTOMATIC CHOLECYSTOLITHIASIS AND SUSPECTED CHOLEDOCHOLITHIASIS BUT FAILED PREOPERATIVE ERCP

Székely A.<sup>1</sup>, Kurucsai G.<sup>1</sup>, Gódi S.<sup>1</sup>, Joó L.<sup>1</sup>, Fejes R.<sup>1</sup>, Juhász Á.<sup>2</sup>, Tihanyi Z.<sup>2</sup>, Altorjay Á.<sup>2</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>, First Dept of Internal Medicine, Fejér Megyei Szent-György Hospital, Székesfehérvár, Hungary <sup>1</sup>, Department of Surgery, Fejér Megyei Szent-György Hospital, Székesfehérvár, Hungary <sup>2</sup>,

**Background and study aims:** Preoperative ERCP and EST with stone extraction is the gold standard therapy for symptomatic cholecystolithiasis and suspected choledocholithiasis. However, if initial ERCP fails, performing intraoperative ERCP during laparoscopic cholecystectomy may be an alternative therapeutic option.

**Patients and methods:** Out of 1650 ERCP procedures intraoperative ERCP was performed in 5 consecutive patients, in whom preoperative ERCP and selective bile duct cannulation failed. All patients were hospitalized due to symptomatic cholecystolithiasis and clinical signs of biliary obstruction. The cannulation failure was due to juxtapapillary diverticulum (2 pts), suprapapillary stone impaction (2 pts), and Vater papilla stenosis (1 pt). Intraoperative ERCP was performed using the rendezvous technique. Firstly, the transcystic guide wire introduced through the common bile duct anterogradely that was grasped with a snare and pulled through the duodenoscopy. Next, a double lumen sphincterotome was advanced over the guide wire to facilitate bile duct cannulation and to perform EST, followed by bile duct clearance with a Dormia basket. All patients underwent intraoperative cholangiography to document stone free status of the CBD. Finally, the cystic duct was closed and the surgeon proceeded with laparoscopic cholecystectomy.

**Results:** Intraoperative ERCP, EST and complete bile duct clearance was successful in all 5 patients. Mild post-ERCP pancreatitis observed after the pre-operative and failed ERCP in two patients. In contrary, no post-procedure morbidity occurred after the combined approach. The average time increase of surgery was 20 minutes.

**Conclusions:** Intraoperative ERCP can be suggested as useful alternative therapeutic approach in patients with symptomatic cholecystolithiasis and biliary obstruction in whom preoperative ERCP failed. The advantage of intraoperative ERCP are: less morbidity (lower risk of post-ERCP pancreatitis), a shorter total hospital stay, and reduced costs.

## 145.

# TERÁPIÁS DÖNTÉST BEFOLYÁSOLÓ DIAGNOSZTIKUS LEHETŐSÉG RECTUM CARCINOMA ESETÉN – HIGH RESOLUTION MÁGNES REZONANCIA VIZSGÁLAT

Szenes M.<sup>1</sup>, Völgyi Z.<sup>1</sup>, Ruzsa Á.<sup>2</sup>, Nagy G.<sup>3</sup>, Tüske G.<sup>4</sup>, Gasztonyi B.<sup>1</sup>, Zala Megyei Kórház Belgyógyászat <sup>1</sup>, Zala Megyei Kórház Onkológia <sup>2</sup>, Zala Megyei Kórház Radiológia <sup>3</sup>, Zala Megyei Kórház Sebészet <sup>4</sup>,

**Bevezetés:** A szerzők részben irodalmi áttekintést nyújtanak, részben helyi eredményeiket értékelik a high resolution mágneses rezonancia vizsgálat alkalmazásával rectum carcinoma primer diagnózisa és nyomon követése során.

**Célkütyezés:** A szerzők a rectumra célzott mágneses rezonancia vizsgálat által meghatározott tumor és nyirokcsomó status, környezethez való viszony, a helyi kiújulás igazolásának értékét elemzik, a komplex onkológiai ellátást befolyásoló szerepének függvényében. A metodikának sugárterhelése nincs, a beteg számára nem megterhelő, összehasonlításra, nyomon követésre ad módot.

**Bejegyzés és módszer:** A szerzők a Zala Megyei Kórházban 2006. 01. 01.-2007. 12. 31. között ellátott 29 rectum tumoros beteg (14 férfi, átlagéletkor: 62,92± 10,42 év, 15 nő, átlagéletkor 64,20± 12,64 év) adatait elemzik, akiknél a kivizsgálás részeként történt a rectumra célzott mágneses rezonancia vizsgálat.

**Eredmények:** A 29 betegből 10 főnél befolyásolta a neoadjuváns kezelés és a sebészeti ellátás módját az anatómiai leképezés eredménye. A 19 főnél felmerült helyi kiújulást 9 főnél lehetett a vizsgálattal igazolni.

**Következtetések:** Rectum carcinoma esetén a komplex onkológiai kezelést a kivizsgálás eredményei alapján praeeoperatív onkológiai TEAM állítja fel. Az anatómiai viszonyok pontos ismerete fontos prognosztikai faktor, negatív kismedencei képalkotást (ultrahang, computer tomograf) követően a mágneses rezonancia vizsgálat terápiás döntést befolyásolhat. A fentieket figyelembe véve a vizsgálat a Zala Megyei Kórházban a kivizsgálási algoritmusba beillesztésre került. A betegségre jellegzetes helyi tumor kiújulás, környezetre terjedés megítélésében is jól használható lehetőség a gondozás, a kezelés eredményességét célzó ellenőrzések során.

## 144.

# SECUNDER PREVENTION WITH ALPHA-LIPOIC ACID AND VITAMIN E IN PORPHYRIA CUTANEA TARDA PATIENTS

Székely E.<sup>1</sup>, Szentmihályi K.<sup>2</sup>, Bor M.<sup>1</sup>, Pusztai Á.<sup>1</sup>, Kurucz T.<sup>3</sup>, Pallai Z.<sup>3</sup>, Blázovics A.<sup>4</sup>,

1st National Medical Center, Budapest, Hungarian Porphyria Center <sup>1</sup>, 2nd Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences <sup>2</sup>, 3rd Diachem Kft, Budapest <sup>3</sup>, 4th Semmelweis University 2nd Department of Medicine Budapest, Hungary <sup>4</sup>,

**Introduction:** Decreased activity of uroporphyrinogen decarboxylase enzyme cause porphyria cutanea tarda (PCT). The activity of the cytochrome P450 1A2 appears to be another important etiological factor in PCT. Abnormal iron metabolism produced oxidative radicals by reactive intracellular iron. Vitamin E and alpha-lipoic acid are a potent antioxidant combination with the protective effects against lipid peroxidation, oxidative stress, inflammation, infection, and protein carbonyl formation.

**Aim:** We investigated the effect of vitamin E and alpha-lipoic acid on porphyrin concentration, iron metabolism and redox homeostasis.

**Patient:** were treated with vitamin E (tocopherolum aceticum 200 mg „Bioextra”) capsule for 8 weeks and alpha-lipoic acid (Thiogamma 600R) capsule for 8 weeks. We analysed the data of 18 PCT male patients and 10 controls of Caucasian origin.

**Methods:** Rutin laboratory parameters were measured (AST, ALT, GGT, HDL-CHOL, LDL-CHOL, CHOL, Tg, glucose, HbA1c, iron, transferrin and ferritin) with Roche/Hitachi MODULAR equipment.

H-donor activity, reducing power, SOD and GSH-Px was measured by spectrophotometry and chemiluminescent intensity of plasma and erythrocytes were measured with LB 9501 luminometer.

**Results:** Significant difference was found in urine-UP level after treatment with both antioxidant. AST, ALT, GGT were changed more beneficial as well. Plasma and erythrocyte chemiluminescent intensity was significantly higher in PCT patients compared to the control. SOD and GSH-Px concentrations were significantly lower in PCT patients than in the controls. These data indicate that the antioxidant status of PCT patients has changed.

**Conclusion:** Per os treatment with vitamin E (200 mg/day) and alpha-lipoic acid (600 mg/day) over 8 weeks is safe and effective in reducing symptoms of PCT and general feeling of patients have improved.

The study was supported by the ETT 012/2006 Ministry of Health, Social and Family Affairs.

## 146.

# ELEMENT INTAKE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Szentmihályi K.<sup>1</sup>, Dörnyei O.<sup>2</sup>, Kovács Á.<sup>3</sup>, May Z.<sup>1</sup>, Dinya E.<sup>2</sup>, Blázovics A.<sup>2</sup>,

Institute of Materials and Environmental Chemistry, Chemical Research Center, Hungarian Academy of Sciences, Budapest <sup>1</sup>, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>, Department of Gastroenterology, Péterfy Hospital, Budapest <sup>3</sup>,

**Introduction:** Malnutrition is a serious problem in inflammatory bowel diseases. Since the main natural sources of essential elements are foodstuffs, a questionnaire were made for the determination of the nutritional habit and element intake in IBD.

**Patients:** 50 IBD patients (25 male, 25 female) and 50 healthy volunteers (35 male, 15 female) were asked to complete the questionnaire. Results: Our survey shows that the consumption of plant foodstuffs (fruits and vegetables) amount to 146 kg/year (0.4 kg/day) for IBD patients and 171.6 kg/year (0.47 kg/day) for controls. The element intake was different in the two groups according to the nutritional habits. Healthy volunteers consume about 18-66% of the essential element requirements depending on the element whereas the element intakes of IBD patients are between 15 and 60%. The intakes of Ca and Zn were the lowest in both groups.

**Conclusion:** In IBD patients the element imbalance may also contribute to the deficiency states. Latent element deficiency may develop in healthy volunteers as well since the nutritional habit of IBD patients and volunteers were similar.

The work was supported by ETT 012/2006.

## 147.

# THE EFFECTIVITY OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOGRAPHY (ERC) IN THE TREATMENT OF POSTOPERATIVE BILIARY COMPLICATIONS

Szepes A.<sup>1</sup>, Szabolcs A.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, 1st Dept. of Medicine, University of Szeged <sup>1</sup>, Szent György County Hospital, Székesfehérvár <sup>2</sup>,

Surgical bile duct injuries and postoperative biliary strictures are relatively rare but serious complications of cholecystectomy. ERC is the first-line method to prevent the need of reoperation. We retrospectively investigated the effectivity of the ERC in the last five years in our university department in the treatment of postoperative surgical bile duct injuries.

In the last five years 3572 ERCPs were performed and only 30 patients (pts) (8.39 %) were referred for ERC with postoperative bile-duct complications. 23 pts had acute complication (biliary leaks) shortly after the operation (6.9 /1-30/ days) /Group A/. All group A pts underwent endoscopic spincterotomy (EST). Biliary plastic stents were inserted in 17 pts and in 6 pts remnant common bile duct (CBD) stones were successfully removed. Only 7 out of 23 pts must have been reoperated (3 pts for complete clipping of the CBD, 1 for anatomic variation, and 2 for serious septic bile peritonitis and 1 for permanent biliary leakage after EST and biliary stenting).

Late complications of cholecystectomy (biliary strictures) were detected in only seven pts (355 /150-720/ days after the operation) /Group B/. All of them had an intraoperative stent insertion into the CBD or a Kehr drainage during their cholecystectomy. In group B 5 patients were successfully treated with consecutive ERCPs (3.2 average) and progressive biliary stenting (3-5 plastic stents, 33 F average). Only 2 pts were reoperated because of the failure of the insertion of the guide-wire over the stricture after EST.

With therapeutic ERC we were able to prevent around 70% of the pts from the reoperation in both groups.

These data supports the evidence that both in early and late cases of postoperative biliary complications, therapeutic ERCP (EST and stents or bile duct dilation) is the method of choice to treat these pts and to prevent them from reoperation.

## 149.

# BILIARY DISEASES: CONCOMITANT OCCURENCE WITH OTHER DISEASES

Szilvás Á., Székely G., Siket F., St. János Hospital, 1st. Dept. of Internal Med. and Gastroenterology Budapest, Diós árok 1. 1125.

**Aim:** The ultrasonography is the first examining method to detect biliary problems. Biliary diseases are usually recognised as „side” diagnosis and they are usually without complaints. The biliary disorders might be start as „acute” or in other cases they are „silent” problems. The aim of our study is to detect which type of diseases and how often lead to biliary problems.

**Methods:** The patients suffering in different types of gastrointestinal diseases were examined by 2 D and 3 D abdominal ultrasonographic method. During the examining period the biliary system was detected as a „possible target system”. The gastrointestinal disorders were: hepatic disorders, sclerosing cholangitis, inflammatory bowel diseases, metastatic tumors during therapy eg. carcinoid tumor, GIST.

The examinations were carried out with Kretz-Voluson 530 equipment 2D and 3D transducer. During the examination the gallbladder and the bile duct system were examined. The biliary system, the biliary stones and the gallbladder volume were measured by 3D method.

**Results:** The biliary system is a main area of the occurrence of gastrointestinal disorders. The different types of the diseases affect the biliary system. Because of the forgoing it is very important to detect the „first sign” and to compare it during the follow up. Different types of diseases cause different problems such as gallbladder wall thickening, sludge, cholelithiasis, functional disorders. In some cases they predict the „acute” failure. Sometimes these problems originate from the diseases and in other cases from the treatment.

**Conclusion:** The ultrasonographic methods are very important in the detection and prediction of biliary problems in gastrointestinal diseases.

## 148.

# RDW CAN BE A USEFUL ADDITIONAL MARKER IN DIAGNOSING CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS

Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnar T.<sup>1</sup>, Nagy F.<sup>1</sup>, Nyari T.<sup>2</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, University of Szeged, First Department of Medicine <sup>1</sup>, University of Szeged, Department of Medical Informatics <sup>2</sup>,

Anaemia is a common complication in patients with inflammatory bowel diseases (IBD-Crohn's disease [CD], ulcerative colitis [UC]) and is mainly caused by iron malabsorption and intestinal bleeding. Red blood cell distribution width (RDW) provides a quantitative measure of the size variability within the red blood cell population and may be increased even before iron deficiency becomes obvious. Recent data suggest that RDW could be a reliable marker in differentiating between CD and UC. The aim of our study was to retrospectively evaluate whether RDW can help to differentiate the two forms of IBD in daily clinical practice, and whether a correlation between RDW and the activity of IBD is demonstrable. **Patients and methods.** The clinical records of 176 patients were reviewed; 92 patients with CD (57 females, 35 males; mean age 37.5 years, range 17-73), 84 with UC (43 females, 41 males; mean age 44.4 years, range 16-81). RDW values measured in an active and in an inactive period of the diseases were assessed. Disease activity was estimated by serum iron level, C-reactive protein (CRP) level, erythrocyte sedimentation rate (ESR) and Crohn's disease activity index (CDAI)/Clinical activity index (CAI). The relations between these parameters and RDW, and between the RDW values in the two patient groups both in the active and in the inactive period of the diseases were statistically analyzed.

**Results.** RDW was increased in 53.2% of the patients with inactive CD vs. 36.8% of the patients with inactive UC, representing a statistically significant difference (14.3 vs. 13.8, P=0.05). However, a significant correlation could not be detected between the RDW values of CD and UC in the active period of the diseases (14.7 vs. 14.4, P=0.393). Mean RDW was significantly increased in the active form of both CD and UC compared to the normal values of RDW.

**Conclusion.** According to our results, RDW did not prove to be an effective marker in differentiating CD and UC in the active period of the diseases. However, it could be a useful and inexpensive additional marker in diagnosing IBD.

## 150.

# GONDOLATOK GASTROENTEROLÓGIAI SZUBINTENZÍV RÉSZLEGÜNK FINANSZÍROZÁSÁRÓL

Szinku Z., Sülle C., Hunyady B., Kaposi Mór Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály, Kaposvár

1992-ben országunkban a korábbi, ún. bázisfinanszírozást – a világon harmadik államként bevezetve – a teljesítményalapú Homogén Betegség Csoportokon (HBCs) alapuló elszámolás váltotta fel a fekvőbeteg ellátásban. Ezen rendszert neves gazdasági szakemberek több közleményben elismerően méltatták, de számos kritikai észrevétel is megfogalmazódott vele szemben. A HBCs alapú finanszírozás a költségek csökkentésére kényszeríti a szolgáltatókat, a teljesítményarányos finanszírozás pedig optimális forrásallokációt valósíthat meg, de az adott kórházszerkezet és adott nagyságú fekvőbeteg kassza mellett fenntartásokra ad okot.

Kórházunkban 1997-ben kialakításra került a súlyos gasztroenterológiai betegeket fogadó szubintenzív részleg, ahol főleg tápcsatornai vérzés miatt kerülnek felvételre betegek. 2007. évben 230 vérző beteget kezeltünk, varixruptura miatt 33, fekélyvérzés miatt 77, tumorból eredő vérzés miatt 3, erózív gastritis miatt 56, alsó tápcsatornai eredetű vérzés kezelése céljából 51 és egyéb vérzés esetében 10 beteg került felvételre.

A szubintenzív részlegen ellátott betegekért az eredeti HBCs súlyszám 110 %-át finanszírozza a biztosító. Ugyanakkor számos betegnél a multiparaméteres invazív monitorozás végzése indokolt, amely ugyan beruházással, működtetésében többletmunkával és többlet ráfordítással is jár, de számos kórkép esetén – nemcsak tápcsatornai vérzés esetén – növelheti a HBCs bevételt. Szakmailag is indokolt és a finanszírozásban is megjelenő gyakrabban használt diagnózisok (szubintenzív / invazív monitorozás HBCs értéke): GI vérzés, több mint 2 E vvt. adásával (1,49/3,62), ERCP [nem tu-os eset] (1,11/4,79), akut pancreatitis (0,83/4,25) és oesophagitis, gastroenteritis (0,37/3,34), de természetesen egyéb kórképek esetében is alkalmazható.

**Összefoglalás:** Tapasztalataink alapján a gasztroenterológiai szubintenzív részlegünkön alkalmazott multiparaméteres invazív monitorozás, mind szakmai, mind finanszírozási szempontból támogatható módszer.

## 151.

# POOR PATIENT EDUCATION IS THE MAIN CAUSE OF LOW PRIMARY DEMAND FOR COLORECTAL CANCER SCREENING IN HUNGARY

Szokolóczy O.,<sup>1</sup> Peták L.,<sup>1</sup> Kövesd Z.,<sup>2</sup> Schwab R.,<sup>2</sup> KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd., Budapest<sup>1</sup>, Kelen Private Hospital, Budapest<sup>2</sup>,

**Background:** Colorectal cancer (CRC) is the second leading cause of cancer-related death in the Western world. In Hungary, more than 5000 patients die from CRC annually, and about 7500 new cases of CRC are diagnosed each year. CRC is a preventable disease, a population based screening program is lacking in this country.

**Aims / Methods:** In frame of an educational campaign for CRC screening we have carried out on-line surveys in Jan-Feb 2008 to study (Survey-A): the background of the low primary demand for regular screening; (Survey-B): the general CRC risk-related symptoms in the general population. Both surveys were posted on one of the busiest internet portal in Hungary (www.origo.hu). Survey-A evaluated why each individual keeps off regular cancer screening: 1)lack of information 2)fears, negative beliefs, 3)no time, 4)costs. Survey-B was also used with patients approaching us for CRC screening asking the following questions: 1)age, 2)change in bowel habits, 3)blood in stool, 4)cancer in the family.

**Results:** Survey A and B were completed by 1642 and 331 individuals, respectively. In Survey-A, distribution of answers for question 1), 2), 3) and 4) was 30.2%, 32.2%, 11.5% and 26.1%, respectively. In Survey-B 65.3% of responders were above 50y, 47.1% experienced change in bowel habits, 37.2% had blood in stool & 68.9% had a family history of cancer.

**Conclusion:** The studies show, that the main cause (~75%) of low primary demand is poor information on CRC screening and negative beliefs on methods (fear & lack of time & primary information). The first pool of informed patients had alarming symptoms for CRC and/or had risk factors (previous disease or accumulated cancer events in the family) exceeding by orders of magnitude of the expected rate in the general population. There is an inevitable urgent need for well designed, comprehensive information campaign on CRC screening. The medical community should not wait for political solutions but provide fellow citizens with potentially life saving information on screening based prevention of CRC.

## 153.

# DIAGNOSZTIKUS NONINVAZÍV ÉS INVAZÍV ENDOSONOGRAPHIÁS VIZSGÁLATOK INDIKÁCIÓS MEGOSZLÁSA ÉS EREDMÉNYEI OSZTÁLYUNK GYAKORLATÁBAN

Takács, R., Erőss B., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat Gasztroenterológia Budapest

**Bevezető:** Osztályunkon 2007 júliusa óta végzünk radiális mind lineáris endoscopyos ultrahang vizsgálatokat. A tapasztalatgyűjtést követően 2008 február végéig összesen 77 endoscopyos ultrahang vizsgálatot végeztünk el.

**Módszerek:** Diagnosztikus noninvaszív -radiális - ultrahang vizsgálat 51 betegnél történt. Ebből 43 betegnél felső tápcsatorna, 7 betegnél az alsó tápcsatorna (rectum-sigma) vizsgálatát végeztük. Indikációk: polypus és tumor mélységi terjedése és staging, gyomor lymphoma kezelés utáni staging, submucosus és extraluminaris képletek azonosítása és terjedésének meghatározása, pancreas vizsgálata, kóros CT lelet. 8 esetben a beteget mintavétel céljából lineáris ultrahang vizsgálatra visszarendeltük ebből 6 vizsgálatot a vizsgált időszakban elvégeztünk.

Invaszív beavatkozásra 26 esetben került sor. Ebből 22 esetben csak aspirációs cytológiai mintavétel történt, 4 esetben a mintavételen túl terápiás beavatkozás, cysta leszívás, ill endoscopyos cysta szájaztatás is történt. Invaszív vizsgálat esetén a legtöbb esetben a vizsgálatot hagyományos gasztroscopos, vagy radiális ultrahang előzte, meg de megelőző korrekt kivizsgálás esetén ehhez nem ragaszkodtunk. Az FNAB cytológiai mintavételek döntően submucosus képletből, ill tumor gyanús területből történt.

**Következtetés:** A diagnosztikus és invazív endoscopyos ultrahang értékes módszer a felső és alsó tápcsatorna ( rectum-sigma), valamint a környező szervek ( pancreas, hepár, ) és képletek ( erek, nyirokcsomók, extraluminaris képletek) vizsgálatában. A módszer értékét az aspirációval történő citopatológiai értékelés, ill. egyes terápiás beavatkozások elvégzésének lehetővé tétele, ill megkönnyítése tovább növeli

## 152.

# A GORDIUSI CSOMÓ

Szolykóné Szaszko Z., Fábán G., Szigeti N., PTE ÁOK II.sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum

A 17 éves férfitbeteg motorbaleset miatti polytraumatizációt követően került felvételre az Idegsebészeti Klinika Intenzív Osztályára, ahol comatosus állapota miatt a táplálás biztosítására PEG-behelyezés történt. Hányás miatt a tápszondát PEJ-re kellett cserélni, ami többszöri próbálkozásra sem volt átjárható. Az ellenőrző felső endoszkópia során egy rendkívüli kép tárult elénk...

## 154.

# C-kit NEGATIVE PDGFRA POSITIVE BULKY EXTRAGASTROINTESTINAL GIST IN A 26 YEAR OLD MALE.

Taller A.,<sup>1</sup> Szántó P.,<sup>1</sup> Besznyák I.,<sup>2</sup> Pápai Z.,<sup>3</sup> Sági Z.,<sup>4</sup> 2nd Dept. of Internal Medicine, Uzsoki Hospital, Budapest<sup>1</sup>, Dept. of Surgery, Uzsoki Hospital, Budapest<sup>2</sup>, Dept. of Oncology, State Health Centre, Budapest<sup>3</sup>, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest<sup>4</sup>,

**Background:** Gastrointestinal stromal tumours (GIST) are the most common mesenchymal tumours of the gastrointestinal tract. Extra gastrointestinal GIST (EGIST) is rarely found. GIST patients are usually over 50 years of age. The diagnosis of GISTs is based on documentation of c-kit and/or platelet-derived growth factor receptors-alpha (PDGFRA) or specific c-kit mutations. Immunohistochemically (IHC) more than 90% of GISTs are c-kit (CD117) positive. PDGFRA mutations usually occur in gastric GIST.

**Case report:** A 26 year old otherwise healthy man was admitted because of recidive atypical diffuse abdominal pain, loss of appetite, loss of weight and sometimes fever. On physical examination a huge abdominal mass occupied the entire mid abdomen. Blood sedimentation rate was 85mm/h, CRP: 40,1mg/l, otherwise negative lab. Abdominal ultrasound (US) demonstrated several large abdominal masses and liver metastasis from 2 to 7 cm in diameters in segments IV-VIII. On abdominal CT this appeared as a low-density mass with faint enhancement. US-guided aspiration cytology was carried out and mesenchymal tumour was diagnosed with suspicion of carcinosarcoma. IHC showed Vimentin pos., desmin and S100 neg. At surgery a huge hypervascularized, demarcated mesocolon tumour was resected. In addition multiple tumour nodules were seen in the abdominal cavity and in the liver. IHC study of the surgical specimen showed the tumour cells negative for c-kit protein, but positive for PDGFRA. Molecular study revealed a mutation of exon 18 in PDGFRA gene. Imatinib than sunitinib therapy was started. After 3 months of therapy control abdominal CT showed significant progression of the disease.

**Conclusions:** It seems that till the diagnosis of EGIST it takes more time than to that of GIST and therefore these tumours grow bigger than 5cm in diameter and so prognosis is worse. PDGFRA helps in differentiating of other mesenchymal tumours especially in c-kit negative cases. PDGFRA helps in choosing proper therapy, too. This case demonstrates that c-kit negative and PDGFRA positive EGIST at young age has bad prognosis.

## 155.

## ANALYSIS OF SPATIO-TEMPORAL DISTRIBUTION OF MORTALITY DUE TO GASTRIC AND COLON CANCER IN HUNGARY AND IN JAPAN BETWEEN 1986-2002

Tamássy K.<sup>1</sup>, Páldy A.<sup>2</sup>, Nádor G.<sup>2</sup>, Laborczi A.<sup>3</sup>, Pásztor L.<sup>3</sup>, Tóth T.<sup>3</sup>, Herszényi L.<sup>4</sup>, Tulassay Z.<sup>4</sup>, Semmelweis University Kútvolgyi Clinical Center, Budapest, Hungary <sup>1</sup>, National Institute of Environmental Health, Budapest, Hungary <sup>2</sup>, Research Institute for Soil Science and Agricultural Chemistry of the Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary <sup>3</sup>, 2nd Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary <sup>4</sup>,

**Introduction** In our previous studies we found association between the spatial distribution of mortality due to gastric cancer/GC/and soils wich have high water retention capacity in Hungary and Japan. In this study our aim was to investigate the spatial association of mortality due to colon cancer/CC/and the type of soil.

**Patients And Methods:** Spatial differences in mortality due to GC(C16)in both sexes in the age groups of 35-64 years and over 65 years, respectively and CC(C18)55-74 years and over 75 years for period of 1986-2002 in Hungary was studied by cluster analysis. Association of mortality and the type of soil was studied by chi2 method. Results were compared to spatial distribution of GC and CC mortality in both sexes in Japan in the years of 1986 and 2002 using the data of M. Ohtaki (Hiroshima) in relation of soil types.

**Results** Results of Japanese analysis showed that GC mortality in both sexes was higher by 360% in regions where the soil type is "Gley" in 1986.Incidence of GC decreased and did not show territorial differences in 2002.Incidence of CC was higher in areas of gley soil in both 1986 and 2002,by 310% and 260%.In Hungary we tried to identify communalities of gley soil. Requirements are met by the so called "extremely acid and acid soils". Statistical analysis showed that GC mortality was by 400% higher in areas with acid soil for males and by 300% higher for females than elsewhere in the period of 1986-1991.Mortality of/CC/ in females was higher in both younger and older age groups,by 236% and 200%, respectively.Regarding the CC mortality in males the difference was the same in the older group (264%)and less in younger group(128%).

**Conclusions** GIS analysis of soil properties and incidence of GC and CC mortality showed a characteristic spatial distribution in Hungary and Japan, which is statistically associated with types of acid soils with high water retention capacity. Coincidence of the mortality due to the two types of gastrointestinal malignancies needs further investigation of possible common causes.

## 157.

## ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION (ESD): INDICATION AND TECHNIQUE. A CASE REPORT.

Tari K., Lukovich P., Váradi G., Kupcsulik P.

Ist Department of Surgery, Semmelweis University Budapest, Hungary ,

**Introduction:** The complet removal of flat, sessile polyps is usually impossible with conventional snare. Lesions larger than 2 cm cannot be removed en bloc with endoscopic mucosal resection due to the technical limitation of this method. A new therapeutic procedure called endoscopic submucosal dissection allows large, flat lesions to be resected radically.

**Case report:** A 64-years old woman with a 3,5 cm in diameter, flat, sessile polyp of the rectum has been undergone piecemeal polypectomy in 2004. The histological investigation proved tubular adenoma with high grade dysplasia. One year later a recurrent polyp was removed by mucosectomy, but the control colonoscopy detected a recurrent lesion again in 2007.

**Method:** As the first step of the procedure the mucosa was painted with methylene-blue, and the lesion was marked around with an electrocoagulator. The mucosal layer was elevated by methylen blue–epinephrine–salin solution (1:1:20), which was injected into the submucosal layer. In the beginning of the polyp removal a needle knife was used, later –to prevent perforation– it has been changed for IT-knife. To elevate the lesion, which is necessary to perform circumferential mucosal incision, an endo-cap was used.

**Result:** The procedure took 55 minutes, no complication occurred. The histological investigation proved tubular adenoma, the resection surface was tumor-free. The control colonoscopy performed 3 month later was negative.

**Conclusion:** Endoscopic submucosal dissection is a suitable method for removal of large sessile lesions. Owing to en bloc resection it decreases the recurrence rate and it could be applied for high risk patients with malignant deaseses as a new alternative minimal invasive treatment. Because of the application of new accesories for endoscopic submucosal dissection and the difficult technique, compared to polypectomy, more preparation and practice required for the endoscopic assistants in the everyday practice.

## 156.

## SCHAFFER'S GLANDS IN THE DIAGNOSIS OF BARRETT'S ESOPHAGUS

Tar L.<sup>1</sup>, Németh I.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>2</sup>, Róka R.<sup>2</sup>, Gecse K.<sup>2</sup>, F Kiss Z.<sup>2</sup>, Sükösd F.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>2</sup>, Mikó T.<sup>1</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, Department of Pathology University of Szeged<sup>1</sup>, 1st Department of Internal Medicine University of Szeged<sup>2</sup>,

**Background:** Since specialised intestinal metaplasia (SIM) is uniquely regarded as praemalignant for esophageal adenocarcinoma the aim was to assess the distribution and frequency of additional Schaffer's glands (SGs) near SIM.

**Method:** Between 2004 and 2007, 1149 consecutive lower esophageal biopsy cases of 826 patients were reclassified by classical histopathology focusing on SGs.

**Results:** SGs were found in 198 cases. More than half of SGs' samples (103 cases) were found near SIM. Fifty-three from 63 SIM cases, 26 from 37 SIM cases and 1 from 9 SIM cases contained SGs with regenerative atypia (indefinite for dysplasia), low grade dysplasia and high grade dysplasia, respectively. Several cases showed direct transition from SG to SIM.

**Conclusions:** Behind the heterogenous structure of glandular esophageal metaplasia the role of SGs is supposed. SGs are good histopathological monitors for the activity of glandular metaplasia following even dysplastic transformation of SIM.

## 158.

## INVESTIGATIONS OF PLASMA CARNITINE PROFILES IN CHILDREN WITH CELIAC DISEASE

Tárnok A.<sup>1</sup>, Talián G.<sup>2</sup>, Jakobik V.<sup>1</sup>, Decsi T.<sup>1</sup>, Melegh B.<sup>2</sup>, Department of Paediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary <sup>1</sup>, Institute of Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary <sup>2</sup>,

**Aim:** To investigate plasma carnitine profiles in children with celiac disease as the possibility of carnitine deficiency was suggested in previous studies.

**Methods:** Plasma carnitine ester profiles using ESI triple quadrupol mass spectrometry were determined in 21 children with celiac disease (age:13.43±0.85 years, BMI: 18.03±0.68 kg/m2) and 20 healthy, age-matched controls (age:13.61±0.77 years, BMI:19.32±0.49 kg/m2). Children with endocrine disorders or metabolic disease were excluded. Plasma anti-endomysium antibodies (EMA) were used to characterise disease activity.

**Results:** No differences were found between celiac patients and controls in plasma free and total carnitine concentrations (table). Neither the concentrations of the 12 acylcarnitines that were found to be reduced in adult celiac patients previously, nor the concentrations of other 12 acylcarnitines differed between children with celiac disease and controls. No significant difference in carnitine profiles between EMA positive and negative celiac children was found.

## TABLE

Carnitine: μmol/l, mean (SE) - Controls (n=20) - Celiac patients (n=21)

|                              |         |                |         |                |
|------------------------------|---------|----------------|---------|----------------|
| Free carnitine               | -----   | 28.986 (1.692) | ---     | 27.549 (1.167) |
| Acetylcarnitine (C2)         | -----   | 17.899 (1.237) | ---     | 18.061 (1.003) |
| Propionylcarnitine (C3)      | -----   | 0.257 (0.019)  | ---     | 0.245 (0.013)  |
| Butyrylcarnitine (C4)        | -----   | 0.523 (0.025)  | ---     | 0.543 (0.027)  |
| Myristoylcarnitine (C14)     | ----    | 0.024 (0.002)  | ----    | 0.022 (0.002)  |
| Myristoleylcarnitine (C14:1) | - - - - | 0.043 (0.005)  | - - - - | 0.041 (0.006)  |
| Oleylcarnitine (C18:1)       | -----   | 0.140 (0.008)  | ----    | 0.135 (0.017)  |
| Total carnitine esters       | -----   | 20.649 (1.316) | ---     | 20.794 (1.112) |
| Total carnitine              | -----   | 49.635 (2.530) | ---     | 48.344 (1.964) |

**Summary:** Clinically stable children with celiac disease CD did not show biochemical signs of secondary carnitine deficiency in the present study, even if the presence of plasma EMA indicated less than strict adherence to diet.

## 159.

# **AZ ENDOSZKÓPOS ÉS CYTOLÓGUS SZOROS EGYÜTTMŰKÖDÉSE NÖVELI AZ INTRADUCTALIS MINTAVÉTEL ÉRZÉKENYSÉGÉT**

Tarpay Á.<sup>1</sup>, Burai M.<sup>1</sup>, Bak M.<sup>2</sup>, Nagy T.<sup>3</sup>, Pap Á.<sup>1</sup>, Országos Onkológiai Intézet, Budapest, Gastroenterológia/Endoscopia<sup>1</sup>, Cytopathológia<sup>2</sup>, Kemoterápia Osztály<sup>3</sup>,

Az intraductalis mintavétel előnye, hogy korai daganatok esetén is hatékony lehet, mert a korai elváltozás által okozott szűkület az ERCP során pontosan jelzi a mintavétel helyét. Az intraductalis cytológia specificitása 100%, de érzékenysége az irodalmi adatok szerint kisebb.

Újonnan szervezett onkológiai-gastroenterológiai munkacsoportban 4 hónap alatt 13 intraductalis cytológiai vizsgálat történt a kemoterápia indikációjának felállítása céljából. 7 nő és 5 férfi átlag életkora 65 év (49-től 80-ig). A 4 epéuti és 8 pancreas rák előzetes diagnózisát ultrahang, CT és/vagy MR biztosította, két esetben távoli metasztázis is volt. 4 esetben ERCP, 3-ban papillotómia történt, de a betegség cytológiai, vagy histológiai megerősítése elmaradt. Egy esetben a palliatív choledochoduodenostomia során sem sikerült pozitív mintát nyerni.

Az ERCP után epéuti daganatnál papillotómiát végeztünk, majd a szűkült szakaszba cytológiai kefével vezetve azt többször áthúztuk. A pancreasrák gyanúja esetén a papillát 8F-ig megtágtattuk és vezető mellett juttattuk fel a cytológiai kefét az érintett területre. A nyert mintát két üveglemezen széleztettük, tömény metanol oldattal rögzítettük 1-2 percre, majd rutin cytológiai eljárással vizsgáltuk. A cytológiai vizsgálathoz mellékelünk az ERCP leletét és személyes konzultációval is hozzájárultunk a diagnózis pontosságához.

A megfelelő helyről vett intraductalis cytológiai mintavétel minden betegben pozitív eredményt adott. Egy betegben a pozitív epéuti cytológia mellett a pancreas vezetékéből vett minta negatív kontrollként szolgált. Az ERCP és intraductalis kefecytológia szövődésménymentesen történt kivéve az egy betegben kiváltott késői pancreatitist, amely az irodalmi adatok alapján kipróbált 15-20-szori mintavétel után következett be a preventív nasopancreaticus drain eltávolítása után 5 nap múlva.

Az intraductalis cytológia 100%-os érzékenységgel és specificitással végezhető, ha ERCP-ben és cytológiában jártas endoszkóposok és cytopatológusok az egymást kiegészítő morfológiai eljárásokra támaszkodva szorosan együttműködnek.

## 161.

# **AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENS SZEREPE AZ DIAGNOSZTIKUS NONINVAZÍV ÉS INVAZÍV ENDOSONOGRAPHIÁS VIZSGÁLATOK VÉGZÉSÉBEN**

Tátrai Tamás E., Ádám T., Kürthy K., Kalmárné Kubinyi., Takács R., Erőss B., Hamvas J. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gastroenterológia,

**Bevezető:** Osztályunkon 2007 júliusa óta van lehetőségünk endoscopos ultrahang vizsgálatokat. 2008 február végéig összesen 77 endoscopos ultrahang vizsgálatot végeztünk el.

**Módszerek:** Noninvaszív radiális ultrahang vizsgálatot leggyakrabban polypus és tumor mélységi terjedése, gyomor lymphoma kezelés utáni staging, submucosus és extralumináris képletek azonosítása, pancreas vizsgálata céljából végeztünk. Radiális ultrahang vizsgálat 51 betegnél történt. 43 esetben a felső, 7 esetben az alsó tápcsatorna vizsgálatát végeztük el. Radiális ultrahang vizsgálat esetén egy asszisztens szükséges. Feladata a vizsgálat előtt a beteg pszichés felkészítése, előkészítése, a szükséges eszközök, gyógyszerek előkészítése, az endoscop és ultrahang készülék csatlakoztatása, betegadatok rögzítése, a gumiballon felhelyezése, épségének ellenőrzése, légtelenítése. Vizsgálat közben az endoscop pozícionálása, vizsgálatot követően a premedikált beteg megfigyelése, segítése.

Invaszív beavatkozásra 26 esetben került sor. Lineáris endoscoppal végzett vizsgálathoz 2 asszisztens szükséges. A vizsgálatot megelőző rutin feladatok után a szükséges aspirációs tű, tárgylemez, fixáló előkészítése. A második asszisztens segédkezik a tű bevezetésében, a speciális fecskendővel történő aspirációban, valamint az anyag tárgylemezre juttatásában és kenet elkészítésében. 22 esetben csak aspirációs mintavétel történt, 4 esetben cysta leszívás, endoscopos cysta szájaztatás is történt. Ezek a speciális beavatkozások (endoscopos szájaztatás, drain behelyezés) további speciális feladatot jelentenek, melyeket már a vizsgálati előkészítésnél figyelembe veszünk. Invaszív vizsgálat esetén a betegeket 1 napos megfigyelésre felvesszük.

**Összefoglalás:** A diagnosztikus noninvaszív és invazív endoscopos ultrahang vizsgálatok során az asszisztensi feladatok is bővültek, az orvos és asszisztens team munkájában az asszisztensre több felelősségteljes feladat hárul. Különösen igaz ez az invazív vizsgálatokra, melyek közben több, korábban nem ismert ill. nem végzett, megoldandó feladattal is szembesülünk.

## 160.

# **ENDOSCOPOS ULTRAHANG SZEREPE A GYOMOR CARCINOID DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**

Tatai O., Takács R., Erőss B., Hamvas J., Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat Gastroenterológia Budapest,

**Bevezetés:** A carcinoid tumorok ritka nehezen diagnosztizálható daganatok, a diagnózis felállítása a lokalizáción, klinikai, biokémiai, és hisztológiai eredményeken alapul. A vizsgáló módszerek fejlődésével a carcinoid daganatok felismerése szaporodott, azonban jelentős részüket a betegség előrehaladott stádiumában kerül felismerésre. Irodalmi adatok alapján a sporadikus gyomorcarcinoidok döntő többsége A típusú krónikus atrophias gastritissel, illetve az esetek jelentős részében anaemia perniciosisával társul. Esetismertetésünk során két, endoscopos UH és hisztopathológiai módszerrel diagnosztizált gyomorcarcinoidot mutatunk be. M.T. 75 éves hypertonia, ISZB, pitvarfibrilláció miatt kezelt beteget 2007. augusztusában kezeltük osztályunkon melaena, transzfúziót igénylő anaemia miatt. Hasi UH terimét jelzett. Ismételt gastroscopos vizsgálata erős gastritis mellett subcardialis 35 mm-s submucosus tumor mutatott, mely a tervezett invazív endoscopos vizsgálat idején már kifehélyesedett. EUS FNAB és a kifehélyesedés miatt felszíni biopsziás mintavétel is történt, mely ismételt carcinoid tumort igazolt. Hasi CT vizsgálat az elváltozás lokális, és nyirokcsomó propagációját igazolta, a diagnózis felállítását kemoterápia követte.

L.I. 82 éves betegünk anamnesisében hypertonia, generalizált atherosclerosis szerepel. 2007 szeptemberében macrocyter anaemia miatt vizsgáltuk, gasztroszkopos vizsgálata során krónikus atrophias gastritist és polypoid laesiót találtunk. Hisztológia somatostatin receptor negatív carcinoid tumort igazolt. EUS vizsgálata során 3 polypoid képletet mutatott, melyből 2 hisztológiai vizsgálata igazolta a leírt carcinoid jelenlétét. Az elváltozások a gyomorfalat nem lépték át, ezért részleges mucossectomia, és Argon plazma coaguláció történt. Hasi CT negatív eredményt adott. A beteget kontroll vizsgálatokra visszarendeltük.

**Összefoglalás:** A gyomor carcinoid daganatainak differenciáldiagnosztikájában az endoscopos ultrahang (EUS) használata hasznos lehet. Pontos lokalizáció lehetővé téve fontos szerepet játszhat a terápiás lehetőségek megválasztásában

## 162.

# **THE ROLE OF PATHOLOGISTS IN REGIONAL GASTROINTESTINAL POLYP REGISTER OF SOUTH-HUNGARY**

Tislavicz L., Máté A., Paluska M., Németh I., Sükösd F., Ormos J., Mikó T., Department of Pathology University of Szeged,

**Background:** The raising incidence of gastrointestinal polyps necessitates the introduction of appropriate surveillance system as well as standardized histopathological examination all over the world including in Hungary. Therefore, our aim was to obtain regional epidemiological data about gastrointestinal polyps, to evaluate the efficiency of classical and immunohistochemical methods in the diagnosis of polyps.

**Materials and methods:** From 2007, histopathological data of consecutive polypectomies and polyp-biopsies were recorded in standardized histopathological report available for further computer processing of the findings. Classical histological (HE and PAS-AB stains) and widespread immunohistochemical methods (p53, MLH1, MSH2, MLH6, COX-2, MGMT, APC, beta-catenin, BRCA) were used. Dysplasia was graded according to modified Vienna classification. Results: In this prospective study, 270 patients were recorded until december 2007. The male/female ratio was equal with a median age of 64 (33-88 ys.). At the hindgut, 60 and 20% of polyps were localised in rectosigmoidal or other parts of colon, respectively. Foregut polyps (20%) were mainly found in the stomach. Non-neoplastic hyperplastic and fundic gland polyps accounted for 20% and 10%, respectively. Serrated polyps were identified in 5% of cases. The rest of the cases (65%) proved to be adenomatous polyps, from which 30% showed high grade dysplasia. At 35 patients multiple polyposis was found with 3 familiar polyposis cases. In 8 previously treated colorectal adenocarcinoma cases adenomatous polyps were identified during the tertiary prevention.

**Conclusions:** It is essential to use the same language between clinicians and pathologists. Therefore, precise identification and subtyping of colorectal polyps together with standardized pathomorphological examination decrease the interobserver variabilities. Moreover, detailed computerized histopathological assessment can significantly contribute not only to obtain epidemiological data but to get an inside view into genesis of gastrointestinal polyps, early and advanced cancers.

## 163.

## N-3 TARTALMÚ LIPID EMULZIÓ BIZTONSÁGOSSÁGA KORASZÜLÖTTEK PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSÁBAN

Tomsits E.,<sup>1</sup> Fekete Gy.,<sup>1</sup> Pataki M.,<sup>2</sup> Tölgyesi A.,<sup>2</sup> Rischák K.,<sup>3</sup> Szollár L.,<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem II.sz Gyermekklinika<sup>1</sup>, Semmelweis Egyetem I.sz Gyermekklinika<sup>2</sup>, Semmelweis Egyetem Kórélettani Intézet<sup>3</sup>,

A kis súlyú koraszülöttek, különösen a beteg koraszülöttek perinatális részleges vagy teljes parenterális táplálása a túlélésük feltétele.

A lipid oldatok magas energiataralmuk, isoosmoláris voltuk és esszenciális zsírsav tartalmuk miatt nélkülözhetetlenek.

A széleskorban alkalmazott főként hosszúszerűnláncú tartalom mellett a koraszülöttek élettani adottságai miatt, gyors energia felhasználást biztosító MCT és n-3 tartalmú hosszúszerűnláncú új, keverék zsíremulziót SMOF (20%-t) hasonlítottunk össze klinikai vizsgálatban Intralipid 20% oldattal.

60 koraszülöttet (három súlycsoportban 1000-1490 g, 1500-1990 g, 2000-2500 g), akiknél várhatóan 7 napnál hosszabb ideig igényelnek olyan parenterális táplálást, mely mellett az enterális táplálásból származó energia bevétele nem haladja meg a napi összenergiabevitel 20%-át.

A plazma Se triglicerid szintben és a mellékhatások számában nem tapasztaltunk különbséget egyetlen vizsgálat csoportban sem. Nem mutatott különbséget a hematológiai paraméterek alakulása sem.

A májfunctio értékek közül SMOF alkalmazása után a GGT szignifikánsan kevésbé emelkedett. (SMOF: 116±18 IU/L, IL: 202±26 IU/L). Míg a vörösvértestek n-6 zsírsavak koncentrációja a kezelés végén az IL csoportban volt 270±52, addig a SMOF csoportban (105±38) umol/L volt. Az n-3 zsírsavak koncentrációja a SMOF csoportban volt magasabb (7±3.1 umol/L) addig az IL csoportban az n-6 alfa-linolensav 5 umol/L volt magasabb. Az oxidatív stressz fokozódása (plazma TBARS) nem változott, vélhetően a SMOF magasabb alfa-tocopherol tartalma miatt kialakuló magasabb plazma koncentráció következtében. (SMOF: 40±12 umol/L, IL 20 ±4.2 umol/L).

SMOF keverék oldat biztonságosan adható koraszülötteknek és kedvezően befolyásolhatja a kezelést követő cholestasist és a vörösvérsejtek n-3/n-6 zsírsav arányát az oxidatív stressz fokozódása nélkül.

## 165.

## A PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITIS PATHOGENESISÉBEN A HAPTOGLOBIN POLYMORPHISMUSNAK SZEREPE LEHET

Tornai L.,<sup>1</sup> Orosz P.,<sup>2</sup> Pár A.,<sup>3</sup> Szalay F.,<sup>4</sup> Veress G.,<sup>5</sup> Weisz G.,<sup>6</sup> Hársfalvi J.,<sup>7</sup> Magyar Autoimmun Májbetegség Vizsgáló Csoport,<sup>1</sup> DEOEC II. Belklinika Debrecen<sup>1</sup>, BAZ-megyei Kórház, II. Belosztály, Miskolc<sup>2</sup>, POTE I. Belklinika, Pécs<sup>3</sup>, SOTE I. Belklinika<sup>4</sup>, SOTE I. Gyermekklinika<sup>5</sup>, Kenézy Gyula Kórház, Fertőző osztály, Debrecen<sup>6</sup>, DEOEC, Klinikai Kutató Központ, Debrecen<sup>7</sup>,

**Bevezetés:** A haptoglobin (Hp) egy haemkötő glycoprotein, melynek antioxidáns, scavenger és immunmoduláns szerepe van. Három fő geno- és fenotípusa van (Hp 1-1, 2-1 és 2-2), melyek szerkezetükben és működésükben, alapvetően különböznek egymástól. Korábbi vizsgálatokban a Hp polymorphismus és egyes gyulladásos betegségek kórelőfordulása között kapcsolatot tudtak kimutatni.

**Célkitűzés:** A Hp polymorphismus vizsgálata autoimmun májbetegségeknél. Betegek és módszerek: Több hazai centrum együtműködésével összegyűjtöttünk 72 primer sclerotizáló cholangitis (PSC), 157 primer biliaris cirrhosis (PBC) és 48 autoimmun hepatitis (AIH) beteget. A kontroll csoportba 384 egészséges önkéntes, 153 alkoholos cirrhosis, 155 krónikus C vírus hepatitis és 45 krónikus B vírus hepatitis beteg került. A Hp polymorphismust szérumból SDS-polyacrylamid gél electrophoresissal és immunoblottal határoztuk meg, mely egyértelműen azonosítja a genotípust is.

**Eredmények:** Az egészséges kontrollokban a Hp 1-1, 2-1 ill. 2-2 genotípusok megoszlási aránya 11,5, 46,1 és 42,4 % volt. Az alkoholos és a két vírus hepatitis csoport Hp polymorphismus megoszlása ettől nem különbözött szignifikánsan. A PSC-ben (ffi/nő: 52/20, életkor: 31±14 év), a Hp 1-1 genotípus teljes hiánya volt megfigyelhető: Hp 2-1: 50%, Hp2-2: 50% (p: 0,0007). Az AIH (ffi/nő: 13/35, életkor: 43±15) esetén viszont a Hp 1-1 genotípus előfordulása tendenciaszerűen gyakoribb volt a kontrollhoz képest (20,8 vs. 11,5 %). A PBC esetén nem találtunk különbséget a genotípusok megoszlási arányában.

**Következtetés:** Vizsgálataink szerint a PSC az első olyan betegség, melyben jelentősebb betegszám alapján a Hp 1-1 genotípus teljes hiánya észlelhető. Azt feltételezzük, hogy a Hp 1-1 genotípus a PSC-vel szemben komoly védelmet jelent. Az 1-1 genotípus esetleges hajlamosító szerepe AIH-ben viszont még erősen kérdéses. A Hp molekula genotípusai különböző módon modulálhatják az immunreakciókat, ebben az eltérő térszerkezetnek is lehet szerepe. A megfigyelések további, elsősorban immunológiai, vizsgálatokat igényelnek.

## 164.

## CLINICAL OUTCOME OF SIMULTANEOUS ENDOSCOPIC SELF-EXPANDABLE METAL STENT INSERTION FOR PALLIATION MALIGNANT BILIARY AND DUODENAL OBSTRUCTION

Topa L., Pozsár J., Sahin P., Virág Z., Szőnyi M., Tóth L., Szent Imre Hospital, Dept. of Gastroenterology, Budapest

**Background And Study Aims:** Previous studies have shown that self-expandable metal stents / SEMS/ are an effective method for palliation of malignant biliary and duodenal obstruction. Combined biliary and duodenal stenting remains a technical challenge, however. The aim of this study was to evaluate the technical feasibility of an endoscopic approach to double stenting of malignant biliary and duodenal strictures.

**Patients And Methods:** Consecutive patients /pts/ referred for palliative gastroduodenal and biliary stenting were followed up prospectively. The patients received endoscopic biliary stenting with biliary covered Nitinol stents, and endoscopic duodenal stenting using enteral non-covered Wall-stents. Patients demographic characteristics, the site and nature of the strictures, success rate, complications, and survival time were recorded.

**Results:** The last two years 5 patients / 4 females, 1 male / underwent double stenting. The mean age of patients was : 76 years .The duodenal strictures were proximal to the papilla in all pts. The majority of biliary strictures were in the middle or distal third of the bile duct caused by pancreatic head carcinoma in 3 pts, and inoperable gallbladder carcinoma in 2 patient. Duodenal SEMS were successfully deployed in all pts. Two or three days later the combined endoscopic stenting was successful in 100 % of patients. Early complication occurred in one patient – bleeding, not required transfusion-, late complication occurred one patient – biliary stent clogging and cholangitis, treated endoscopically.

Median survival after combined stenting was 106 days.

**Conclusions:** Combined self-expandable metal stenting for simultaneous palliation of malignant biliary and duodenal obstruction may provide a safe and less invasive alternative to surgical palliation with an acceptable clinical outcome. Simultaneous self-expandable metal stents should be considered as a treatment option for patients who are poor candidates for surgery

## 166.

## SEPTIN 9 METHYLATION AS A PLASMA BIOMARKER FOR BLOOD BASED SCREENING OF COLORECTAL CANCER

Tóth K.,<sup>1</sup> Spisák S.,<sup>1</sup> Galamb O.,<sup>2</sup> Sipos F.,<sup>1</sup> Grützmann R.,<sup>3</sup> Schlag P.,<sup>3</sup> Saeger H.,<sup>3</sup> Model F.,<sup>3</sup> Sledziwski A.,<sup>3</sup> Lofton-Day C.,<sup>3</sup> Tulassay Z.,<sup>2</sup> Molnár B.,<sup>2</sup> 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary<sup>1</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Group, Budapest, Hungary<sup>2</sup>, Epigenomics Inc., Seattle, Washington, USA / Berlin, Germany<sup>3</sup>,

**Background:** The colorectal cancer is one of the leading cause of death worldwide. The present screening tests do not have respective specificity and sensitivity; furthermore the compliance is very low. The DNA methylation can take part in the early carcinogenesis. Its detection is possible from both biopsy and peripheral blood samples. The differences between carcinoma and normal samples can be detected with the identification of methylated sequence.

**Aim:** Our aim was to give an overview about septin 9 sensitive methylation marker verification and confirmation from the peripheral blood of colorectal cancer patients.

**Material and Methods:** Plasma samples from 183 healthy, 51 adenoma and 126 colorectal cancer patients were analysed. Free DNA was isolated from the plasma samples and bisulfite conversion was performed. Real-time PCR assay was used for analysis of septin 9 hypermethylation in bisulfite treated DNA samples.

**Results:** Nineteen from the 183 healthy samples (10 %), 73 from the 126 CRC samples (58 %) and 3 from the 17 polyps (>1 cm) (18 %) showed septin 9 hypermethylation. Using a modified method, septin 9 hypermethylation was detected in 90 (72 %) CRC samples. Thus the results showed 72 % sensitivity and 90 % specificity.

**Conclusions:** Blood based detection of gene methylation is possible in neoplastic and preneoplastic diseases. Screening test based on peripheral blood can improve the compliance of the patients, because in the future the development of colorectal cancer can be detected with minimal invasive procedure.

## 167.

## GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG? NEM! INTESTINALIS MALROTATIO! (ESETISMERTETÉS)

Vagyon G.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Mályts E.<sup>2</sup>, Gervain J.<sup>1</sup>, IV. Belgyógyászat - Gasztroenterológia, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár <sup>1</sup>, Szent György Diagnosztikai Centrum, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár <sup>2</sup>,

**Bevezetés:** A veleszületett fejlődési rendellenességek döntő többsége már csecsemő- vagy korai gyermekkorban kimutatásra kerül, ritkán fordul elő, hogy idősebb életkorban okoz differenciáldiagnosztikai problémát. A bemutatásra kerülő esetünkben az évek óta fennálló hasi panaszok mögött felnőttként igazolódott bélmalformatio.

**Esetismertetés:** A 29 éves fiatal férfi anamnézisében gyermekkori asthma bronchialisén kívül egyéb belgyógyászati betegség nem szerepelt. Családi anamnéziséből testvérénél fennálló középsúlyos Chron betegség emelendő ki. 2002-ben visszatérő hasmenéses panaszok miatt gyulladásoos bélbetegség gyanújával került először kivizsgálásra betegünk. Endoszkópos vizsgálat során a terminális ileum nyálkahártyáján látható diszkrét makroszkópos elváltozás, a biopszia aspecifikus gyulladásoos lelete és az orientáló panaszcsopót alapján Chron betegséget véleményeztünk és sulfasalazin terápiát indítottunk. Három éves tünet- és panaszmentes időszak után felfüggesztette a gyógyszereszedést. Ezt követően két év múlva jelentkezték ismételt hasi panaszai, étkezést követő jobb bordaív alatti fájdalom, puffadás, tenezmus. A diagnózis revíziója céljából újabb gasztroenterológiai kivizsgálásra került sor. Hasi UH vizsgálattal a jobb felhasban, a máj bal lebenye alatt jelentős nagyságú, gyulladásoos bélbetegségre gyanús béllonglomerátum ábrázolódott. Tekintettel az aktív gyulladásoos bélbetegséget kizáró negatív laboratóriumi eredményekre, valamint a szintén negatív gastroscopiára és colonoscopiára hasi CT vizsgálat mellett döntöttünk. Ez igazolta a panaszok hátterében fennálló intestinalis malrotatiót, melynek eredményeként a vastagbelek a has középvonalában és a bal oldalon helyezkednek el, míg a duodenum, a jejunum és ileum kacsok a hasüreg jobb felét töltik ki.

**Következtetés:** A laboratóriumi és endoszkópos vizsgálatokkal nem tudtuk tisztázni a beteg panaszainak okát. Ezt az atípusos hasi UH kép alapján indikált CT vizsgálat igazolta. A A \

## 169.

## ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING AND THE ROLE OF NSAID AND ACETYSALICYLATE IN EMERGENCY GASTROSCOPIC EXAMINATION CASES

Varga M.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Szűcs Z.<sup>2</sup>, Soós L.<sup>1</sup>, Szabó M.<sup>1</sup>, Pink T.<sup>1</sup>, 3rd Internal Medicine-Gastroenterology and Hepatology <sup>1</sup>, Surgery <sup>2</sup>,

**Introduction:** NSAID is one of the most widely used drug all over the world. In Hungary mainly NSAID and ASA containing tablets are used, these drugs are available even in petrol stations and the taken quantity can be measured in tons!!!

**Discussion:** They can cause damage in all parts of gastrointestinal tract. In those cases that the regular use of NSAID has been proved 10-30% developed peptic ulcers (mainly stomach ulcers), 30-50% gastric erosion can be showed and life threatening complications is happened in 3 percent of them. In 60% of peptic ulcers caused by NSAID use, first severe complaint was perforation or upper GI bleeding. According to the latest epidemiological results 15000 cases of GI bleeding happens every year in Hungary. Within this group NSAID caused bleeding was 7500/year and the mortality rate is approximately 8-10%.

**Results:** In our endoscopic laboratory from September 2005 to September 2007, 7000 endoscopic examination has been done, this lab is covering an area of 180 000 population. Within this period 134 acute gastroscopic examination was done due to acute upper GI bleeding. 92 cases of bleeding peptic ulcer of stomach, esophageal varicosity bleeding 7, gastric erosion 11, tumor bleeding 7, peptic ulcers without bleeding 6. More than 10% of the bleeding cases were related to NSAID, and 20% to acetylsalicylate which was proven in the case history of these patients, 15% were treated with coumarin. And none of these cases were on PPI therapy. A retrograde analysis was done and the results were compared with international and Hungarian results issued in medical literature.

**Conclusions:** Life threatening bleeding is well known among patients taking NSAID or ASA regularly. Population aging and easily accessible NSAID and ASA derivatives results in increase use of these kind of pain killers which play a role in increasing the risk. In high risk patients our effort should be directed to protect the stomachs far as the patients taking NSAID and ASA. In indicated cases COX2 inhibitor treatment should be given.

## 168.

## DETERMINATION OF PROLIFERATIVE / APOPTOTIC RATIO IN HUMAN COLON CARCINOMA AND PRECURSOR LESIONS BY MULTIPLE FLUORESCENT LABELING USING VIRTUAL MICROSCOPE

Valcz G.<sup>1</sup>, Sipos F.<sup>1</sup>, Krenács T.<sup>3</sup>, Galamb B.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>, Tulassay Z.<sup>2</sup>, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>1</sup>, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Group, Budapest <sup>2</sup>, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest <sup>3</sup>,

**Background:** The imbalance of epithelial apoptosis and proliferation may lead to the development of colon carcinomas. The determination of the proliferative/apoptotic ratio could characterize the different stages of the adenoma-dysplasia-carcinoma sequence (ADCS), which may be useful in the development of automated diagnostics of large number of precancerous lesions by virtual microscope.

**Aims:** The characterization of epithelial proliferative/apoptotic ratio of every stage of the adenoma-dysplasia-carcinoma sequence by multiple fluorescent labeling using digital microscopy.

**Methods:** Tissue MicroArrays (TMA) containing core samples from adenomas with low grade dysplasia (5), adenomas with high grade dysplasia (5), colon adenocarcinomas (5) and healthy colon (5) were done. Apoptosis was fluorescently detected by the TUNEL method, proliferative cells were fluorescently immunolabelled for the Ki-67 antigen. Labeling indices were determined on digital slides and linked to patient data using Mirax TMA Module software. Results were analysed by one-way ANOVA.

**Results:** Although increasing Ki-67 expression and decreasing TUNEL labeling index was found in parallel to the ADCS, the proliferative/apoptotic ratio showed significantly higher elevation in dysplasia and carcinoma than in the adenoma and healthy colon samples (p=0,002).

**Conclusions:** The determination of the proliferative/apoptotic ratio may be useful in the development of virtual microscopy based automated diagnostic algorithms of the ADCS.

## 170.

## EVALUATION OF EXOCRINE PANCREATIC FUNCTION AND ITS POSSIBLE CONSEQUENCES IN PATIENTS WITH NON-PANCREATIC DIABETES

Várkonyi T.<sup>1</sup>, Szabolcs A.<sup>1</sup>, Szidor V.<sup>1</sup>, Szász A.<sup>1</sup>, Börcsök É.<sup>1</sup>, Lengyel C.<sup>1</sup>, Kempler P.<sup>2</sup>, Takács T.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged <sup>1</sup>, 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest <sup>2</sup>,

Although the impairment of pancreatic exocrine function in patients (pts) with non-pancreatic diabetes (DM) is documented, its incidence and consequences are not clearly known.

The aim of our study was to estimate the frequency and consequences of altered pancreatic function in pts with type 1 or 2 DM. Pts and methods: Stool elastase activity of 112 pts with non-pancreatic DM was measured. Pts were divided into two groups with normal or decreased elastase. Autonomic neuropathy (AN), peripheral sensory function, retinopathy, HbA1c, BMI, microalbumin excretion (MAU) were measured, the quality of life (QoL) was assessed by an EORTC QLQ-C30 questionnaire.

**Results:** 29% of the pts had an affected exocrine pancreatic function. The duration, age, BMI, HbA1c, MAU and retinopathy did not differ significantly between the groups: (duration: 16.2±2.7 vs 16.3±3.6 years, p=0.98; age: 58.7±2.6 vs 60.3±4.3 years, p=0.74; BMI: 27.4±1.98 vs 30.5±1.27, kg/m<sup>2</sup> p=0.08; HbA1c: 8.25±0.34 vs 8.98±0.2 % p=0.17; MAU: 20 vs 16 % p=0.98, retinopathy: 50 vs 48 %; p=0.93 decreased vs normal elastase group). The 30/15 ratio was lower in pts with impaired elastase (0.98±0.01 vs 1.03±0.02, p=0.04), but changes in the overall AN scores were not significant (AN score: 4.35±0.75 vs 3.9±0.38, p=0.50). The threshold of perception of both limbs showed a non-significant tendency to increase in pts with low elastase (n. medianus 2000 Hz: 3.07±0.6 vs 2.49±0.55 mA, p=0.64, 250 Hz: 2.26±0.6 vs 0.96±0.2 mA p=0.16, 5 Hz: 1.68±0.63 vs 0.66±0.2 mA p=0.42, n. peroneus: 2000 Hz: 5.10±0.76 vs 3.61±0.87 mA p=0.24, 250 Hz: 3.91±0.81 vs 2.1±0.78 mA p=0.26, 5 Hz: 2.82±0.8 vs 1.85±0.75 mA p=0.42). QoL scores were not significantly different between the groups.

**Conclusion:** Decreased stool pancreatic elastase activity can be measured in almost one third of the DM pts, and it might be related to a neuronal dysfunction. Prospective trials with a higher number of pts and the investigation of the effect of enzyme substitution are needed to clarify the clinical role of exocrine pancreas function in non-pancreatic DM.

## 171.

# LEVEL OF KNOWLEDGE AMONG PATIENTS TREATED WITH ACENOCUMAROL IN RESPECT OF ADVERSE EFFECTS AND INTERACTIONS

Várnai R., Végh M., Nagy L., 3<sup>rd</sup> Department of Internal Medicine and Family Medicine Institute, University of Pécs Medical Faculty, Pécs, Hungary

**Introduction:** Hospitalization attributable to bleeding was in 13% associated with adverse effects of acenocumarol treatment at our Internal Medicine Department. Presumably patients are inadequately informed regarding circumstances of administration and the side effects moreover the interactions attributable to the acenocumarol medication.

**Aims:** To assess the level of knowledge regarding acenocumarol treatment among patients in respect for adverse effects, interactions with medication and nutrition, moreover in association with requirements of follow-up.

**Methods:** Questionnaire consisting of 66 questions, completed in offices of family doctors (77 patient), and during consultations in the 3rd Internal Medicine Department (80 patient).

**Results:** 157 patients were involved (71 male and 86 female), age 65.7 years  $\pm$  12.1. 80% of the patients heard about any acenocumarol side effect, and the following were known: blood in stool: 32%, long bleeding of injuries: 40.5%, haematuria: 31%, nasal bleeding: 40%, bleeding of palate: 28%, bloodshot: 56%. 47% experienced side effects of the acenocumarol treatment by him/herself. Only 28% knew that the composition of daily nutrition should be balanced in favour of consistent anticoagulant effect. The interaction between acenocumarol and aspirin was known by 25%, analgesics 24% and vitamin-K 19%.

**Conclusion:** The level of knowledge among patients regarding the circumstances of acenocumarol treatment is insufficient. Further patient-education is required to prevent the occurrence of adverse events by means of editing plain handouts and organizing trainings for patient-groups in the praxis of family physicians.

## 173.

# FIRST YEAR (2007) ANALYSIS OF THE HUNGARIAN PEDIATRIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASE REGISTRY (HUPIR)

Veres G., Hungarian Pediatric IBD Registry Group, 1st Dept. of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest

**Background, aims:** On behalf of the of Hungarian Pediatric Gastroenterology Society prospective registry of pediatric inflammatory bowel disease (IBD) was launched from the 1st of January 2007 with the cooperation of 27 institutes ensuring the coverage of the whole country. The survey data has been forwarded online to the center of the European Pediatric IBD Registry (Rotterdam). So far the incidence of IBD in Hungary is unknown.

**Methods:** The participating institutes are requested to fill out questionnaire (78 parameters) about every newly diagnosed IBD patients younger than 18 years. The questionnaire is about epidemiological and antropometrical data, main symptoms, diagnostic procedures (endoscopy, CT, MRI), and the detailed results of histological and imaging procedures. Results: During the first year of HUPIR 131 newly diagnosed cases of IBD were prospectively identified: 78 cases of CD, 44 cases of UC and 9 cases of indeterminate colitis. As a result the annual incidence of childhood IBD was 6,55 cases per 100.000 in 2007, with the incidence of CD being 3,9 cases per 100.000 per year, the incidence of UC 2,2 cases per 100.000 per year and the incidence of indeterminate colitis 0,55 cases per 100.000 per year. The mean age at diagnosis for all the 131 cases was 13,05 (range: 1,5-18 year), nevertheless, 3% of patients (4/131) were younger than 5 years. Positive family history of IBD was registered in 8,4% of patients and 9% of patients with CD were reported to have a fistula. Ileoscopy rate was only 51%, technical problem was the most common reason for the lack of ileal intubation. Oesophagogastroduodenoscopy was performed in 50% of all cases.

**Conclusions:** The incidences reported in the first year of HUPIR are similar to the European and North American data. The dominance of CD proved to be also consistent with other studies. Almost 10% of the patients with CD had fistula. Ileal intubation and oesophagogastroduodenoscopy were performed in the half of the cases, and this rate should be improved in the future.

## 172.

# INCIDENCE AND HISTOLOGICAL DISTRIBUTION OF MALIGNANT NEOPLASM OF OESOPHAGUS AND GASTROESOPHAGEAL JUNCTION IN OUR ENDOSCOPIC MATERIALS OF THE PAST AND TODAY

Vén L., Ágoston L., Rác F., Szegedi J., 1st Department of Medicine, Jósa András County Hospital, Nyíregyháza

**Introduction and objective:** In Europe 5.9% of the malignant oesophageal neoplasm is oesophageal tumour. Based on data from 2003 in Hungary there were 829 new cases as well as 709 deaths due to this disease. In recent decades Western European and US data have shown significant increase in the ration of adenocarcinomas (ACC) with exceeding that of squamous cell carcinomas (SCC) in some areas. As there are only a few assessments available in Hungary our objective was to evaluate the changes in the number and histological distribution of oesophageal cancers in our own material over the past two decades.

**Patients and method:** Data from patients with oesophageal cancer diagnosed by upper panendoscopy performed between 1986-1990, and between 2002-2006 were analyzed, and the results were evaluated in a retrospective manner. To ensure univocal rating tumours derived from the area of gastroesophageal junction were assigned into a separate group. Data from a total of 290 patients (245 males/45 females, ratio of genders approx. 5:1) were evaluated (102 patients between 1986-1990, and 188 patients between 2002-2006). The mean age at the time of diagnosis is 60.6 years (61.36 vs. 59.9 years).

**Results:** In the first study period 67 SCCs (87%) and 5 ACCs (6%) were confirmed in the oesophageal cancer group, between 2002-2006 142 SCCs (93%) and 7 ACCs (4%) were found. In the 25 patients with cardia tumour diagnosed between 1986-1990 (24% of all tumours) the tumour was shown to be ACC. Between 2002-2006 in 36 cardia tumour patients (19%) 91% was shown to be ACC by histology. The cumulative incidence of ACCs was 29% vs. 21% in the two study periods.

**Conclusion:** In the group with oesophageal cancer the ratio of adenocarcinomas showed moderate decrease comparing the studied periods similarly to adenocarcinomas derived from the gastroesophageal junction that was contrary to our expectations. Our data indicate that unlike the changes observed in Western Europe and North-America in our region the ratio of oesophageal adenocarcinomas remained at a low level.

## 174.

# VASTAGBÉL DAGANATOK SIKERES SEBÉSZI KEZELÉSÉNEK KORLÁTAI

Vilhelm R.<sup>1</sup>, Éles Z.<sup>2</sup>, Horváth K.<sup>3</sup>, Forgács A.<sup>1</sup>, Jahn Ferenc, Dél-pesti Kórház, Sebészeti Osztály<sup>1</sup>, Gasztroenterológiai Osztály<sup>2</sup>, Radiológiai Osztály<sup>3</sup>,

Osztályunkon 2004-2006 között 300 esetben végeztünk sebészi beavatkozást vastagbél daganatos megbetegedés miatt. Betegeink fele férfi fele nő, átlagéletkoruk a műtét időpontjában 68,9 év volt. Az esetek kórházi felvételére közel 50%-ban sürgősséggel, mechanikus bélelzáródás tünetei miatt került sor. Amennyiben a betegek állapota lehetővé tette, kerültük az akut sebészi kezelést, és igyekeztünk halasztott műtéti megoldást választani. Összes operált esetünk 25%-ban került sor a felvételt követően azonnali műtét végzésére. A 300 operált esetből 87 (29%) alkalommal csak palliatív megoldásra adódott lehetőség. Közülük 56 definitív stoma, 23 megkerülő belső anasztomózis, 8 exploratív laparotomia volt.

Reszekciós műtéteink megoszlását táblázatban foglaljuk össze:

Haemicolectomia d. 53

Haemicolectomia s. 17

Szegment reszekció 45

Sigma-rectum reszekció 74

Subtot. colectomia 2

Res. recti abddomino-perinealis 20

Enterotomia-kimetszés 2

Tapasztalataink igazolják azt az ismeretesen kedvezőtlen tényt, hogy a hazai gyakorlatban a vastagbél daganatos betegek későn kerülnek orvoshoz, és anyagunkban 50%-ban bélelzáródás tüneteivel. Gyakorlatunkban az eredményes kezelést jelentősen befolyásolja a viszonylagosan magas átlagéletkor, és betegeink rossz általános és tápláltsági állapota. E két utóbbi tényező jelentősen hat a gyógyulási esélyekre.

Betegeink valamivel több, mint kétharmadában volt mód radikális sebészi megoldásra, illetve palliatív kezelés esetén kevesebb, mint 20%-ban kényszerültünk végleges stoma képzésére. Az életminőséget tekintve ez nem elhanyagolható szempont. Tapasztalatainkkal a gondozás, a szűrés, valamint a beteg compliance jelentőségére kívánjuk felhívni a figyelmet.

## 175.

## REAL LIFE EXPERIENCE IS LESS FAVORABLE THAN EXPECTED IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C

Vincze Á.<sup>2</sup>, Hunyady B.<sup>3</sup>, Koutoubi Z.<sup>1</sup>, Chebli A.<sup>1</sup>, Taha M.<sup>1</sup>, Department of Medicine, Tawam Hospital – Johns Hopkins Medicine, Al Ain, UAE <sup>1</sup>, First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary <sup>2</sup>, Kaposi Mór Teaching Hosp. Kaposvár<sup>3</sup>

**Background/Aims:** Chronic hepatitis C virus (HCV) infection is a major public health concern in the Middle East and about 2% of the population is infected with HCV in the United Arab Emirates (UAE). Current treatment with pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) is available since 2001. The aim of this study was to monitor the efficacy of the treatment in Tawam Hospital, UAE.

**Methods:** We followed all of our patients who received PEG-IFN and RBV therapy between 2001 and 2007 and collected their treatment related data in a prospective manner. We monitored 158 treatment periods in 80 male and 72 female patients, 25 of them (16%) had Child A cirrhosis. PEG-IFN monotherapy was given in 11 cases due to contraindications of RBV. Genotype 4 (53%) and genotype 1 (29%) were the two dominant genotypes, while 7% of the cases were non typeable in the treated patients. Ninety five patients (63%) were naïve for PEG-IFN.

**Results:** Twenty patients (13%) stopped their antiviral therapy or did not return for follow up, all other patients were compliant. Sustained virological response (SVR) was achieved in 56 patients (41%) and the response rate was similar in the cirrhotic subgroup (10 out of 25, 40%). The SVR was 25% in the genotype 1, 38% in the genotype 4, 75% in the genotype 2/3 subgroups. SVR was observed only in 10 of 56 patients (18%) who were treated with pegylated interferon in the past compared to 44% (42 of 95 patients) in the naïve group. There was no difference in the frequency of dose modification of the medications in the responder and the non-responder groups, while the monotherapy with PEG-IFN was not successful in 10 of 11 cases.

**Conclusions:** The genotype 2/3 and 4 patients were responding to the PEG-IFN plus RBV therapy better than patients with genotype 1 HCV infection. Patients with HCV related compensated liver cirrhosis were responding to the antiviral therapy similarly to patients with chronic active hepatitis. The SVRs were significantly less in both genotype 1 and genotype 4 subgroups compared to earlier clinical trials.

## 177.

## THE ROLE OF CENTRAL ENDOGENOUS OPIOID SYSTEM IN THE REGULATION OF GASTRIC MUCOSAL INTEGRITY

Zádori Z., Shujaa N., Rónai A., Gyires K., Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University,

**Background:** The entire pathogenesis of peptic ulcers has not been clarified yet. Besides the essential role of hydrochloric acid and pepsin impairment of mucosal defensive factors also plays an important role in the development of ulcer disease. Augmentation of mucosal resistance can be induced through both peripheral and central mechanisms. Several neuropeptides, e.g. TRH or amylin have been demonstrated to induce gastroprotection after central administration. Our previous results indicated that activation of central  $\alpha$ 2-adrenoceptors induces gastroprotective effect and opioid component (namely  $\beta$ -endorphin) was involved in this mechanism. Moreover, different opioid peptides significantly inhibited the formation of ethanol-induced lesions.

**Aims:** We investigated the gastroprotective effect of further endogenous peptides and their interaction with central opioid system.

**Methods:** After 24 h starvation male Wistar rats were given acidified ethanol orally. Gastric lesions were evaluated 1 hour later. The compounds were given intracerebroventricularly (icv.)

**Results:** 1. Both endomorphin-1 and -2 induced more than 50% inhibition of ethanol-induced mucosal damage at the dose of 100 pmol icv. Inhibition of the degradation of endomorphins by diprotin-A (1  $\mu$ mol/rat icv.) (an inhibitor of dipeptidyl aminopeptidase IV) also resulted in gastroprotection, which effect was antagonized by naloxone (27.5 nmol/rat icv.). 2. Endogenous, non-selective cannabinoid receptor agonist anandamide (3-115 nmol/rat icv.) and its stable analogue methanandamide (2.7-27 nmol/rat icv.) significantly inhibited the formation of mucosal lesions. The effect was antagonized by CB1 receptor antagonist SR 141716A (2 nmol/rat icv.) as well as by naloxone. 3. Both nociceptin and nocistatin (1 nmol/rat icv.) exerted gastroprotective effect in a naloxone-sensitive manner.

**Conclusions:** The endogenous opioid system – besides its numerous regulatory functions – may also play a role in the maintenance of gastric mucosal integrity.

The work was supported by grants ETT 529/2006 and NKTH (Szentágothai Knowledge Centre).

## 176.

## NYELŐCSŐ POLYP ELTÁVOLÍTÁSA GUMIGYŰRŰ LIGATURA SEGÍTSÉGÉVEL

Vincze L., Földiné Kiss G., Lakó K., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Endoszkópos Labor

Az endoszkópos polypectomia a nyelőcsőben több okból is nehézségeket okozhat a vizsgálónak. Az egyik technikai jellegű, szűk helyen, kis lumenben kell dolgozni, és az eszköz irányítása, főleg az alsó sphincter felett komoly gondokat okozhat.

A másik fontos kérdés, hogy megfelelő-e a polypectomia javallata.

Előadásunkban egy 1.5 cm-es, vérzékeny, hyperplasticus polyp gumigyűrű ligatura segítségével történt eltávolítását mutatjuk be, kiemelve a technikai nehézségeket.

## 178.

## KAPSZULÁS RENDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Jánoki M., Rácz I., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház I. Belgy. Gastroenterológia

A vékonybél betegségeinek non-invazív diagnosztikáját új alapokra helyező M2A kapszulás endoszkópos rendszert a GIVEN Imaging fejlesztette ki. A technikai fejlődés előrehaladásával jelenleg többféle rendszer is létezik. Osztályunkon lehetőségünk adódott azonos időszakban kétféle kapszulás endoszkópos rendszer használatára. A szerző a prezentáción belül a vizsgálat technikai részleteit, a két rendszer azonosságát, eltéréseit mutatja be.

## 179.

### A GASTROINTESZTINÁLIS RENDSZERBEN TŰNETEKET OKOZÓ B-SEJTES LIMFÓMA

Hamvas J. Bajcsy Zsilinszky Kórház Budapest

A lymphoma rejtőzködő betegség. Mo-n évente mintegy 1000 új megbetegedést fedeznek fel. Krónikus lefolyású, tünetei nem látványosak:különböző lokalizációjú lymphadenomegalia, status febris (FUO?!) éjszakai izzadás, fogyás, fáradékonyság, étvágytalanság.

A primer gastrointesztinális lymphoma előfordulása ritka, a GI tumorok 1-4 % át teszi ki, az összes lymphoma 4-15%-át, de a gastricus megjelenés a leggyakoribb extranodális forma. Helicobacter pylori infectio, immunsuppressio szervtransplantatio, celiakia, IBD, és HIV infectio a lehetséges rizikó factorok. Bár a gyakoribb low-grade histológiájú MALT-nál jóval ritkább a B-, vagy a nagy raritású T-sejtes (enteropathiás) típus, a GI progresszio gyakran diagnostikus. Az általános és endoscopos tünetek nem specifikusak (erosio, ulcus, polypoid lézió) mégis az esetek ¾ részében felállítható a dignózis. A korai elváltozások felfedezése és differenciálása a hyperplastikus reaktív lézióktól sokszor több okból nehéz (kevés minta, súlyos hyperplasia, éretlen forma) de elengedhetetlen.

Reprezentativ eseteinkben a biopsia mellett az EUS diagnosztikus értékét is bemutatjuk, staging, követés, localis, és lgl. progresszió tekintetében. A klinikai kép, és a betegség lefolyása kifejezett heterogenitása korai indolens lymphoma transformációja következtében lehetséges. A prognostika ellentmondásos, a tumor pontos és komplett behatárolása eredményezheti az optimális kezelés meghatározását. Terápia: 8 ciklus Rituximab (MabThera™) alapú CHOP kombinációs kezelés az alapvető, standard terápia a CD20+ Diffúz nagy B sejtis limfómában, a legjobb esélyeket biztosítva a betegek gyógyulására.

**Összefoglalás:** A „B” sejtis lymphoma GI előfordulása nem gyakori, de gondolni kell a lehetőségére nem specifikus endoscopos kép esetén, mert esetenként első megjelenési forma. Az elegendő biopsiás minta megfelelő értékelése, és az EUS használata segíthet az optimális terápia megtervezésében.

## 181.

### EXTRÉM KISFREKVENCIÁS, SZÉLES SÁVÚ, PULZÁLÓ ELEKTROMÁGNESES MEZŐ TERÁPIÁS ALKALMAZÁSA, EXTREMELY LOW, WIDE FREQUENCY RANGE PULSED ELECTROMAGNETIC FIELDS FOR THERAPEUTICAL USE

Kafka W.,<sup>1</sup> Beck J.,<sup>2</sup>

Emphyspace, DE <sup>1</sup>, BEMER Medicintechnika Kft <sup>2</sup>,

A szerves életet felfoghatjuk a a struktúrákat meghatározó építőkövek tér-és időbeli egymásra hatásaként, azaz az atomok,ionok és molekulák kölcsönhatásaként. A biokémiai interakciók- anyagcsere-reakciók- felelősek életünk működéséért, szervezéséért és fenntartásáért. Mihelyt azonban ebben a bonyolult összjátékban zavarok keletkeznek, amelyeket a természetes szabályzó folyamatok már nem képesek kompenzálni, megbetegszünk.

Gyakorlatilag tisztában vagyunk a szervezeten belüli molekuláris folyamatok mechanizmusaival. Tudjuk, hogy a molekulákhoz tartozó elektronok sűrűségeloszlása határozza meg a működést és a működési zavarokat. Az elektromágneses hatások a molekuláris építőelemek kölcsönhatásáért felelős elektronikus konfigurációkra hatnak. Az aktivizálás, hasonlóan az enzimek vagy katalizátorok hatásaihoz, a reaktív molekulák számának növeléséhez, tehát a reakció-lehetőségek növekedéséhez vezetnek. Ezáltal természetes mechanizmusok segítségével befolyásolják a túl nagy vagy a kis koncentrációban jelenlévő anyag hatását, amelynek következtében akár az igényelt gyógyszer mennyiség is csökkenthetővé válhat.

A fizikai törvényszerűségek alapján történő aktivizálások hatékonysága nagymértékben függ a töltések nagyságától, az abban résztvevő tömegek mozgásától és mozgékonyaságától, ezzel együtt pedig a beható elektromágneses mező intenzitásának időbeli menetétől. A korábbi, mágneses mezőn al.apuló terápiás eljárások vagy a statikus, vagy a szinusz-, trapéz-, illetve fűrészfog formájú pulzáló mezők alkalmazását jelentették. A fent említett törvényszerűségek szerinti igény, vagyis a fiziológiás rendszer molekuláris adottságaira hangolódó impulzus formát ekkor még nem dolgozták ki.

1998-ban kifejlesztésre került a különböző molekularendszereket a leghatékonyabban aktivizáló, azaz a bio-elektromágneses energia regulációra irányuló speciális jel (BEMER), amelynél minden egyes impulzus az ingerlési lehetőségek széles spektrumát tartalmazza.

## 180.

### BIOELEKTROMÁGNESES REGULÁCIÓ (BEMER) TERÁPIA HATÁSA IDŐS, ALKOHOLOS EREDETŰ ZSÍRMÁJ BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ BETEGEKBEN

Klopp R.,<sup>1</sup> Horváth L.,<sup>2</sup> Berli Mikrocirkulációs Intézet <sup>1</sup>, BEMER Medicintechnika Kft <sup>2</sup>,

A bioelektromágneses reguláció (BEMER) kezelés széles körben elterjedt a mozgásrendszeri betegségek és bizonyos traumás csonttörések és azok szövödményeinek kezelésében. A kezelésnek a mikrocirkulációra gyakorolt hatása humán vizsgálatokkal bizonyított. A BEMER kezelés enyhíti a citosztatikus terápia mellékhatását. Németországban (Berli Mikrocirkulációs Intézet és Charité) májbetegeken végzett vizsgálatok eredményeit mutatjuk be.

**Betegek:** 36 alkoholos zsírmáj betegségben szenvedő 60-70 életév közötti beteget vontak be a vizsgálatba. A steatosis mértékét ultrahang módszerrel vizsgálták. A betegek felében (18 beteg) történt valós kezelés BEMER 3000 típusú készülékkel, ami naponta 2x két percig tartott két órás időkülönbséggel 30 napon át. A kontroll, „álkezelt” csoportban azonos körülmények között a két-két percben nem történt valós kezelés.

**Módszer:** A máj mikrocirkulációs változását kombinált lézerez mikroáramlásmérés és szövetspektrometria (LEA rendszer) a szöveti glutation koncentráció mérése vitálmikroszkópos reflexiós spektrofotometria és számítógépes képfeldolgozó rendszer együttes alkalmazásával történt.

**Eredmények:** A kezelt csoportban a máj zsírtartalma gyorsabban és nagyobb mértékben csökkent a kontrollhoz képest (p<0,05). A redukált glutation lokális koncentrációja a kezelt betegekben már a 10. naptól nagyobb mértékben emelkedett, mint a kontroll csoportban (p<0,05). A vitálmikroszkópos képek elemzése bizonyította a máj mikrocirkulációjának javulását.

Következtetés: Adataink alapján a BEMER kezelés módszer májbetegekben történő klinikai alkalmazásának lehetőségét vetjük fel. Az előzetes biztató eredmények alapján további vizsgálatok folytatása szükséges a kezelés hosszútávú hasznának és az indikáció kibővítésének megítélésére.

## SZERZŐK NÉVSORA

**A**

Abonyi M. 107, 39  
 Ábrahám S. 129  
 Ádám T. 161  
 Ágoston L. 1, 172  
 Altdorfer K. 118  
 Alton E. 62  
 Altorjay Á. 143  
 Altorjay I. 112, 138, 25, 38, 41, 59, 80  
 András C. 8  
 Andrikovics H. 80, 138  
 Antal-Szalmás P. 8.  
 Arató A. 141  
 Argent B. 62  
 Árva I. 126  
 Árvai K. 98  
 Atkári B. 91  
 Attila T. 80

**B**

B. Kovács J. 19  
 Bábics I. 2  
 Bak M. 159  
 Balassa K. 10, 56  
 Balázs C. 45  
 Balogh G. 132  
 Banai J. 17, 18, 20, 50, 121, 126, 139, 124,  
 Baranyai Z. 99  
 Barna B. 128  
 Barta Z. 41.  
 Barti-Juhász H. 98  
 Bata P. 46  
 Békási S. 117  
 Bekő G. 3, 7, 92, 107  
 Bély M. 45  
 Bencze M. 122  
 Bencze V. 4  
 Bene L. 22  
 Benedek G. 29  
 Benyó I. 63  
 Berki I. 6  
 Berki T. 114  
 Beró T. 60, 132  
 Besznyák I. 91, 154  
 Biczó G. 5, 136  
 Bíró G. 6

Bises G. 57

Blázovics A. 3, 7, 52, 92, 144, 146  
 Bonyárné Müller K. 36, 82  
 Bor M. 144  
 Borka K. 57  
 Bozóné Kegyes R. 82  
 Börcsök É. 170  
 Bubán T. 8  
 Bueno L. 44  
 Burai M. 159  
 Burdelski M. 16  
 Bursics A. 126  
 Buzás G. 9, 22

**C**

Chebli A. 72, 175  
 Czakó L. 13  
 Czeplédi Z. 18, 20, 139  
 Czepán M. 14  
 Czimmer J. 127, 135

**CS**

Csajbók É. 71  
 Csák T. 3, 10, 39, 56, 107  
 Csécsei P. 23  
 Csefkó K. 169  
 Cseh J. 37  
 Csepregi A. 11, 89  
 Csihi L. 107  
 Csikós D. 12, 130  
 Csontosné S. 127  
 Csorba Z. 136  
 Csöngői V. 81

**D**

Dancs N. 15  
 Danhauser G. 128  
 Danko L. 74  
 Dankó T. 119  
 Daróczi M. 31  
 Darvas K. 26  
 Davidovics S. 73  
 Decsi T. 37, 158  
 Dede K. 91  
 Demeter J. 10, 56  
 Dencs Á. 113  
 Dezsőfi A. 141

Dezsőfi A. 16, 73  
 Dinya E. 146  
 Dinya T. 41  
 Dittrich A. 37  
 Dotan N. 41, 112  
 Dózsa L. 17  
 Döbrönte Z. 81, 115  
 Dörnyei O. 146  
 Dulic S.  
 Dunkel K. 29, 30, 40

**E**

Eid H. 10  
 Éles Z. 22, 174  
 Enyedi G. 100  
 Erdélyi B. 55  
 Eröss B. 30, 68, 153, 160, 161

**F**

F Kiss Z. 83, 102, 156  
 Fábián G. 152  
 Farkas G. 31  
 Farkas Jr. G. 31  
 Farkas K. 32, 148  
 Fazekas I. 33  
 Fazekas O. 90  
 Fazekas P. 55  
 Fébel H. 7  
 Fehér J. 34, 107  
 Fehér L. 127  
 Fehér R. 34  
 Fehérvári I. 16  
 Fejes R. 35, 48, 65, 78, 88, 143  
 Fekete Gy. 163  
 Fekete K. 36  
 Ferenci P. 39  
 Figler M. 36, 37, 82  
 Fintha A. 22  
 Fioramonti J. 44  
 Firneisz G. 39  
 Fischer S. 38, 70  
 Fodor A. 10  
 Fodor G. 128  
 Folhoffer A. 39  
 Forgács A. 174  
 Földházi K

Földházi K. 40, 51  
 Földi I. 41  
 Földiné Kiss G. 2  
 Funch-Jensen P. 65, 78  
 Fuszek P. 57, 70  
 Futó Á. 6  
 Fülöp C. 111

## G

Gaál E. 17  
 Galamb B. 42, 168  
 Galamb O. 42, 94, 131, 133, 166  
 Gardó S. 34  
 Gasparik R. 43  
 Gasztonyi B. 58, 145  
 Gécz T. 129  
 Gecse K. 44, 67, 102, 103, 123, 156  
 Gelley A. 45, 59, 128  
 Gera I. 119  
 Gerő D. 46, 92  
 Gervain J. 47, 105, 167  
 Gódi S. 48, 65, 78, 88, 143  
 Gottlow M. 99  
 Görög D. 16  
 Graffits É. 49  
 Gray M. 62  
 Greff Z. 53, 69  
 Grenda A. 59  
 Griesenbach U. 62  
 Grützmann R. 166  
 Gukovskaya A. 5  
 Gukovsky I. 5  
 Gurzó Z. 33  
 Gyires K. 177  
 Gyökeres T. 17, 50, 127, 126

## H

Hahn O. 77  
 Halász J. 22  
 Halmy L. 140  
 Hamvas J. 30, 40, 51, 68, 137, 153, 160, 161, 179  
 Harsányi L. 4  
 Hársfalvi J. 165  
 Hasewaga M. 62  
 Hatalyák Á. 128  
 Hegedüs D. 39  
 Hegedüs G. 113, 114

Hegedüs V. 52, 92  
 Hegyi P. 5, 32, 62  
 Hegymegi-Barakonyi B. 53  
 Heltai K. 40  
 Heringh Z. 21  
 Hermann P. 134  
 Hersényi L. 155  
 Hideghéty K. 90  
 Hidvégi E. 54  
 Hofner P. 70  
 Horvát G. 55  
 Horváth A. 10, 39, 56, 107  
 Horváth E. 107  
 Horváth G. 37, 49, 58, 59  
 Horváth H. 57  
 Horváth I. 180  
 Horváth K. 12, 74, 174  
 Horváth M. 60  
 Horváth T. 107  
 Horváth Z. 129  
 Horváth Z. 15, 53  
 Hracskó Z. 5  
 Hritz I. 79  
 Hudomel D. 61  
 Hunyadi B. 132  
 Hunyady B. 49, 59, 113, 175  
 Hussam S. 15

## I

Ibrányi E. 107  
 Ignáth I. 14  
 Ignáth I. 62  
 Iliás Á. 63, 64  
 Illés A. 64, 100, 125  
 Ilyés S. 33  
 Inoue M. 62  
 Istók R. 4  
 Iványi B. 5  
 Izbéki F. 67, 122, 44, 156, 129, 123, 103, 102

## J

Jakab F. 91  
 Jakobik V. 158  
 Jakucs J. 33  
 Jánoki M. 178  
 Jármay K. 5  
 Járomi L. 81  
 Joó I. 65, 78, 88, 143

Jóri B. 53, 66, 116  
 Józán J. 9  
 Juhász Á. 143  
 Juhász M. 94

## K

Kádár J. 67  
 Kádár K. 119  
 Kafka W. 181  
 Kahán Z. 90  
 Kalecz Z. 68  
 Kállay E. 57  
 Kálmán E. 87  
 Kalmárné Kubinyi K. 161  
 Kánya M. 85, 116  
 Karlinger K. 4  
 Kecskédi B. 46  
 Kempler P. 107, 170  
 Kerékgyártó O. 30, 137  
 Keresztes L. 128  
 Kéri G. 53, 66, 69, 91  
 Király Á. 100, 125  
 Király M. 119  
 Kiss A. 22  
 Kiss B. 44  
 Kiss E. 49  
 Kiss I. 123  
 Klopp R. 180  
 Kóbori L. 16  
 Kocsis A. 70  
 Kollai M. 107  
 Kopper L. 98, 116  
 Kormosné Török É. 76  
 Korom T. 71, 110  
 Korponay-Szabó I. 41, 101, 141  
 Kósa J. 39, 57  
 Koutoubi Z. 72, 175  
 Kovács Á. 112, 146  
 Kovacs A. 38, 70, 80, 138,  
 Kovács G. 167  
 Kovács I. 74  
 Kovács M. 3, 73, 75, 108  
 Kozák R. 55  
 Kövesd Z. 128, 151  
 Krenács T. 42, 95, 131, 168  
 Kristóf T. 76  
 Kupcsulik P. 26, 28, 46, 61, 66, 77, 87, 109, 11, 157  
 Kurucz T. 144

Kurucsai G. 35, 48, 65, 78, 88, 143  
Kürthy K. 161

## L

Laborczi A. 155  
Lakatos G. 79, 93  
Lakatos L. 38, 70, 80, 112, 138  
Lakatos P. 38, 39, 57, 70, 80, 107, 112, 138, 141  
Lakner L. 81  
Lakó K. 2  
Lásztity N. 19  
Lázár G. 14, 129  
Lázár M. 90  
Lefler É. 101  
Legány N. 32  
Leindler L. 31  
Lelovics Z. 36, 37, 82  
Lénárt Z. 83  
Lengyel C. 170  
Lengyel G. 107  
Lofton-Day C. 166  
Lombay B. 84  
Lonovics J. 5, 14, 62  
Losonczy H. 60  
Lotz G. 22, 92  
Lőrincz A. 85, 91  
Lőrincz M. 19, 86  
Lukács M. 23  
Lukovich P. 46, 61, 87, 109, 111, 157

## M

Madácsy L. 35, 48, 65, 78, 88, 97, 143, 147  
Mágel F. 49  
Magyari L. 81  
Máj C. 105  
Malfertheiner P. 11, 89, 104  
Málits E. 106, 167  
Mályi I. 30  
Mandi Y. 38, 70  
Maráz A. 90  
Márki-Zay J. 14  
Marosvölgyi T. 37  
Máté A. 162  
Máthé Z. 16  
May Z. 146

Melegh B. 81, 158  
Mersich T. 91, 130  
Micsik T. 52, 91, 92  
Mihály Z. 52, 92  
Miheller P. 38, 59, 79, 80, 93, 94, 112, 138  
Miklós B. 44  
Mikó T. 102, 156, 162  
Miseta A. 113, 114  
Model F. 166  
Moldvay J. 116  
Molnár Á. 127  
Molnár B. 42, 94, 95, 119, 131, 133, 166, 168  
Molnar E. 80  
Molnár J. 95  
Molnár T. 32, 38, 59, 80, 97, 112, 138, 148  
Monostory K. 52, 92  
Morvay K. 111  
Mózsik G. 113, 114  
Müllner K. 93  
Múzes G. 93

## N

Nádas B. 121  
Nádor G. 155  
Náfrádi J. 83  
Nagy Á. 60  
Nagy F. 32, 59, 96, 148  
Nagy G. 145  
Nagy I. 58, 71, 110, 130  
Nagy K. 98  
Nagy L. 100, 125, 171  
Nagy P. 91, 99, 100  
Nagy S. 34  
Nagy T. 159  
Nagy Z. 10, 90, 56  
Nagyné Budai N. 97  
Nehéz L. 117  
Nemes É. 41, 101  
Németh A. 93, 94, 95  
Németh I. 83, 96, 102, 103, 123, 129, 156, 162, 167  
Neumann H. 104  
Nikolényi A. 90  
Norman G. 41, 112  
Novák J. 24, 33  
Nyari T. 148  
Nyikos O. 105

## O

Ormos J. 162  
Orosz P. 76, 106, 165  
Osztovits J. 3, 10, 39, 107  
Óvári G. 134  
Ózsvári B. 14  
Ökrös I. 76  
Órfi L. 53  
Örfi L. 69

## P

Pák G. 75, 108  
Pák P. 75, 108,  
Pakodi F. 127  
Palatka K. 25, 38, 59, 80, 112  
Páldy A. 155  
Pálházy T. 109  
Pálkás P. 61, 87  
Pallai Z. 144  
Paluska M. 162  
Pálvölgyi A. 110  
Pályu E. 41  
Pandol S. 5  
Pap Á. 159  
Pápai Z. 154  
Pápay J. 116  
Papp A. 87, 111  
Papp J. 38, 57, 70, 80, 138  
Papp M. 38, 41, 80, 101, 112, 138  
Pár A. 113, 114, 165  
Pár G. 113, 114  
Paszt A. 129  
Pásztor L. 155  
Patai Á. 115  
Patai V. Á. 115  
Pataki Á. 119  
Pataki M. 163  
Paukovics Á. 15  
Pávics L. 44  
Peták I. 53, 66, 69, 85, 91, 98, 116, 128, 151  
Péterfy N. 117  
Pethő I. 129  
Pink T. 169  
Pintér F. 85, 116  
Pongor É. 118  
Porcsalmy B. 119

Pozsár J. 120, 164  
Pusztai Á.

## R

Rábai K. 20, 50, 121, 124, 139  
Rácz F. 1, 21, 172  
Rácz I. 15, 59, 73, 178  
Rakonczay Jr Z. 5, 32, 62  
Rakonczay Z. 14, 136  
Rischák K. 163  
Róka R. 44, 67, 83, 102, 103, 122, 123, 156  
Rónai A. 177  
Rosztóczy A. 44, 67, 102, 103, 122, 123, 129, 156  
Rumi G. 135  
Rusai K. 141  
Rusvai E. 113  
Rusznay K. 17, 50, 124, 126  
Ruzsa Á. 145

## S

Saeger H. 166  
Sáfrány E. 81  
Sahin P. 120, 164  
Salamon Á. 59  
Sápi Z. 116, 154  
Sárdi É. 7  
Sári É. 52  
Sarlós G. 132  
Sarlós P. 125  
Sasvári M. 66  
Satori A. 138  
Schafer E. 17, 50, 124, 126  
Schaff Z. 22  
Schlag P. 166  
Schneider Z. 127  
Schnúr A. 32  
Schwab R. 53, 66, 69, 85, 91, 98, 116, 128, 151  
Seidler U. 32  
Séra E. 44  
Serfőző Z. 25  
Shujaa N. 177  
Siket F. 142  
Siket F. 149  
Simon L. 59  
Simonka Z. 129

Sipeky C. 81  
Sipka S. 41, 101, 112  
Sipos F. 42, 95, 131, 133, 166, 168  
Sipos G. 130  
Sledziewski A. 166  
Solt J. 60, 125, 132  
Solymosi N. 42, 94, 95, 131, 133  
Somogyvari F. 70  
Soós B. 134  
Soós I. 169  
Speer G. 57  
Spisák S. 42, 94, 131, 133, 166  
Stiedl P. 134  
Suszták A. 134  
Sükösd F. 102, 103, 156, 162  
Sülle C. 150  
Sümegi A. 8  
Sümegi J. 106

## SZ

Szabados S. 49  
Szabó A. 19, 59  
Szabó E. 116  
Szabó É. 37  
Szabó G. 8  
Szabó I. 135  
Szabó M. 169  
Szabo O. 138  
Szabolcs A. 136, 147, 170  
Szakács A. 30, 68, 137  
Szalai L. 33  
Szalay F. 3, 10, 39, 56, 84, 107, 165  
Szalóki T. 86  
Szamosi T. 18, 20, 38, 70, 80, 112, 121, 138, 139  
Szántai E. 66  
Szántó J. 8  
Szántó P. 154  
Szász A. 170  
Szebeni Á. 140  
Szebeni B. 141  
Szegedi J. 1, 172  
Szegedi L. 101  
Székely A. 35, 48, 65, 78, 88, 97, 143  
Székely C. 62

Székely E. 7, 144  
Székely G. 6, 142, 149  
Székely I. 35, 48  
Szekeres J. 114  
Szenes M. 145  
Szentmihályi K. 7, 92, 144, 146  
Szepes A. 78, 147  
Szepes Z. 32, 96, 148  
Szereday L. 114  
Szidor V. 170  
Szigeti N. 152  
Szijártó A. 22, 26, 28, 52, 92  
Szil E. 90  
Szilágyi P. 96  
Szilvás Á. 142, 149  
Szilvasi A. 80, 138  
Szinku Z. 150  
Szirtes I. 22  
Szokolóczi O. 128, 151  
Szollár L. 163  
Szolykóné Szaszko Z. 152  
Szőke E. 7, 52  
Szőnyi L. 16, 39, 73  
Szőnyi M. 164  
Szűcs Z. 27, 169

## T

Tabár B. 132  
Taha M. 72, 175  
Takács R. 160  
Takács E. 12  
Takács M. 113  
Takács R. 29, 30, 40 51, 68, 83, 137, 153, 161  
Takács T. 5, 14, 32, 62, 136, 147, 170  
Talián G. 81, 158  
Taller A. 12, 63, 74, 130, 154  
Tamássy K. 155  
Tar L. 102, 103, 156  
Tari K. 46, 87, 157  
Tarján I. 134  
Tárnok A. 158  
Tarpay Á. 159  
Tatai O. 137, 160  
Tátrai L. 36  
Tátrainé Tamás E. 161  
Tax J. 107

- Thurzó L. 90  
 Tihanyi B. 45, 117  
 Tihanyi T. 45, 66, 117  
 Tihanyi Z. 143  
 Tiszai A. 83  
 Tiszlavicz L. 14, 67, 83, 96, 102, 103, 123, 129, 136, 156, 162  
 Tolmácsi B. 121  
 Tomsits E. 163  
 Topa L. 120, 164  
 Tordai A. 138  
 Torday L. 90  
 Tornai I. 165  
 Tornóczy T. 23  
 Tóth G. 4, 63  
 Tóth I. 106, 129  
 Tóth K. 94, 133, 166  
 Tóth L. 49, 164  
 Tóth M. 93  
 Tóth T. 107, 155  
 Tóthné Lestár A. 97  
 Tölgyesi A. 163  
 Tulassay Z. 38, 42, 59, 79, 80, 93, 94, 95, 99, 112, 131, 133, 138, 155, 166, 168  
 Tumpek J. 38, 41, 101, 112  
 Tüske G. 145
- U**
- Uhercsák G. 90  
 Újszászy L. 59  
 Ulrich A. 69
- V**
- Vadászi K. 67, 122, 123  
 Vadnay I. 55  
 Vagyon G. 167  
 Vajda Á. 13  
 Valcz G. 42, 95, 168  
 Valicsek E. 90  
 Vannay Á. 141  
 Váradí G. 61, 87, 157  
 Varga G. 119, 134  
 Varga I. 5  
 Varga L. 32  
 Varga M. 27, 169  
 Varga P. 12  
 Varga Z. 53, 69, 90  
 Várkonyi T. 78, 170
- Várnai R. 171  
 Varró A. 5, 14, 62  
 Varsányi M. 17, 50, 124, 126  
 Várvolgyi C. 41  
 Várvolgyi T. 55  
 Végh M. 171  
 Vén L. 172  
 Veréb Z. 25  
 Veres G. 41, 141, 165, 173  
 Vetró É. 67  
 Vilhelm R. 174  
 Vincze Á. 72, 113, 114, 127, 135, 175  
 Vincze L. 176  
 Virág N. 40  
 Virág Z. 164  
 Viski A. 49  
 Visnyei Zs. 3, 39  
 Volgyi Z. 145
- W**
- Weisz G. 165  
 Weltner J. 111  
 Werling K. 58  
 Wilhelm-Polli C. 39  
 Wittmann T. 13, 14, 32, 44, 67, 71, 83, 96, 102, 103, 122, 123, 129, 136, 147, 148, 156, 170
- Z**
- Zádori Z. 177  
 Zágoni T. 93, 94  
 Zaránd A. 91  
 Zeleznik E. 33  
 Zimmermann L. 11, 89
- ZS**
- Zsembéry Á. 119  
 Zsigmond F. 20, 124, 126  
 Zsirka-Klein A. 109

## Jegyzet / Notes

## Jegyzet / Notes

## KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönöket mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 50. Nagygyűlésen kiállítással, hirdetéssel vettek részt.

The Hungarian Gastroenterological Society expresses its gratitude to all organizations and companies which have participated with exhibition, advertising at the 50<sup>th</sup> Annual Meeting.

- |                                                     |                                                                            |                                                               |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| • <b>ABBOTT Laboratories (Mo.) Kft.</b><br>Budapest | • <b>FRESENIUS-KABI HUNGARY Kft.</b><br>Budapest                           | • <b>ORIFLAME.</b><br>Budapest                                |
| • <b>ALLEGRO Kft.</b><br>Budapest                   | • <b>Dr. FALK PHARMA Képviselet - MEDICONS Kft.</b><br>Budapest            | • <b>Orma 2000 Kft.</b><br>Szeged                             |
| • <b>ANAMED Kft.</b><br>Budapest                    | • <b>JANSSEN – CILAG Hungary</b><br>division of Johnson & Johnson Budapest | • <b>PREMIUM HEALTH Concept Bt.</b><br>Pápa                   |
| • <b>ASTRAZENECA Kft.</b><br>Budapest               | • <b>JOHNSON &amp; JOHNSON Kft.</b><br>Budapest                            | • <b>ProGastro Kft.</b><br>Eger                               |
| • <b>BAYER SCHERING PHARMA Kft.</b><br>Budapest     | • <b>KRKA MAGYARORSZÁG KER. KÉPV.</b><br>Budapest                          | • <b>RATIOPHARM HUNGÁRIA Kft.</b><br>Budapest                 |
| • <b>BEIERSDORF Kft.</b><br>Budapest                | • <b>LUX HUNGÁRIA KFT.</b><br>Budapest                                     | • <b>RICHTER GEDEON Rt.</b><br>Budapest                       |
| • <b>BEMER Kft.</b><br>Budapest                     | • <b>MEDICINA Könyvkiadó Zrt.</b><br>Budapest                              | • <b>ROCHE (Magyarország) Kft.</b><br>Budaörs                 |
| • <b>BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA</b><br>Budapest    | • <b>MEDISAN HUNGARY Kft.</b><br>Budapest                                  | • <b>SANOFI-AVENTIS Zrt.</b><br>Budapest                      |
| • <b>CAL+MED Hungary Kft.</b><br>Budapest           | • <b>MICROMEDICAL Kft.</b><br>Budapest                                     | • <b>SCHERING-PLOUGH / USA</b><br>Central East AG<br>Budapest |
| • <b>DANONE Kft.</b><br>Budapest                    | • <b>NESTLÉ HUNGÁRIA Kft.</b><br>Budapest                                  | • <b>SOLVAY Pharma Kft.</b><br>Budapest                       |
| • <b>ECOLAB HYGIÉNE Kft.</b><br>Budapest            | • <b>NOVARTIS Hungária Kft.</b><br>Budapest                                | • <b>SUNMED Kft.</b><br>Debrecen                              |
| • <b>EGIS Nyrt.</b><br>Budapest                     | • <b>NYCOMED – ALTANA Pharma Kft.</b><br>Budapest                          | • <b>STRATHMANN AG&amp;CO</b><br>Budapest                     |
| • <b>ENDO-PLUS-SERVICE Kft.</b><br>Budapest         | • <b>OMIKRON Kft.</b><br>Szentendre                                        | • <b>TEVA Magyarország Zrt.</b><br>Budapest                   |
| • <b>FERRING MAGYARORSZÁG Kft.</b><br>Budapest      |                                                                            | • <b>UNIQA HUNGARY</b><br>Budapest                            |
|                                                     |                                                                            | • <b>VITAMINKOSÁR KFT.</b><br>Budapest                        |

**A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS  
SORRENDJÉBEN**

| CÉG                              | HIRDETÉS                                      | OLDAL |
|----------------------------------|-----------------------------------------------|-------|
| MEDICONS Kft. – DR. FALK PHARMA  | Falk Gastro-Akadémia                          | BII   |
| ROCHE Magyarország Kft.          | Pegasys <sup>®</sup>                          | 6     |
| FRESENIUS KABI Hungary Kft.      | Laevolac <sup>®</sup>                         | 14    |
| FERRING Magyarország Kft.        | Pentasa <sup>®</sup>                          | 20    |
| RICHTER-GEDEON Rt.               | Quamatel <sup>®</sup>                         | 22    |
| ASTRAZENECA Kft.                 | Nexium <sup>®</sup>                           | 27    |
| TEVA Magyarország Zrt.           | Zimpax                                        | 28    |
| JANSSEN-CILAG Kft.               | Pariet <sup>®</sup>                           | 34    |
| FERRING Magyarország Kft.        | Rectogesic <sup>®</sup>                       | 36    |
| VITAMINKOSÁR Kft.                | Protexin <sup>®</sup>                         | 38    |
| FERRING Magyarország Kft.        | Fleet Phospho-Soda                            | 42    |
| MEDICONS Kft. – DR. FALK PHARMA  | Salofalk <sup>®</sup> klizma                  | 47    |
| STRATHMANN GmbH.                 | Lactase <sup>®</sup>                          | 48    |
| SUNMED Kft.                      | ScheBo <sup>®</sup> Tumor M2-PK <sup>TM</sup> | 51    |
| STRATHMANN GmbH.                 | Lactase <sup>®</sup>                          | 55    |
| NYCOMED Pharma Kft.              | Controloc <sup>®</sup>                        | 56    |
| SCHERING-PLOUGH Central East AG. | Remicade <sup>®</sup>                         | 59    |
| SCHERING-PLOUGH Central East AG. | Remicade <sup>®</sup>                         | 60    |
| BAYER HealthCare                 | Nexavar <sup>®</sup>                          | 70    |
| JANSSEN-CILAG Kft.               | Pariet <sup>®</sup>                           | BIII  |
| RICHTER-GEDEON Rt.               | Lansone <sup>®</sup>                          | BIV   |