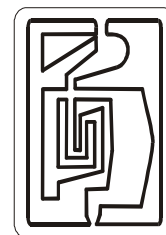


Magyar Gasztroenterológiai
Társaság
Hungarian Society of
Gastroenterology



51. Nagygyűlés

51st Annual Meeting of the
Hungarian Society of Gastroenterology

PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

Tihany, 2009. június 12-16.

PROGRAM / ABSTRACTS

Tihany, 12-16 June, 2009
Hungary

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 51. Nagygyűlése

Program / Előadás kivonatok

Tihany, 2009. június 12-16.

**Kiadja a Magyar
Gasztroenterológiai**

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.*

2009.

TARTALOM

Általános tudnivalók	3
A Nagygyűlés időrendi beosztása	4

Premeetings:

Roche szimpózium és Colon Szekció ülése	7
---	---

Program:

MGT Postgraduális Képzési Programja	8
Endoszkópos asszisztensek ülése I.	10
Kiállítók köszöntése	12
Endoszkópia I. (előadások)	13
Hepatológia (előadások / posztterek)	17
Táplálkozástudomány és dietetika (előadások)	20
Interdiszciplináris szimpózium, Családorvosok fóruma	22
Endoszkópos asszisztensek ülése II.	25
Ferring szimpózium: Együttműködés a colitis ulcerosa kezelésében?	27
Richter szimpózium: Hol az egyensúly a savcsökkentők között?	29
Közhígy / Emlékelőadások / Díjátadások	31
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei	32
Abbott szimpózium: Élni, újra élni!	35
Kapszula Endoszkópia / Endoszkópia II. (előadások)	36
Sebészet (előadások / posztterek)	37
Bélbetegségek (előadások / posztterek)	41
Kutatói fórum (előadások)	49
Janssen-Cilag szimpózium: Vitalitásgenerátorok	55
Solvay szimpózium: Dilemmák a pankreatitis kezelésében	57
Újdonságok a coeliakiában ... (fő téma)	59
Új tumormarkerek és prognosztikai tényezők ... (referátum)	59
Finanszírozás (előadások)	60
Danone szimpózium	61
Pancreas (előadások)	62
Endoszkópia III. (előadások)	64
Motilitás (előadások)	66
Ultrahang és más képalkotók (előadások)	68
Helicobacter Pylori (előadások)	69
Onkológia (előadások)	70
Nycomed szimpózium: PPI terápia: kiterjesztett biztonság	75
KPS és EndoTherapia Kft-k szimpóziuma: Hatékony gyógyszerválasztás = korai molekuláris diagnosztika	76
Vastagbélrák (CRC) komplex ellátása (fő téma)	77
A gastrointestinalis epithel sejtek; új ismeretek (referátum)	78
Kollégiumi fórum a gasztroenterológia aktuális kérdéseiről	79
Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (posztterek)	80
Learning center programja	85
Előadás kivonatok	87
Szerzők névsora	143
Kiállítók és hirdetőik	149
Hirdetések listája	150

51st Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Tihany, 12-16 June, 2009

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.

2009.

CONTENTS

General information	3
Time-table	5

Premeetings:

Roche symposium and Workshop of Colon Section of HSG	7
--	---

Program:

Postgraduate Course	8
Meeting of GI nurses and endoscopy associates I.	10
Exhibitors' meeting	12
Endoscopy I. (oral presentations)	13
Hepatology (oral presentations / posters)	17
Nutrition and dietetics (oral presentations)	20
Interdisciplinary discussion, Forum of Family doctors	22
Meeting of GI nurses and endoscopy associates II.	25
Ferring symposium: How to improve compliance in ulcerative colitis? .	27
Richter symposium: Balancing among acid suppressing drugs	29
General assembly, Memorial lectures, Awards.....	31
List of awarded gastroenterologists of HSG	32
Abbott symposium: „Live, live again”	35
Capsula Endoscopy / Endoscopy II. (oral presentations).....	36
Surgery (oral presentations / posters).....	37
Bowel diseases (oral presentations / posters).....	41
Research forum (oral presentations)	49
Janssen-Cilag symposium: Generators of our Vitality	55
Solvay symposium: Dilemmas in the management of pancreatitis	57
Novelities in coeliac disease (main topic).....	59
New tumor markers and prognostic factors (state of art lecture)	59
Financing (oral presentations).....	60
Danone symposium.....	61
Pancreas (oral presentations).....	62
Endoscopy III. (oral presentations)	64
Motility (oral presentations).....	66
Ultrasound, Imaging (oral presentations).....	68
Helicobacter Pylori (oral presentations).....	69
Oncology (oral presentations).....	70
Nycomed symposium: Key issues in PPI treatment: extended safety	75
KPS and Endotherapia Ltd's symposium: Effective medication = early molecular diagnostics	76
Colorectal cancer (CRC) management (main topic)	77
Gastrointestinal epithelial cells: new knowledges (state of art lecture) ...	78
College forum	79
Challenges, Clinicopathology, Case reports (posters).....	80
Learning center	85
Abstracts	87
Alphabetic list of authors	143
Exhibitors and advertisers	149
List of advertisers.....	150

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

GENERAL INFORMATION

KONGRESSZUSI IRODA

2009. 06. 12. 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 12. 06. 2009 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.

MAGYAR GASTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 51. NAGYGYŰLÉSE

Tihany, Club Tihany , 2009. június 13-16.

JÚN. 12, PÉNTEK	JÚN. 13, SZOMBAT		JÚN. 14, VASÁRNAP	JÚN. 15, HÉTFŐ	JÚN. 16, KEDD
REGISZTRÁLÁS	8.30 –9.00 Posztterek elhelyezése		8.30 –9.00 Posztterek elhelyezése		8.00 –8.30 Posztterek elhelyezése
	9.00-12.30 MGT Postgraduális képzés: ① 1. A laboratóriumi vizsgálmódszerek fejlődésének helye és jelentősége a tápesatornai kórképek diagnosztikájában 2. Korai nyelősőrák diagnosztikája, kezelése	9.00-13.00 ② Endoszkópos asszisztensek ülése I.	9.00 – 12.30 ① “Hetényi Géza” emlékelőadás "Magyar Imre" emlékelőadás Tiszteletbeli tagok előadásai Kitüntetések Simor Pál alapítvány díj A gastroenterológia fejlődése a nagygyűlések tükrében KÖZGYŰLÉS		8.30 – 9.00 ① KPS és ENDOTHERAPIA szimpózium
	12.30 ① Kiállítók köszöntése	12.00 - 14.00 Ebéd	13.30 - 14.00 ① Abbott szimpózium		9.00 – 11.00 ① Újdonságok a coeliakia diagnosztikájában, terápiájában és megelőzésében
	14.00-16.00 Előadások ① Endoszkópia I.	14.00-16.35 Előadások ② Hepatológia	14.00-15.00 Előadások ① Kapszula Endoszkópia (Endoszkópia II.)	14.00-16.00 Előadások ① Pancreas	11.05-11.35 ① A gastrointestinalis epithel sejtek klinikai jelentősége: új ismeretek
16.30 – 18.00 Roche Pre Meeting ②	16.00-17.30 ① INTERDISZCIPLINÁRIS SZIMPÓZIUM CSALÁDORVOSOK FÓRUMA	16.35-17.30 Posztterek ② Hepatológia	15.00-17.10 Előadások ① Sebészet	16.00-18.00 Előadások Endoszkópia III. ①	14.00 – 18.00 ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉLÉSEK Vegyes posztterek Video közvetítéses vita
	17.30 – 1830 ① Ferring szimpózium		14.00-17.40 Előadások ③ Kutatói fórum	14.00-14.45 Előadások ③ Helicobacter pylori	
18.00 - 20.00 Colon szekció ülése Pre Meeting ③	18.30 - 19.30 ① Richter szimpózium		18.00 – 19.00 ① Janssen szimpózium	18.00 - 19.15 ① Nycomed szimpózium	
	Társasági program (KONCERT)		Társasági program (Fogadás)	Társasági program	

○ A körökbe írt számok az előadótermeket jelzik, ① Wimbledon terem, ② Levendula I. terem ③ Levendula II. terem

51ST ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

Tihany, Club Tihany , 12-16 June, 2009

12 TH JUNE FRIDAY	13 TH JUNE, SATURDAY	14 TH JUNE, SUNDAY	15 TH JUNE, MONDAY	16 TH JUNE, THUESDAY
	8.30 – 9. Mounting of posters 9.00-12.30 MGT Postgraduate course : ① 1. Significance of the development of different laboratory investigations in the diagnostics of gastrointestinal disorders 2. Esophageal precancerosis and cancer	8.30 – 9.00 Mounting of posters 9.00 - 12.30 ① “Hetényi Géza" memorial lecture "Magyar Imre" memorial lecture Lectures of honorary members Honours Simor Pál Award Development of gastroenterology in reflection of annual meetings GENERAL ASSEMBLY	8.30 - 9.00 ① Solvay symposium 9.00 – 11.00 ① Novel diagnostic and therapeutic possibilities and means of preventions for coeliac disease 11.05 – 11.35 ① New tumor markers and prognostic factors in gastrointestinal cancers	8.00 – 8.30 Mounting of posters 8.30 – 9.00 ① KPS and ENDOTHERAPY symposium 9.00 – 11.00 ① Colorectal cancer (CRC) management 11.05-11.35 ① Clinical significance of the gastrointestinal epithelial cells; new knowledges
12.00 – 12.30 Exhibitors meeting	12.00 - 14.00 Lunch	13.30 - 14.00 ① Abbott symposium 14.00 – 16.20 Lectures ② Bowel diseases 16.20-18.00 Posters ② Bowel diseases 14.00-15.00 Lectures ① Capsule Endoscopy (Endoscopy II.) 15.00-17.10 Lectures ① Surgery 17.10-17.40 Posters ① Surgery	11.40-12.40 Financing ① 13.30 - 14.00 ① Danone symposium 14.00-16.00 Lectures ① Pancreas 16.00-18.00 Lectures ① Endoscopy III.	11.35 - 13.00 College forum 14.00 – 18.00 ① CHALLENGES, DILEMMAS CASE REPORTS MISCELLANEOUS POSTERS VIDEO COMMENTARY DISCUSSION
REGISTRATION 16.30 - 18.00 ROCHE Pre Meeting ②	14.00-16.00 Lectures ① Endoscopy I. 16.00-17.30 ① INTERDISCIPLINARY SYMPOSIUM, FORUM OF GENERAL PRACTITIONERS	14.00-16.00 Lectures ③ Nutrition and dietetics 16.00-17.30 ③ Endoscopy nurses and associates's meeting II.	14.00-14.45 Lectures ③ Helicobacter pylori 14.00-16.10 Lectures ② Motility 16.10-18.00 Lectures ② Ultrasound, Imaging 15.00-18.00 Lectures ③ Oncology	
18.00 - 20.00 Meeting of Colon Section Pre Meeting ③	17.30 – 1830 ① Ferring symposium 18.30 - 19.30 ① Richter symposium Social program	18.00 – 19.00 ① Janssen symposium Gala dinner	18.00 - 19.30 ① Nycomed symposium Social program	

Lunch: 12.00 - 14.00

○ Numbers in circle indicate the lecture hall, ① Wimbledon Hall, ② Levendula HallI. ③ Levendula Hall II.

2009. június 12. Péntek
12 June, Friday
12.00 -

Club Tihany Főépület

REGISZTRÁLÁS / REGISTRATION

2009. június 12. Péntek
12 June, Friday
16.30 – 18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ROCHE SZIMPÓZIUM / ROCHE SYMPOSIUM
PRE MEETING

2009. június 12. Péntek
12 June, Friday
18.00 – 20.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

COLON SZEKCIÓ ÜLÉS /
MEETING OF THE COLON SECTION
Munkamegbeszélés / Workshop

2009. június 13. Szombat
13 June, Saturday
9.00 – 12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

9.00 – 10.40

A LABORATÓRIUMI VIZSGÁLÓMÓDSZEREK FEJLŐDÉSÉNEK HELYE ÉS JELENTŐSÉGE A TÁPCSATORNAI KÓRKÉPEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN
SIGNIFICANCE OF THE DEVELOPMENT OF DIFFERENT LABORATORY INVESTIGATIONS IN THE DIAGNOSTICS OF GASTROINTESTINAL DISORDERS

Moderátor: Altorjay István, Debrecen

- 9.00 **BEVEZETÉS, A LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKA HELYE A GASTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK KORSZERŰ DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
INTRODUCTION; ROLE OF LABORATORY TESTS IN THE DIAGNOSTICS OF GASTROINTESTINAL DISORDERS
Altorjay István, Debrecen
- 9.15 **A SZEROLÓGIAI VIZSGÁLATOK SZEREPE ÉS JELENTŐSÉGE**
SIGNIFICANCE OF SEROLOGIC DIAGNOSTIC METHODS
Papp Mária, Debrecen
- 9.30 **A VIRUSDIAGNOSZTIKA FEJLŐDÉSE. LEHETŐSÉGEI ÉS SZEREPE, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A MÁJBETEGSÉGEKRE**
DEVELOPMENT OF VIRAL DIAGNOSTICS, THEIR ROLE AND POSSIBILITIES IN LIVER DISORDERS
Gervain Judit, Székesfehérvár
- 9.45 **A PATOLÓGUS SZEREPÉNEK VÁLTOZÁSAI A TÁPCSATORNAI BETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ IMMUNHISZTOKÉMIA FEJLŐDÉSÉRE**
CHANGING TASKS OF PATHOLOGISTS IN THE DIAGNOSTIC PROCEDURES OF GASTROINTESTINAL DISORDERS, ROLE AND DEVELOPMENT OF IMMUNOHISTOCHEMISTRY
Tiszlavicz László, Szeged
- 10.00 **A GENETIKA VIZSGÁLÓMÓDSZEREINEK FEJLŐDÉSE AZ ELMŰLT ÉVTIZEDEKBEN ÉS JELENTŐSÉGÜK A KORSZERŰ DIAGNOSZTIKÁBAN**
DEVELOPMENT OF GENETIC TESTS AND THEIR ROLE IN THE MODERN GASTROINTESTINAL DIAGNOSTIC PROCEDURES
Lakatos Péter László, Budapest
- 10.15 **A MAGRECEPTOROK (PPAR γ ÉS TÁRSAI) KIMUTATÁSA, JELENTŐSÉGE A TÁPCSATORNAI KÓRKÉPEKBEN**
DETECTION OF NUCLEAR RECEPTORS (PPAR γ AND OTHERS) AND THEIR SIGNIFICANCE IN GASTROINTESTINAL DISEASES
Nagy László akadémikus, Debrecen

10.50 – 12.30

A NYELŐCSŐ PRECANCEROSISAI ÉS A KORAI NYELŐCSŐRÁK
ESOPHAGEAL PRECANCEROSIS AND CANCER

Moderátor: Wittmann Tibor, Szeged

- 10.50 **BEVEZETÉS, EPIDEMIOLÓGIA, PATOFIZIOLÓGIA**
INTRODUCTION, EPIDEMIOLOGY, PATHOPHYSIOLOGY
 Wittmann Tibor, Szeged
- 11.00 **AZ ENDOSCOPOS DIAGNOSZTIKA ÚJ ESZKÖZEI: ZOOM, AFI, NBI**
NEW ENDOSCOPIC TECHNIQUES (ZOOM, AFI, NBI)
 Rosztóczy András, Szeged
- 11.08 **AZ ENDOSCOPOS DIAGNOSZTIKA ÚJ MÓDSZEREI: CONFOCALIS LASER
 ENDOMICROSCOPIA, OPTIKAI KOHERENCIA TOMOGRAPHIA**
*NEW ENDOSCOPIC TECHNIQUES: CONFOCAL LASER ENDOMICROSCOPY,
 OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY*
 Bene László, Budapest
- 11.13 **AZ ENDOSONOGRAPHIA SZEREPE A KORAI NYELŐCSŐRÁK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
*THE ROLE OF ENDOSONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF EARLY ESOPHAGEAL
 CANCER*
 Czakó László, Szeged
- 11.21 **A DYSPLASIA ÉS INVÁZIÓ HISZTOLÓGIAI MARKEREI**
HISTOLOGIC MARKERS OF DYSPLASIA AND INVASION
 Németh István, Szeged
- 11.29 **KONZERVATÍV TERÁPIA: SAVSZEKRECIÓ GÁTLÁS ÉS KEMOPROFILAXIS**
*CONSERVATIVE THERAPY: INHIBITION OF ACID SECRETION AND
 CHEMOPROPHYLAXIS*
 Izbéki Ferenc, Szeged
- 11.34 **ENDOSCOPOS ABLATÍV ELJÁRÁSOK: MUCOSA RESECTIO,
 RADIOFREKVENCIÁS HALO ABLATIO**
*ENDOSCOPIC ABLATIVE TECHNIQUES: MUCOSAL RESECTION,
 RADIOFREQUENCY (HALO) ABLATION*
 Raf Bisschops, Leuven, Belgium
- 12.04 **A SEBÉSZI KEZELÉS KORSZERŰ IRÁNYELVEI, LEHETŐSÉGEI**
CURRENT STRATEGIES AND POSSIBILITIES OF SURGICAL THERAPY
 Horváth Örs Péter, Pécs
- 12.14 **A SURVEILLANCE KÉRDÉSEI, ZÁRSZÓ**
CURRENT STRATEGIES AND POSSIBILITIES OF SURGICAL THERAPY
 Wittmann Tibor, Szeged

2009. június 13. Szombat
13 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.

Üléselnökök:

Rácz István, Győr Kokas Mariann, Mosonmagyaróvár Kabai Annamária, Karcag

9.00 MEGNYITÓ

9.10 **Prónay emlékelőadás**

ASSZISZTENSI SZEKCIÓ MÚLT-JELEN-JÖVŐ

Kokas M., Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár

9.30 **EVALUATION OF PATIENTS WITH ENDOSCOPICALLY SUSPECTED ESOPHAGEAL METAPLASIA (ESEM) BY TRIMODAL - HIGH RESOLUTION MAGNIFYING ENDOSCOPY (HRME), ENDOSCOPIC AUTOFLUORESCENCE (AFI) AND NARROW BAND IMAGING (NBI) ENDOSCOPIC TECHNIQUE – INITIAL HUNGARIAN EXPERIENCE**

Benkő É.¹, Ocskó Cs.¹, Németh I.², Izbéki F.¹, Róka R.¹, Gecse K.¹, Vadászi K.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹

First Department of Medicine, University of Szeged ¹, Department of Pathology, University of Szeged ²

9.40 **AZ ÖNTÁGULÓ NYELŐCSŐ STENTEKSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**

Nagyné Berecz M., Horváth K., Pikóné Babos G., Smausz E., Forgóné Bodnár É., Buti J., Papp G., Altörjay I.

Debreceni Egyetem OEC, Gasztroenterológiai tanszék

9.50 **AZ ELSŐ 15 ÉV A SZUBINTENZÍV VÉRZŐ BETEG ELLÁTÁSBAN**

Bognár E., Vincze A., Jánoki M.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-gasztroenterológia

10.00 **OESOPHAGEALIS ÉS EXTRAESOPHAGEALIS VARICOSITAS ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE SÜRGŐSSÉGI ÁLLAPOTOKBAN ÉS TERVEZETLEN EREDMÉNYEINK**

Dózsa L., Gaál G., Kövért S., Kandikó K., Kecskés F., Bodnár G., Schafer E., Visnyei Z., Rusznyák K., Czeglédi Z., Szamosi T., Rábai K., Zsigmond F., Gyökeres T., Banai J.
ÁEK Gasztroenterológia

10.10 **PANCREAS PSEUDOCYSTA ENDOSZKÓPOS DRAINAGE SAJÁT GYAKORLATUNKBAN**

Molnár T., Nagyné Budai N., Tóthné Lestár A., Madácsy L.

Fejér Megyei Szent György Kórház I. Belgyógyászat Gastroenterológia OMCH Endoscopos Labor

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

Burai M.¹, Bak M.², Nagy T.³, Tarpay Á.¹, Pap Á.¹

Gastroenterológia /Endoscopia Országos Onkológiai Intézet Budapest ¹, Cytopathológia Országos Onkológiai Intézet Budapest ², Kemoterápia Osztály Országos Onkológiai Intézet Budapest ³

10.30 NEW MINIMAL INVASIVE INTERVENTION: FLEXIBLE ENDOSCOPIC CREATION OF MAGNETIC COMPRESSION ANASTOMOSIS

Tari K.¹, Lukovich P.¹, Jónás A.¹, Dudás I.², Zsirka A.¹, Váradi G.¹, Kecskédi B.¹, Gerő D.³, Kupcsulik P.¹

1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ¹, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest ², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest ³

SZÜNET

Üléselnökök:

Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

Kormosné Török Éva, Miskolc

Hocz Pálné, Szeged

11.20 PERCUTÁN ENDOSCOPOS GASTROSTOMIA A DAGANATOS BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN

Vilandné Horányi A.¹, Vámos-Nagy I.², Fülöp M.³

Endoscopia/Gastroenterológia, Országos Onkológiai intézet, Budapest ¹, Sebészeti/Endoscopia/Gastroenterológia, Országos Onkológiai intézet, Budapest ², Fej-nyak Sebészeti/Endoscopia/Gastroenterológia, Országos Onkológiai intézet, Budapest ³

11.30 AZ ELSŐ TAPASZTALATOK SINGLE-BALLON ENTEROSZKÓPPAL - HOSSZÚ VIZSGÁLAT RÖVID BEMUTATÁSA

Baricsa E., Hocz P., Molnár T., Szepes Z., Wittmann T., Nagy F.

Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

11.40 ANGIODYSPLASIA KEZELÉSE ARGONPLAZMA COAGULÁCIÓVAL AVAGY, „HA RÖVID A KAROD, TOLD MEG EGY LÉPÉSEL”

Földiné Kiss Gy., Győr

11.50 IDŐS KORÚ BETEGEK ERCP VIZSGÁLATA

Bagi G., Tátrai Tamás E., Ádám T., Kanyó B., Hamvas J.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászati-gastroenterológia

12.00 A VASTAGBÉL KAPSZULÁS VIZSGÁLATA

Jánoki M., Lakó K.

I. Belgyógyászati-gastroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

12.10 VIRTUÁLIS COLONOSCOPIA A GYAKORLATBAN

Janny G.¹, Szokolóczy O.², Schwab R.³, Daus H.¹, Tarján Z.¹

Radiológiai Diagnosztikus és Terápiás Centrum Egészségügyi Kft., Budapest ¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest ², Kelen Magánkórház, Budapest ³

12.20 MELANOSIS COLI. KÓROS NYÁLKAHÁRTYAFESTÉK.

Szolykóné Szaszkó Z., Szigeti N., Fábíán G.

PTE ÁOK II.sz. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum

12.30 MŰSZERKÖRFORGÁS: KÖVETELMÉNYEK ÉS KÉRDÉSEK

Bozóki Z., Johnson Kft.

2009. június 13. Szombat
13. June, Saturday
12.30 -tól

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE / EXHIBITORS' MEETING

Üléselnökök/Chairmen:

Pap Ákos, Budapest

Hunyady Béla, Pécs

Szalay Ferenc, Budapest

✧ **A KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE**
Welcome greeting

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

2009. június 13. Szombat
13 June, Saturday
14.00 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chairmen: **Altörjay István**, Debrecen

Gurzó Zoltán, Gyula

14.00 NONVARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN BÉKÉS COUNTY, EXAMINED IN 2001 AND IN 2006: A MULTICENTRIC RETROSPECTIVE STUDY

Novák J.¹, Hudák J.², Varga M.³, Rácz B.¹, Bordás L.¹, Gurzó Z.¹, Ilyés S.¹, Somos B.², Papdi N.², Fodor I.², Csefkó K.³, Pink T.³

Pándy K. Hosp. 3rd Dept. of Int. Med. Gyula¹, Orosháza VÖ. Hosp. Dept. of Int. Med. Orosháza², Réthy P. Hosp. Dept. of Int. Med. Békéscsaba³

14.10 ENDOSCOPIC BAND LIGATION OR URGENT SURGERY BOTH CAN BE SUCCESSFUL IN THE TREATMENT OF THE WATERMELON STOMACH CAUSING SEVERE GI BLEEDING

Gyökeres T.¹, Nádas B.¹, Rusznyák K.¹, Iványi A.², Schäfer E.¹, Hollósi M.³, Szász N.¹, Harmos F.², Szegedi R.⁴, Banai J.¹

Dept. of Gastroenterology, State Health Centre¹, Dept. of 2nd Surgery, State Health Centre², Dept. of Pathology, State Health Centre³, ICU, State Health Centre⁴

14.20 SECONDARY AORTOENTERIC FISTULA: 3 CASE REPORTS AND REVIEW

Sarlós P., Acél P., Csizmadia C., Illés A., Király Á., Nagy L.

3rd Dept. of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs

14.30 SEVERE OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN A YOUNG PATIENT WITH IgG4-NEGATIVE AUTOIMMUN PANCREATITIS – TREATMENT WITHOUT INVASIVE PROCEDURES

Sebe E.¹, Varsányi M.¹, Tiszlavitz L.³, Schäfer E.¹, Rusznyák K.¹, Sándor J.², Banai J.¹, Gyökeres T.¹

Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest¹, Dept. of Radiology, State Health Centre, Budapest², Dept. of Pathology, University of Szeged³

14.40 RANDEVÚ A DUODENUMBAN – ERCP ÉS INVAZÍV RADIOLÓGIA

Szász N.¹, Szentpétery L.², Schäfer E.¹, Rusznyák K.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹

HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Radiológia²

14.50 TUMOR OF VATER'S AMPULLA - WHAT IS THE RIGHT MANAGEMENT?

Simon S.¹, Solt J.¹, Kelemen D.², Hegedűs G.³, Gömöri É.⁴, Beró T.¹

Dept. of Gastroenterology, Baranya County Hospital¹, Dept. of Surgery, Medical Faculty of Pécs University², Dept. of Pathology, Baranya County Hospital³, Institute of Pathology, Medical Faculty of Pécs University⁴

Üléselnökök/Chairmen:

Döbrönte Zoltán, Szombathely

Pécsi Gyula, Győr

15.00 RADIOLOGICAL INVESTIGATIONS DURING AND AFTER UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPIC PROCEDURES

Gurzó Z., Fazekas I., Szalai L., Ilyés S., Novák J.

Pándy Kálmán Kórház-Gasztroenterológia-1st

15.10 GYAKORI, HELICOBACTER TŐL FÜGGETLEN FEKÉLY A VESEÁTÜLTETÉS UTÁNI ELSŐ ÉVBEN

Telkes G.¹, Péter A.¹, Tulassay Prof. Z.²

Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest ¹, II. Belgyógyászati Klinika, MTA Kutató Csoport, Semmelweis Egyetem, Budapest ²

15.20 PROSPECTIVE AUDIT OF COLONOSCOPY QUALITY

Gódi S., Hágendorn R., Czimmer J., Szabó I., Pakodi F., Vincze Á.

First Department of Medicine, University of Pécs

15.30 DISSZEMINÁLT KAPOSÍ SZARKÓMA GASTROINTESTINÁLIS MANIFESZTÁCIÓJA PRIMER COLON ADENOCARCINOMA MELLETT-ESETISMERTETÉS

Szőnyi M.¹, Lohinszky J.², Pozsár J.¹, Topa L.¹

Gasztroenterológiai profil, Szent Imre Kórház, Budapest ¹, Klinikai Onkológiai profil, Szent Imre Kórház, Budapest ²

15.40 IDŐS NŐBETEG B-SEJTES GYOMOR LYMPHOMÁJA /ESETISMERTETÉS

Molnár S.¹, Simon K.², Molnár Z.³, Tarpay Á.², Kovács Megyesi A.⁴, Burai M.²

Nyíró Gyula Kórház II. Belgyógyászat Budapest ¹, Szent Imre Kórház Patológia², Országos Onkológiai Intézet Kemothérapie A Amb.Budapest ³, Budaörs Europmed ⁴

15.50 GASTROENTEROSTOMY BY USING MAGNETS ON PORCINE MODELS

Jónás A.¹, Lukovich P.¹, Dudás I.², Kecskédi B.¹, Váradi G.¹, Tari K.¹, Kupcsulik P.¹

1st Department of Surgery, Semmelweis University ¹, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University ²

2009. június 13. Szombat
13 June, Saturday
14.00 – 16.35

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Hunyady Béla, Kaposvár Pár Alajos, Pécs, Tornai István, Debrecen

- 14.00 CHOLANGIOCARCINOMA 2009**
 Okolicsányi Lajos, Università di Padova, Italy
- 14.15 PHYLOGENETIC ANALYSIS OF A HEPATITIS C VIRUS OUTBREAK IN A HAEMODIALYSIS UNIT**
Dencs Á.¹, Hettmann A.¹, Szűcs M.², Rusvai E.¹, Takács M.¹
 National Center for Epidemiology, Division of Virology, Budapest, Hungary ¹, National Public Health and Medical Officer Service, Department of Epidemiology, Pécs, Hungary ²
- 14.25 IDÜLT C HEPATITISZ REAL LIFE KEZELÉSE KELET- MAGYARORSZÁG CENTRUMAIBAN(2004-2008)**
Varga M.¹, Csefkó K.¹, Bányai T.², Lakatos P.², Lesch M.³, Sipos B.⁴, Bátyi É.⁴, Váczi Z.⁵, Lombay B.⁶, Tusnádi A.⁷, Jancsik V.⁸, Weisz G.⁸, Budai A.⁹, Mohácsi S.⁹, Tornai I.¹⁰
 III.Belgyógyászat-Gasztroenterológia,Réthy Pál Kórház, Békéscsaba ¹, Infektológia, Pándy Kálmán Kórház, Gyula ², Infektológia,Jósa András Kórház,Nyíregyháza ³, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Jósa András Kórház,Nyíregyháza ⁴, Gasztroenterológia, BAZ Megyei Kórház, Miskolc ⁵, Szent Ferenc Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Miskolc ⁶, Infektológia,Hetényi Géza Kórház,Szolnok ⁷, Infektológia, Kenézy Kórház, Debrecen ⁸, Gasztroenterológia, Bács-Kiskun Megyei Kórház,Kecskemét ⁹, II.Belklinika, DEOEC, Debrecen ¹⁰
- 14.35 FIVE YEARS EXPERIENCE OF PEGYLATED INTERFERON (PEG-IFN) PLUS RIBAVIRIN (RBV) THERAPY IN CHRONIC HEPATITIS C**
Pálvölgyi A., Korom T., Nagy I., Árva M., Wittmann T.
 First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary
- 14.45 CAN RIBAVIRIN-RELATED ANEMIA PREDICT A SUSTAINED VIRAL RESPONSE IN CHRONIC HEPATITIS C TREATED WITH PEGINTERFERON PLUS RIBAVIRIN?**
Korom T., Nagy I., Pálvölgyi A., Wittmann T.
 First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary
- 14.55 IRON REDUCTION IN CHRONIC HEPATITIS C BY REPEATED PHLEBOTOMY: A STUDY USING A LESS AGGRESSIVE PROTOCOL**
Nagy I., Pálvölgyi A., Korom T., Wittmann T.
 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary
- 15.05 A MÁJFIBROSIS MEGHATÁROZÁSÁNAK ÚJ, NON-INVAZÍV MÓDSZERE: TRANZIENS ELASZTOGRÁFIA (FIBROSCAN®) SZEREPE ÉS JELENTŐSÉGE A TERÁPIÁS DÖNTÉSBEN KRÓNIKUS VÍRUSHEPATITISEKBEN**
Horváth G.¹, Erőss B.², Makara M.¹
 Budai Hepatológiai Centrum, Budapest ¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, Budapest ²

15.15 CHANGES OF AUTONOMIC AND SENSORY FUNCTION DURING 24 WEEKS OF ANTIVIRAL TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC HCV INFECTION

Csihi L.¹, Ostovits J.¹, Horváth E.¹, Tax J.¹, Horváth T.³, Csák T.¹, Tóth T.¹, Abonyi M.¹, Fehér J.², Kempler P.¹, Kollai M.³, Szalay F.¹

1.sz.Belgyógyászati Klinika¹, 2.sz.Belgyógyászati Klinika², Kísérleti Kutató és Humán Élettani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest³

15.25 INCREASED IL-10, TNF-ALPHA, IFN-GAMMA PRODUCTION OF ACTIVATED NK CELLS IN CHRONIC HCV INFECTION

Pár G.¹, Szereday L.², Miseta A.³, Hegedűs G.⁴, Szereday Z.⁴, Vincze Á.¹, Pár A.¹

First Department of Medicine, University of Pecs¹, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pecs², Department of Laboratory Medicine, University of Pecs³, Department of Pathology, Baranya County Hospital, Pecs, Hungary⁴

15.35 ACUTE LIVER FAILURE IN HUNGARIAN WILSON'S DISEASE PATIENTS

Horváth E.¹, Folhoffer A.¹, Csák T.¹, Horváth A.¹, Ostovits J.¹, Visnyei Z.¹, Csihi L.¹, Gerlei Z.², Fehérvári I.², Kóbori L.², Nemes B.², Járny J.², Schuller J.³, Kósa J.¹, Szalay F.¹

1st Dept. of Internal Med¹, Clinic of Transplantation and Surgery of Semmelweis University², Szent László City Hospital Budapest³

15.45 ICG DENZITOMETRIA PORTALIS LIGATÚRÁKAT KÖVETŐ MÁJRESEKTIK ESETÉN

Szijártó A., Hargitai B., Darvas K., Kupcsulik P.

Semmelweis Egyetem I.sz Sebészeti Klinika

15.55 MÁJÁTÜLTETÉS - AZ INDIKÁCIÓ FELÁLLÍTÁSÁTÓL A SIKERES MŰTÉTIG

Schuller J.¹, Görög D.², Kóbori L.², Fehérvári I.², Gerlei Z.², Nemes B.²

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház III. Belgyógyászat¹, Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinika²

16.05 ÖSSZEFÜGGÉS A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ IDEJE, A MELD SCORE, INR MÉRÉS MÓDJA ÉS HELYE KÖZÖTT

Gerlei Z.¹, Sárváry E.¹, Seregély Z.², Gaál I.¹, Varga J.², Kovács F.³, Járny J.¹, Kóbori L.¹, Görög D.¹, Nemes B.¹, Monostory K.⁴, Fazakas J.¹

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest¹, Dade Behring & Siemens MKKK, Budapest², Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa³, MTA, Kémiai Kutatóközpont, Budapest⁴

16.15 MARGINÁLIS DONOROK ÉS MÁJÁTÜLTETÉS

Nemes B., Gelley F., Zádori G., Pápai S., Görög D., Fehérvári I., Maléth A., Nagy A., Borsodi E., Piros L. Kóbori L.

SE, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

16.25 CLAUDIN-1 ÉS CLAUDIN-7 EXPRESSZIÓ NÖVEKEDÉSE CIRRHOSISBAN ÉS HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMÁBAN

Kiss A.¹, Holczbauer Á.¹, Lotz G.¹, Szijártó A.², Kupcsulik P.², Tátrai P.¹, Schaff Z.¹

Semmelweis Egyetem, Budapest, 2. sz. Patológiai Intézet¹, Semmelweis Egyetem, Budapest, 1. sz. Sebészeti Klinika²

2009. június 13. Szombat
13 June, Saturday
16.35-17.30

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(POSZTEREK / POSTERS)

Üléselnökök/Chairmen:

Horváth Gábor, Budapest **Schuller János**, Budapest

1. **THE NEGATIVE ROLE OF INSULIN RESISTANCE FOR SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS**
Lombay B.¹, Szalay F.²
Szent Ferenc Hospital, Department of Internal Medicine, Miskolc ¹, Semmelweis University, 1st Clinic of Internal Medicine, Budapest ²
2. **ACUTE PHASE REACTANTS IN PATIENTS WITH WILSON'S DISEASE**
Vörös K.¹, Atzél K.¹, Szalay F.², Horváth E.², Gráf L.³, Kalabay L.¹
Dept of Family Medicine . ¹, 1st Dept of Int. Med. ², 3rd Dept of Int. Med. Semmelweis University. ³
3. **A PYOGEN MÁJTÁLYOG KEZELÉSI LEHETŐSÉGEINEK BEMUTATÁSA HÁROM ESET KAPCSÁN**
Kovalcsik Z.¹, Bruszt K.¹, Al-Assaf A.², Kovács É.², Bende M.³, Garamszegi M.¹
Gastroenterológia Osztály, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház, Szekszárd ¹, Belgyógyászat Osztály, Komlói Egészség Centrum Nonprofit Kft. Komló ², Röntgen- és Ultrahang Diagnosztikai Osztály, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház, Szekszárd ³
4. **AKUT, VARIXVÉRZÉS ALATT VÉGZETT TIPSS BEÜLTETÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK**
Kacska S.¹, Vitális Z.¹, Papp M.¹, Palatka K.¹, Tornai I.¹, Tóth J.², Péter M.², ifj. Péter M.², Altörjay I.¹
Debreceni Egyetem OEC, Gastroenterológiai Tanszék ¹, Euromedic Diagnostics Szeged Kft. Debrecen ²
5. **DIABETES ÉS MÁJÁTÜLTETÉS**
Zádori G.¹, Pápai S.¹, Gelley F.¹, Fehérvári I.¹, Görög D.¹, Kóbori L.¹, Gerlei Z.¹, Sárváry E.¹, Varga M.¹, Firneisz G.², Nemes B.¹
SE, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest ¹, SE, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest ²
6. **NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS SENSITIZES TO TLR9-INDUCED LIVER INJURY**
Csak T.¹, Dolganiuc A.¹, Nath B.¹, Patrascu J.¹, Kodys K.¹, Szabo G.⁸
Dept. of Medicine, UMMS, Worcester, USA ¹

2009. június 13. Szombat
13 June, Tuesday
14.00 – 16.00

Levendula II terem
Levendula Hall II

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

Üléselnök/Chairmen:

Figler Mária, Pécs **Tomsits Erika**, Budapest

14.00 PARENTERAL NUTRITION SUPPORT: IS THERE A CHANCE BEYOND INTENSIVE CARE UNITS?

Sahin P.¹, Futó J.², Bajor J.³, Molnár C.⁴, Kriván G.⁵, Fenyvesi A.⁶, Hamvas J.⁷, Rédei C.¹, Aradán A.¹, Topa L.¹

Department of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest ¹, Casualty Department, Central Operating Theatre and Anaesthesiology Service, St. Imre Hospital. Budapest ², Department of Medicine and Gastroenterology, Baranya Country of Hospital ³, Department of Gastroenterology, Jávorszky Ödön Hospital, Vác ⁴, Department of Pediatric Hematology and Stem Cell Transplantation, St. László Hospital, Budapest ⁵, Department of Gastroenterology, Yahn Ferenc Hospital, Budapest ⁶, Department of Gastroenterology, Bajcsy Zsilinszky Hospital, Hungary ⁷

14.12 HALOLAJ TARTALMÚ ZSÍREMULSIÓ (SMOF) HATÉKONYSÁGA KORASZÜLÖTTEK PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSÁBAN

Tomsits E.¹, Pataki M.², Tölgyesi A.², Fekete G.¹, Rischák K.³, Szollár L.³

Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekklinika ¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika ², Semmelweis Egyetem Kórélettani Intézet ³

14.24 RESULTS OF A NUTRITIONAL STATUS SURVEY (NUTRITIONDAY2008) IN HOSPITALS

Hartmann E.¹, Lelovics Z.², Bonyár Müller K.², Bozó Kegyes R.³, Figler M.¹

1st Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs ¹, 2nd Institute of Human Nutritional Sciences and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs ², 3rd Heart Institute, Medical School, University of Pécs, Pécs, ³

14.36 IS SIZE IMPORTANT? EFFECT OF PORTION SIZE ON FOOD CONSUMPTION

Herczeg A.¹, Lelovics Z.¹, Figler M.²

1st Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs ¹, 2nd 2nd Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs ²

14.48 A GYAKORLATI DIETETIKA SZEREPE A HASNYÁLMIRIGY GYULLADÁS GYÓGYÍTÁSÁBAN

Imre E., Kalecz Z., Hamvas J.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat-gastroenterologia

15.00 NUTRITIONAL STATUS AND NUTRITIONAL REHABILITATION IN NURSING HOMES

Lelovics Z.¹, Figler M.²

1st Institute of Human Nutritional Sciences and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs¹, 2nd 2nd Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs²

15.12 SUBJECTIVE EFFECTS OF FLAVONOID-CONTAINING NUTRITIONAL SUPPLEMENTS ON HEALTH INDICATORS

Vági Z.¹, Major A.², Cseh J.², Lelovics Z.¹, Jeges S.¹, Figler M.¹

1st Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs¹, 2nd 2nd Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs²

15.24 EFFECT OF A NOVEL NUTRITIONAL THERAPY IN A CASE OF KLATSKIN TUMOR

Figler M.¹, Horváth Ö.², Weninger C.³, Battyányi I.³, Grandics P.⁴

1st 2nd Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, 2nd Department of Surgery, University of Pécs², 3rd Institute of Radiology, University of Pécs³, 4rd A-D Research Foundation, Carlsbad, CA 92008 USA⁴

2009. június 13. Szombat
13 June, Saturday
16.00 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**ÉTELALLERGIÁK ÉS INTOLERANCIÁK A HÁZIORVOSI
GYAKORLATBAN**
A DIAGNOSZTIKA, SZŰRÉS ÉS GONDOZÁS KÉRDÉSEI
FOOD ALLERGY AND INTOLERANCE IN PRIMARY CARE
DIAGNOSIS, SCREENING AND CARE

Richter Gedeon és ratiopharm szponzorálásával
Sponsored by Richter Gedeon and ratiopharm

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

Interdisciplinary discussion of Hungarian Gastroenterological Society and Family Doctors

Üléselnökök/Chairmen: Szalay Ferenc, Budapest Bálint Levente, Budapest

16.00-16.05 BEVEZETŐ / INTRODUCTION

16.05-16.25 ÉTELALLERGIA VAGY -INTOLERANCIA

FOOD ALLERGY OR INTOLERANCE

Miheller Pál, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika

**16.25-16.45 LAKTÓZINTOLERANCIA FELNŐTTKORBAN, A
DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKA KÉRDÉSEI**

*LACTOSE INTOLERANCE IN ADULT PATIENTS, QUESTIONS OF
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS*

Rosztóczy András, Szegedi Tudományegyetem I. Belklinika

16.45-17.05 COELIAKIA FELISMERÉSE ÉS GONDOZÁSA AZ ALAPELLÁTÁSBAN
DETECTION AND CARE OF CELIAC DISEASE IN PRIMARY CARE

Korponay-Szabó Ilma, Heim Pál Kórház, Budapest

17.05-17.30 KÉRDÉSEK, DISZKUSSZIÓ, INTERAKTÍV ESETISMERTETÉSEK
QUESTIONS AND DISCUSSION WITH COFFEE AND SANDWICH

2009. június 13. Szombat
13 June, Saturday
16.00 – 17.30

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

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

16.00-17.30

KÖZGYŰLÉS / *GENERAL ASSEMBLY*

VEZETŐSÉGI ÜLÉS /
MEETING OF THE GOVERNING BOARD

2009. június 12. Szombat
12 June, Saturday
17.30 - 18.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**HOGYAN JAVÍTSUK A BETEG EGYÜTTMŰKÖDÉSÉT A
COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉBEN?**

*HOW TO IMPROVE PATIENTS COMPLIANCE IN ULCERATIVE
COLITIS?*

FERRING SZIMPÓZIUM/ FERRING SYMPOSIUM

Üléselnök/ Chairman: **Rácz István**, Győr

GYÓGYSZER-ADHERENCIA – NEMZETKÖZI ÉS HAZAI ADATOK

ADHERENCE – INTERNATIONAL AND NATIONAL DATA (15')

Lakatos László, Veszprém

AZ ORÁLIS 5-ASA KEZELÉS ÚJ SZEMPONTJAI

NEW ASPECTS OF ORAL TREATMENT WITH 5-ASA (10')

Banai János, Budapest

LOKÁLIS 5-ASA KEZELÉS

TREATMENT WITH LOCAL 5-ASA (10')

Demeter Pál, Budapest

PODIUM VIZSGÁLAT

PODIUM STUDY (8')

Bene László, Budapest

Diszkusszió

Discussion

2009. június 13. Szombat
13 June, Saturday
18.30 - 19.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**ÖNTSÜNK TISZTA VIZET A POHÁRBA! HOL AZ
EGYENSÚLY A SAVCSÖKKENTŐK KÖZÖTT?**
*LET'S SAY THE BEST PRACTICE! HOW TO KEEP BALANCE BETWEEN
ACID SUPPRESSING DRUGS!*
RICHTER SZIMPÓZIUM/ RICHTER SYMPOSIUM

Üléselnök/ Chairman: **Lonovics János**, Szeged

SAVCSÖKKENTŐK FARMAKOLÓGIÁJA
PHARMACOLOGY OF ACID-SUPPRESSING DRUGS
Hegyi Péter, Szeged

**H₂RA ÉS PPI SZEREK HELYE A GASZTROENTEROLÓGIAI
GYAKORLATBAN**
USE OF H₂RA AND PPI DRUGS IN PRACTICE OF GASTROENTEROLOGY
Pap Ákos, Budapest,

20.30-tól

ORGONA KONCERT

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
9.00 –12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

Az oesophago-bronchialis/cardialis reflex: új diagnosztikus lehetőségek
Oesophago-bronchial/cardiac reflex: new diagnostic approaches.
Wittmann Tibor, Szeged

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

Az epesavak hatása a pankreasz vezetéksejtek bikarbonátszekréciójára tengerimalacban
Effects of bile acids on pancreatic ductal bicarbonate secretion in guinea pig
Venglovecz Viktória, Szeged

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS

Paul Fockens, the Netherlands
Ervin Tóth, Sweden
Zoltán Berger, Chile

STATE OF ART LECTURES

THERAPEUTICAL ENDOSCOPY; FROM POLYPECTOMY TO NOTES
Paul Fockens, the Netherlands

ENTEROSCOPY – 2009
Tóth Ervin, Sweden

COLORECTAL CANCER SCREENING: WHAT IS ACHIEVED AND WHICH ARE THE FUTURE SCENARIOS
Massimo Crespi, Italy

A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA

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

A SIMOR PÁL ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA

K Ö Z G Y Ű L É S
GENERAL ASSEMBLY

- | | |
|---------------------------|---|
| I. Elnöki megnyitó | IV. Ellenőri jelentés |
| II. Főtitkári beszámoló | V. Vita az elhangzott beszámolók felett |
| III. Pénztárosi beszámoló | VI. 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. PRÓRAY GÁBOR	1978	Dr. KISS JÁNOS	1995
Dr. VARRÓ VINCE	1961	Dr. PETRÁNYI GYULA	1979	Dr. PAPP JÁNOS	1996
Dr. FORNET BÉLA	1962	Dr. HOLLÁN ZSUZSA	1980	Dr. LONOVICS JÁNOS	1997
Dr. GÖMÖRI PÁL	1963	Dr. ECKHARDT SÁNDOR	1981	Dr. TULASSAY ZSOLT	1998
Dr. PETRI GÁBOR	1964	Dr. PREISICH PÉTER	1982	Dr. PÁR ALAJOS	1999
Dr. HÁMORI ARTHUR	1965	Dr. MÓZSIK GYULA	1983	Dr. SCHAFF ZSUSZA	2000
Dr. SÓS JÓZSEF	1966	Dr. PAPP MIKLÓS	1984	Dr. SZALAY FERENC	2001
Dr. JULESZ MIKLÓS	1968	Dr. GÁTI TIBOR	1985	Dr. PAP ÁKOS	2002
Dr. KELEMEN ENDRE	1969	Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1986	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2003
Dr. JÁVOR TIBOR	1970	Dr. FEHÉR JÁNOS	1987	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2004
Dr. IVANICS GYÖRGY	1971	Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1988	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2005
Dr. CSERNAY LÁSZLÓ	1972	Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1989	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2006
Dr. RÁK KÁLMÁN	1973	Dr. LAPIS KÁROLY	1990	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2007
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1974	Dr. SIMON LÁSZLÓ	1991	Dr. BANAI JÁNOS	2008
Dr. SZARVAS FERENC	1975	Dr. BALOGH ISTVÁN	1992	Dr. WITTMANN TIBOR	2009
1976-ban nem adtuk ki		Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	1993		
Dr. WINTER MIKLÓS	1977	Dr. BAJTAI ATTILA	1994		

A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

TISZTELETBELI TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. T.CSÁKY	(USA)	Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998
Dr. F.VILARDELL	(E)	Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998
Dr. D. MÜTING	(D)	Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999
Dr. L.DEMLING	(D)	Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999
Dr. H.MANSUROV	(SU)	Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999
Dr. A.UGOLEV	(SU)	Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999
Dr. M.SIURALA	(FL)	Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2000
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)	Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000
Dr. L.LAMBLING	(F)	Dr. A.S. PENA	(NL)	2000
Dr. E.GÜLZOW	(D)	Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001
Dr. HERBERT FALK	(D)	Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001
Dr. SERGE BONFILS	(F)	Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002
Dr. ROLF MADAUS	(D)	Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. F.G. RENTER	(D)	Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. HERIBERT THALER	(A)	Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. HARALD HENNING	(D)	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. PETER FERENCI	(A)	Dr. MICHAEL PETER MANN	(D)	2006
Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER	(D)	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	Dr. LÁSZLÓ G BOROS.	(USA)	2007
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. P. FUNCH-JENSEN	(D)			

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	2008.	Dr. PAPP MÁRIA
1999.	Dr. MOLNÁR BÉLA	2008.	Dr. PÁR GABRIELLA
		2009.	Dr. VENGLOVECZ VIKTÓRIA

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. PAPP JÁNOS	2001
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. SIMON LÁSZLÓ	2001
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. TULASSAY ZSOLT	2002
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. LONOVICS JÁNOS	2002
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. KISS JÁNOS	2004
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. PÁR ALAJOS	2004
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. WITTMANN TIBOR	2005
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. TÁRNOK FERENC	2006
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. VÁRKONYI TIBOR	2006
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. DÁVID KÁROLY	2006
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007
Dr. PREISICH PÉTER	1994	Dr. SCHAFF ZSUSZA	2007
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	Dr. LÍBOR JÁNOS	2007
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2008
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	Dr. NAGY FERENC	2008
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	Dr. BERÓ TAMÁS	2009
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2009
Dr. SZALAY FERENC	1997	Dr. KUPCSULIK PÉTER	2009
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998	Dr. DALMI LAJOS posthumus	2009
Dr. FEHÉR JÁNOS	1998		
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999		
Dr. SZEKENI ÁGNES	1999		
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000		
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000		

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	Dr. LÁSZLÓ SÁFRÁNY	(D)	2008
Dr. MANFRED V. SINGER	(D)	1988	Dr. J.F. RIEMANN	(D)	2008

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
13.30 - 14.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

„ÉLNI, ÚJRA ÉLNI!”
„LIVE, LIVE AGAIN”
ABBOTT SZIMPÓZIUM/ ABBOTT SYMPOSIUM

Üléselnökök/ Chairmen: **Tulassay Zsolt**, Budapest

ELGONDOLKODTATÓ VÉLEMÉNYEK CROHN BETEGSÉG
KÉRDŐÍVES FELMÉRÉSE KAPCSÁN

CONSIDERING OBSERVATIONS BY RIGHT OF QUESTIONNAIRE
SURVEY OF CROHN DISEASE

Simon László, Budapest

INTERAKTÍV ESETBEMUTATÁS

INTERACTIVE CASE DISCUSSION

Nagy Ferenc, Szeged

Az Év Gyógyszere 2008

HUMIRA

Élet ma, holnap és azután

Drug of the Year 2008

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
14.00-15.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

KAPSZULA ENDOSZKÓPIA - MINISZIMPÓZIUM

Üléselnökök/Chairmen: **Madácsy László**, Székesfehérvár **Rácz István**, Győr

- 14.00 **KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA; JELEN ÉS JÖVŐ**
 Tóth Ervin, Malmö, Sweden
- 14.15 **OESOPHAGEAL CAPSULE ENDOSCOPY; PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY**
Szabó A., Dancs N., Jánoki M., Rácz I.
 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr
- 14.25 **IS COLON CAPSULE ENDOSCOPY USEFUL FOR BARRETT'S PRESCREENING?**
Dancs N., Szabó A., Jánoki M., Rácz I.
 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr
- 14.35 **A VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA SZÖVŐDMÉNYE A KAPSZULA RETENCIÓ: MIT TEGYÜNK?**
Kovács M.¹, Pák P.¹, Pák G.¹, Papp J.²
 II. Belgyógyászat, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom ¹, I. Belgyógyászat, Semmelweis Egyetem, Budapest ²
- 14.45 **COLON CANCER DETECTION BY A "RENDEZVOUS COLONOSCOPY"; SUCCESSFUL REMOVAL OF STUCK COLON CAPSULE BY CONVENTIONAL COLONOSCOPY**
Rácz I., Jánoki M., Hussam S.
 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
15.00 – 17.10

Wimbledon. terem
Wimbledon Hall I.

SEBÉSZET / SURGERY
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Lukovich Péter, Budapest **Bálint András**, Budapest

15.00 MINIMAL INVASIV SURGICAL THERAPY OF EARLY OESOPHAGEAL CANCER: TOTALLY LAPAROSCOPIC TRANSHIATAL EXSTIRPATION

Lukovich P., Papp A., Kupcsulik P.

1st Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine

15.10 PERCUTAN TRANSHEPATICUS EPEÚTI INTERVENCIÓK TAPASZTALATAI

Szijártó A., Kupcsulik P.

Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika

15.20 THE DEVELOPMENT OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGY IN LIGHT OF CHOLECYSTECTOMIES PERFORMED BETWEEN 1994 AND 2007

Vanca T.¹, Lukovich P.², Gerő D.¹, Kupcsulik P.²

Semmelweis University of Medicine ¹, 1st. Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine ²

15.30 GIANT FIBROID DUODENAL POLYP CAUSING SERIOUS ANAEMIA

Brenner B., Sesztakov R., Hajnal P., Máté M., Bálint A.,

Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil

15.40 GIST KOMPLEX SEBÉSZI KEZELÉSE

Szűcs Á.¹, Bodoky G.², Pápai Z.³, Kupcsulik P.¹

Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest ¹, Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Onkológia, Budapest ², Állami Egészségügyi Központ, Onkológia, Budapest ³

16.00 GIST SEBÉSZI KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON (2007-2009 12ESET)

Máté M., Pfahler P., Bálint A.

Szent Imre Kórház Általános Sebészeti Profil, Budapest

SZÜNET

Üléselnökök/Chairmen:

Bursics Attila, Budapest **Lázár György**, Szeged

16.10 ADVANCED LAPAROSCOPY IN OUR GASTROENTEROLOGIC SURGICAL PRACTICE

Mészáros P., Masszi L., Perduk A., Bencz L., Megadja B., Pörnczei B., Bursics A.

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery

16.20 TREATMENT OF BILE DUCT INJURIES AT OUR DEPARTMENT

Lauf L., Mészáros P., Fekete A., Topa L., Bély M., Bursics A.

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St.John of God in Budapest, Department of Surgery

16.30 SUCCESSFUL COMPLEX THERAPY OF CROHN DISEASE INDUCED RECTO-VAGINAL FISTULA

Köveskúti Á.¹, Schäfer E.², Gyökeres T.², Banai J.², Bursics A.¹

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St.John of God in Budapest, Department of Surgery ¹, HM-ÁEK Department of Gastroenterology ²

16.40 SURGERY FOR LIVER AND BILIARY LESIONS AT OUR DEPARTMENT BETWEEN 2005 AND 2008

Pörnczi B.¹, Gyökeres T.², Pap Á.³, Köveskúti Á.¹, Pápai Z.², Bursics A.¹

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St.John of God in Budapest, Department of Surgery ¹, HM-ÁEK Department of Gastroenterology ², HM-ÁEK Department of Oncology ³

16.50 LAPAROSCOPIC SURGERY OF COLORECTAL MALIGNANCIES

Simonka Z., Paszt A., Ábrahám S., Rokszin R., Pieler J., Lázár G.

Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Szeged

17.00 DUODENUM SÉRÜLÉSEK GYERMEKKORBAN

Bognár M., Dávidovics S., Kelemen Á., Ruzinkó V.

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Centrum

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
17.10 – 17.40

Wimbledon. terem
Wimbledon Hall I.

SEBÉSZET / SURGERY
(POSZTEREK / POSTERS)

Poszerbírálok:

Kupcsulik Péter, Budapest

Bálint András, Budapest

1. **SUCCESSFULLY TREATED PATIENT WITH VERRUCOUS CARCINOMA DEVELOPED FROM ANOGENITAL GIANT CONDYLOMA**
Kári D.¹, Csorba É.², Szeldeli P.³, Ecsedy G.¹, Ender F.²
South-Pest Medical Center of Budapest, Surgery Dept.¹, United St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Institutions, Burn- and Plastic Surgery Dept.², South-Pest Medical Center of Budapest, Urology Dept.³
2. **RARE SERIES OF COMPLICATIONS FOLLOWING ERCP**
Szilágyi I.¹, Lovay Z.¹, Ecsedy G.¹, Fenyvesi A.², Fuszek P.², Bede A.³, Ender F.¹
Jahn-Ferenc Hospital, Department of Surgery¹, Jahn-Ferenc Hospital, Department of Gastroenterology², Jahn-Ferenc Hospital, Intensive Care Unit³
3. **THREE-PORT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: A RETROSPECTIVE STUDY OF THE CASES IN 2007.**
Gerő D.¹, Lukovich P.², Vanca T.¹, Kupcsulik P.²
Semmelweis University, Faculty of Medicine¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University²

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
14.00 –16.20

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Lakatos Péter, Budapest

Miheller Pál, Budapest

- 14.00 **IMMUNSZUPPRESSZÍV KEZELÉS IBD-BEN**
Walter Reinisch, Vienna, Austria
- 14.20 **IBD EPIDEMIOLÓGIAI ADATOK SZLOVÁKIÁBAN**
Milos Gregus, Bratislava, Slovakia
- 14.30 **CLOSTRIDIUM DIFFICILE AKTUALITÁSAI**
Kristóf Tünde, Miskolc

Üléselnökök/Chairmen:

Banai János, Budapest

Bene László, Budapest

- 14.40 **PERIANAL DISEASE, SMALL BOWEL DISEASE, SMOKING, PRIOR STEROID OR EARLY AZATHIOPRINE/BIOLOGICAL THERAPY ARE PREDICTORS OF DISEASE BEHAVIOR CHANGE IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE**
Lakatos P.¹, Czegledi Z.², Szamosi T.², Banai J.², David G.³, Zsigmond F.², Pandur T.³, Erdelyi Z.³, Gemela O.¹, Papp J.¹, Lakatos L.³
1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹,
Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary ², 1st
Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ³
- 14.50 **EARLY EFFICACY AND SAFETY OF ADALIMUMAB THERAPY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE**
Czegledi Z.¹, Miheller P.², Szamosi T.¹, Banai J.¹, Tulassay Z.², Gemela O.³, Papp J.³, Lakatos P.³
1 Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary, 2 2nd
Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary 3 1st
Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary
- 15.00 **COMPARISON OF THE EFFECTS OF 1,25 DIHYDROXYVITAMIN D AND 25 HYDROXYVITAMIN D ON BONE PATHOLOGY AND DISEASE ACTIVITY IN CROHN'S DISEASE PATIENTS**
Miheller P.¹, Múzes G.¹, Hritz I.¹, Lakatos G.¹, Pregun I.¹, Lakatos P.², Herszényi L.¹, Tulassay Z.¹
Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest ¹, Semmelweis
Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest ²

15.10 SERUM MATRIX METALLOPROTEINASE -2, -7 AND -9 IN THE NORMAL MUCOSA-ADENOMA-COLORECTAL CARCINOMA SEQUENCE

Herszényi L.¹, Hritz I.¹, István G.², Sipos F.¹, Lakatos G.¹, Pregun I.¹, Elekes Z.¹, Juhász M.¹, Tulassay Z.¹

Second Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Second Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ²

15.20 NOT ONLY HISTOLOGICAL GRADE BUT ENDOSCOPIC FINDING, IRON DEFICIENCY, WEIGHT LOSS, AND CHANGE IN BOWEL HABITS REFER TO ADVANCED STAGE OF COLORECTAL CARCINOMA

Erhardt B.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Németh I.², Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged ²

Üléselnökök/Chairmen:

Molnár Tamás, Szeged

Lakatos László, Veszprém

15.30 NORMAL-LOOKING ILEOCECAL VALVE DOES NOT EXCLUDE CROHN'S DISEASE IN THE TERMINAL ILEUM

Farkas K.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Tiszlavicz L.², Németh I.², Wittmann T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged ²

15.40 PATIENT'S ADHERENCE TO MEDICATIONS AND QUALITY OF LIFE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Legány N.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Lakatos L.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Zsolnok Ferenc County Hospital, Veszprém ²

15.50 PREGNANCY OUTCOME IN WOMEN WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ACCORDING TO THE ACTIVITY OF THE DISEASE AND THE DRUG TREATMENT

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Nagy F.¹, Miheller P.², Nyári T.³, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest ², Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged ³

16.00 TRANSRECTAL ULTRASONOGRAPHY IN THE STAGING OF RECTAL CANCERS

Szepes Z.¹, Molnár T.¹, Farkas K.¹, Tőreki D.¹, Nagy F.¹, Nyári T.², Wittmann T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged ²

16.10 ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF LARGE SESSILE COLORECTAL ADENOMAS

Gaál A., Fejes R., Székely A., Székely I., Madácsy L.,

Fejér Megyei Szent György Kórház I. sz. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, OMCH Endoszkópos Labor

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
16.20 –18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES

(POSZTEREK / POSTERS)

Üléselnökök/Chairmen:

Újszászy László, Miskolc

Palatka Károly, Debrecen

1. **EARLY AZATHIOPRINE/BIOLOGICAL THERAPY PREVENTS FIRST SURGERY BUT NOT REOPERATION IN BOTH SMOKERS AND NON-SMOKERS WITH CROHN'S DISEASE**
Szamosi T.¹, Banai J.¹, Lakatos L.², Czegledi Z.¹, David G.², Schafer E.¹, Pandur T.², Erdelyi Z.², Gemela O.³, Papp J.³, Lakatos P.³
Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary ¹, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³
2. **ADHERENCE TO THERAPY AND USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**
Lakatos L.¹, David G.¹, Gemela O.², Palatka K.³, Kristof T.⁴, Nagy F.⁵, Salamon A.⁶, Lakatos P.²
1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ³, 2nd Department of Medicine, Miskolc County Hospital, Miskolc, Hungary ⁴, 1st Department of Medicine, Szeged University, Szeged, Hungary ⁵, 2nd Department of Medicine, Szekszard County Hospital, Szekszard, Hungary ⁶
3. **IDIOPATHIC PAN-COLONIC VARICES**
Stöckert A.¹, Patai Á.¹, Bodrogi N.², Ringelhan B.³, Battyáni I.⁴
Department of Medical-Gastroenterology Erzsébet Hospital Sopron 1st¹, Department of Radiology Erzsébet Hospital Sopron 2nd³, Department of Pathology Erzsébet Hospital Sopron 3rd⁴, Department Radiology University of Medical School Pécs 4th⁵
4. **EXPRESSION CHANGES OF GROWTH FACTOR RECEPTORS IN SUBEPITHELIAL FOLLICLES IN ULCERATIVE COLITIS: THE SEVERITY OF INFLAMMATION IS CHARACTERIZED BY EPITHELIAL GROWTH FACTOR RECEPTOR AND HEPATOCYTE-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR OVEREXPRESSION**
Sipos F.¹, Valcz G.¹, Galamb O.², Spisák S.², Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Molnár B.², Tulassay Z.²
2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ²
5. **KAPSZULA ENDOSZKÓPIÁVAL DIAGNOSZTIZÁLT GASZTROINTESTINALIS NON-HODGKIN LYMPHOMA**
Csizmazia I.¹, Tolmácsi B.¹, Sipter E.¹, Gombás P.², Lestár B.³, Zsigmond F.¹, Banai J.¹
HM Állami Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály ¹, HM Állami Egészségügyi Központ Patológiai Osztály ², HM Állami Egészségügyi Központ Sebészeti Osztály ³

Üléselnök/Chairman:

Kovács Ágota, Budapest

Novák János, Gyula

6. **MANNÓZ-KÖTŐ LEKTIN SZINTEK GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN**

Farkas G.¹, Hársfalvi J.², Altorjay I.¹, Palatka K.¹, Lakatos L.³, Kovács Á.⁴, Farkas K.⁵, Molnár T., Papp J.⁶, Lakatos P.⁶, Papp M.¹

Debreceni Egyetem OEC, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Debreceni Egyetem OEC, Klinikai Kutató Központ, Debrecen², Csolnoky Ferenc Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Veszprém³, Péterfi Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest⁴, Szegedi Egyetem, Szent-György Albert Orvos-és Gyógyszertudományi Centrum, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁵, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁶

7. **THE BEHAVIOR OF MATRIX METALLOPROTEINASE-9 IN LYMPHOCYTIC COLITIS, COLLAGENOUS COLITIS AND ULCERATIVE COLITIS**

Lakatos G., Hersényi L., Sipos F., Miheller P., Hritz I., Juhász M., Pregun I., Molnár B., Tulassay Z.

SE ÁOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

8. **VIRTUAL SEROLOGICAL UNCERTAINTY IN A SEVERE CELIAC DISEASE PATIENT**

Bodnár Z.¹, Kovács I.², Tumpek J.³, Plósz J.¹, Gerdán J.¹, Zágonyi T.⁴

Department of Medicine, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen¹, Department of Pathology, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen², 3rd Dept. of Medicine, Medical and Health Science Center, University of Debrecen³, 2nd Dept of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁴,

9. **TÉNYLEGES REMISSZIÓ CROHN BETEGSÉGBEN ?**

Grenda A., Kristóf T., Orosz P.

B-A-Z Megyei és Egyetemi Oktató Kórház II. Belgyógyászat

10. **ANALYSIS OF PEROXISOME PROLIFERATOR-ACTIVATED RECEPTOR POLYMORPHISMS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**

Palatka K.¹, Poliska S.², Papp M.¹, Penyige A.³, Lakatos P.⁴, Miheller P.⁵, Molnár T.⁶, Altorjay I.¹, Nagy L.²

Dept. Gastroenterology, University of Debrecen, Medical and Health Science Center¹, Biochemistry and Molecular Biology, University of Debrecen, Medical and Health Science Center², Institute of Human Genetics, University of Debrecen, Medical and Health Science Center³, 1st. Dept. Medicine, Semmelweis University, Budapest⁴, 2nd Dept Medicine, Semmelweis University⁵, 1st Dept Medicine, University of Szeged⁶

Üléselnökök/Chairmen:

Horváth Gábor, Miskolc

Vincze Áron, Pécs

11. **IMMUNOSUPPRESSIO TÖBB TÁMODÁSPONTON-ELŐNYÖK, VESZÉLYEK-COLITIS ULCEROSÁS BETEGÜNK ESETISMERTETÉSE** Horváth G., Gábor Z., Theisz J., Haraszi B., Újszászy L.

Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Bel. Int. Gasztroenterológia

12. **SZÉRUM TNF α , IL-6, sIL-6R SZINTEK VÁLTOZÁSA TNF α MONOKLONÁLIS ANTITEST (INFLIXIMAB) KEZELÉS SORÁN CROHN BETEGEKBEN**
Gelley A.¹, Nagy E.², Balázs C.¹
 Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály ¹, Központi Laboratórium Budai Irgalmasrendi Kórház Kht, Budapest ²

13. **CELIAC DISEASE AND RISK OF SUBSEQUENT TYPE 1 DIABETES**
Micskey É.¹, Pánczél P.², Blatniczky L.¹, Lukács K.³
 Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Északbudai Egyesített Kórházai, Budai Gyermekkorház Telephely, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem III. Belgyógyászati Klinika, III. Belosztály, Budapest ², Semmelweis Egyetem, Cellscreen Alkalmazott Kutatási központ, Immungenomikai Laboratórium, Budapest ³

14. **HAEMOGLOBIN ÉS ALBUMIN IMMUNVIZSGÁLAT ALKALMAZÁSA COLORECTALIS SZÚRÉSNÉL**
Tarpay Á.¹, Ottó S.², Sz.Németh M.², Burai M.¹, Pap Á.²
 Gasztroenterológia/Endoszkópia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ¹, Központi laboratórium, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ²

15. **THE ROLE OF MDCT IN THE EVALUATION OF COLORECTAL DISORDERS**
Kiss I.¹, Rosztóczy A.², Nagy F.², Palkó A.³, Wittmann T.²
 EUROMEDIC Diagnostics Szeged ¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Department of Radiology, University of Szeged, Szeged, Hungary ³

16. **COLONOSCOPIC CHARACTERISTICS OF INFANTS WITH ALLERGIC-EOSINOPHILIC PROCTOCOLITIS**
Veres G.¹, Pintér P.¹, Györffy H.², Dezsőfi A.¹, Arató A.¹
 Ist Dept of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest ¹, IInd Dept of Pathology, Semmelweis University, Budapest ²

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
14.00 – 17.40

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Molnár Béla, Budapest **Varga Gábor**, Budapest

- 14.00 **HUMÁN, PRIMER NYÁLMIRIGY SEJTVONAL LÉTREHOZÁSA, FENNTARTÁSA ÉS FUNKCIONÁLIS VIZSGÁLATA**
Hegyesi O.¹, Földes A.¹, Király M.¹, Steward M.², Varga G.¹
Semmelweis Egyetem, Orálbiológia Tanszék, Budapest ¹, Faculty of Life Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK ²
- 14.10 **EFFECT OF BILE ACIDS ON ION CONDUCTANCES IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCT CELLS**
Venglovecz V.¹, Rakonczay Z.², Hegyi P.², Gray M.³, Argent B.³
Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ², Institute for Cell & Molecular Biosciences, Newcastle University Medical School, Newcastle upon Tyne, UK ³
- 14.20 **IDENTIFICATION OF METHYLATION RELATED BIOMARKERS BY WHOLE GENOME MICROARRAYS FROM LASER MICRODISSECTED (LCM) COLONIC CELLS**
Spisak S., Galamb O., Wichmann B., Solymosi N., Sipos F., Toth K., Kalmar A., Tulassay Z., Molnar B.
Semmelweis University, 2nd Department of Medicine, Cell Analysis Laboratory
- 14.30 **NON-CONJUGATED BILE ACID INDUCES MITOCHONDRIAL DAMAGE IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELL**
Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Rázga Z.³, Tiszlavicz L.³, Hegyi P.¹
First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged ², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged ³
- 14.40 **HUMÁN FOGGYÖKÉRHÁRTYA EREDETŰ PROGENITOR SEJTEK IN VITRO IDEGI DIFFERENCIÁLTATÁSA**
Porcsalmy B.¹, Király M.¹, Szabó E.¹, Molnár B.², Gera I.², Bernhard G.⁴, Gerber G.³, Varga G.¹
Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, Parodontológiai Klinika, Budapest ², Semmelweis Egyetem, Szövet és Fejlődéstani Intézet, Budapest ³, CIHR Group in Matrix Dynamics, University of Toronto ⁴
- 14.50 **CHARACTERIZATION OF THE ACID/BASE TRANSPORTERS IN HUMAN GASTRIC MYOFIBROBLASTS**
Czepan M.¹, Rakonczay Z.¹, Schnur A.¹, Lazar G.², Simonka Z.², Tiszlavicz L.³, Nemeth I.³, Venglovecz V.⁴, Varro A.⁵, Lonovics J.¹, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹
University of Szeged, 1st Department of Medicine ¹, Department of Surgery ², Department of Pathology ³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy ⁴, University of Liverpool, Department of Physiology ⁵

15.00 IN VITRO AND IN VIVO ANALYSIS OF THE ROLE OF ALPHA-2 ADRENOCEPTORS IN THE REGULATION OF GASTRIC MOTILITY IN THE RAT.

Shujaa N.¹, Zadori Z.¹, Al-khrasani M.¹, Rossi M.¹, Iemolo A.², Gyires K.¹

Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvarad ter 4. 1089 Budapest, Hungary. ¹, Department of Pharmaceutical Sciences, pharmacology Section, University of Catania, Faculty of Pharmacy, Catania, Italy ²

15.10 TRYPSIN INHIBITS A CHLORIDE INDEPENDENT PANCREATIC DUCTAL BICARBONATE SECRETION VIA PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR 2

Pallagi P.¹, Rakonczay Z.¹, Takács T.¹, Venglovecz V.², Lonovics J.¹, Wittmann T.¹, Borka K.³, Özsvári B.¹, Sahin-Tóth M.⁴, Hegyi P.¹

1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³, Department of Molecular and Cell Biology, Goldman School of Dental Medicine, Boston University, Boston, MA, USA. ⁴

15.20. CENTRAL AND PERIPHERAL MECHANISMS INVOLVED IN THE AGMATINE-INDUCED GASTROPROTECTION IN THE RAT

Pap B., Kirsch P., Zádori Z., Shujaa N., Gyires K.

Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, 1089, Budapest, Nagyvárad tér 4.

15.30 REGENERATION EFFECT OF CELL-FREE-DNA IN DSS INDUCED MOUSE COLITIS MODEL

Jasz O., Spisak S., Valcz G., Sipos F., Tulassay Z., Molnar B.

2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Cell Analysis Laboratory

15.40 INVESTIGATION OF ION TRANSPORT ACTIVITIES IN NORMAL AND ULCERATIVE COLITIS HUMAN COLONIC EPITHELIAL CELLS

Farkas K.¹, Yeruva S.², Hubricht J.², Rakonczay Jr. Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Varga L.³, Venglovecz V.⁴, Wittmann T.¹, Riederer B.², Seidler U.², Hegyi P.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Gastroenterology, Hannover Medical School, Hannover ², Department of Surgery, University of Szeged, Szeged ³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged ⁴

15.50 REDUCED EPITHELIAL SODIUM CHANNEL FUNCTION MIGHT CONTRIBUTE TO CHRONIC DIARRHEA IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Király M.¹, Farkas K.², Hegyi P.², Molnár T.², Nagy F.², Rakonczay Z.², Varga G.¹, Zsembergy Á.³

Semmelweis University, Department of Oralbiology ¹, University of Szeged, 1st Department of Medicine ², Semmelweis University, Institute of Human Physiology and Clinical Experimental Research ³

*Üléselnökök/Chairmen:***Fehér Erzsébet**, Budapest **Pár Gabriella**, Pécs**16.00 LOCALIZATION OF SUBSTANCE P WITH TUMOR NECROSIS FACTOR-ALPHA IN THE IMMUNOCYTES IN THE EXPERIMENTAL GASTRITIS**Pongor É., Altdorfer K., Fehér E.

Department of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

16.10 PHARMACOLOGICAL ANALYSIS OF THE RECEPTORS MEDIATING THE GASTROPROTECTIVE EFFECT OF AGMATINE IN THE RATDabi Á., Décsei O., Zádori Z., Shujaa N., Gyires K.

Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, 1089, Budapest, Nagyvárad tér 4.

16.20 IMMUNOHISTOCHEMICAL OBSERVATIONS IN PATIENTS WITH COELIAC DISEASEDömötör A.³, Lakner L.¹, Schumacher E.³, Tóth C.², Meczker Á.⁵, Hajós R.⁵, Kereskai L.⁴, Szekeres G.⁵, Czimmer J.³, Vincze Á.³, Döbrönte Z.¹, Mózsik G.³Department of Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely ¹, Department of Pathology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely ², 1st Department of Medicine, Medical and Health Centre, University of Pécs ³, Department of Pathology, University of Pécs ⁴, Histopathology Ltd. Pécs, Hungary ⁵**16.30 PARANEOPLASTIC INDUCTION OF DKK2 GENE EXPRESSION IN GASTRIC CANCER**Molnár J.¹, Selgrad M.¹, Schreiber S.¹, Kuester D.², Hoffmann J.¹, Bornschein J.¹, Fini L.¹, Wex T.¹, Tulassay Z.³, Malfertheiner P.¹Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Otto-von-Guericke University Magdeburg, Magdeburg, Germany ¹, Department of Pathology, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany ², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³**16.40 HŐSOKK FEHÉRJE (HSP) 72 EXPRESSZIÓ CÖLIÁKIÁS GYERMEKEKBEN**Szebeni B.¹, Sziksz E.², Vannay Á.², Veres G.², Dezsőfi A.², Ónody A.², Korponay-Szabó I.³, Szabó A.², Tulassay T.², Arató A.²Semmelweis Egyetem-Magyar Tudományos Akadémia Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, I. Gyermekklinika, Budapest ², Heim Pál Gyermekkorház, Gasztroenterológiai-Nephrológiai Osztály ³**16.50 HEMORRHAGIC EVENTS, SAFETY AND GENETIC FACTORS AMONG ORALLY ANTICOAGULATED PATIENTS – PRELIMINARY RESULTS**Várnai R.¹, Sipeky C.², Nagy L.¹, Melegh B.²3rd Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary ¹, Department of Medical Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary ²

Üléselnökök/Chairmen:

Arató András, Budapest **Blázovics Anna**, Budapest

17.00 OVERDOSED ANTIOXIDANT THERAPY IS CONTRAINDICATED IN FATTY LIVER

Hegedüs V.¹, Mihály Z.², Szijártó A.³, Blázovics A.¹

2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Saint John's Hospital, Budapest ², 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ³

17.10 TGF-BETA1 INHIBITS NATURAL KILLER CELL ACTIVITY VIA DOWNREGULATING NKG2D KILLER ACTIVATOR RECEPTOR EXPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC HCV HEPATITIS

Szereday L.¹, Berki T.², Pálinkás L.², Halász M.¹, Miseta A.³, Hegedüs G.⁴, Vincze Á.⁵, Pár A.⁵, Pár G.⁵

Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pecs ¹, Department of Immunology and Biotechnology, University of Pecs ², Department of Laboratory Medicine, University of Pecs ³, Department of Pathology, Baranya County Hospital, Pecs ⁴, First Department of Medicine, University of Pecs ⁵

17.20 A HIPOXIA INDUKÁLTA FAKTOR (HIF) 1 ALFA EXPRESSZIÓJA CÖLIÁKIÁS GYERMEKEKBEN

Sziksz E.¹, Szebeni B.², Vannay Á.³, Veres G.¹, Dezsőfi A.¹, Ónody A.¹, Korponay-Szabó I.⁴, Szabó A.¹, Tulassay T.¹, Arató A.¹

Semmelweis Egyetem, I. Gyermekklinika, Budapest ¹, SE-MTA Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest ², Semmelweis Egyetem, Szentágothai János Tudásközpont, Budapest ³, Heim Pál Gyermekkórház, Gasztroenterológiai-Nephrológiai Osztály, Budapest ⁴

2009. június 14. Vasárnap
14 June, Sunday
18.00-19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

JANSSEN SZIMPÓZIUM / JANSSEN SYMPOSIUM

VITALÍTÁSGENERÁTOROK
GENERATORS OF OUR VITALITY
Bagdy Emőke

21.00-tól

FOGADÁS / RECEPTION, GALA DINNER

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
8.30 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**ELLENTMONDÁSOK ÉS DILEMMÁK A PANKREATITIS
KEZELÉSÉBEN**

*CONTROVERSIES AND DILEMMAS IN THE MANAGEMENT OF
PANCREATITIS*

SOLVAY SZIMPÓZIUM / SOLVAY SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman: **Hegyi Péter**, Szeged

**ELLENTMONDÁSOK ÉS DILEMMÁK A PANKREATITIS
KEZELÉSÉBEN**

*CONTROVERSIES AND DILEMMAS IN THE MANAGEMENT OF
PANCREATITIS*

Pap Ákos, Budapest

A PANKREATITIS SEBÉSZETE

SURGICAL MANAGEMENT OF PANCREATITIS

Oláh Attila, Győr

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**ÚJDONSÁGOK A COELIAKIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN,
TERÁPIÁJÁBAN ÉS MEGELŐZÉSÉBEN /**
*NOVEL DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC POSSIBILITIES AND
MEANS OF PREVENTIONS FOR COELIAC DISEASE*
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátor: Juhász Márk, Budapest

**A TERMÉSZETES ÉS AZ ADAPTÍV IMMUNITÁS SZEREPE A COELIAKIA
PATOGENEZISÉBEN**
*THE ROLE OF INNATE AND ADAPTIVE IMMUNITY IN THE PATHOGENESIS OF
COELIAC DISEASE*
Arató András, Budapest

A COELIAKIA INTERDISCIPLINÁRIS VONATKOZÁSAI
THE INTERDISCIPLINARY ASPECTS OF COELIAC DISEASE
Banai János, Budapest

**VÁLTOZÁSOK A COELIAKIA DIAGNOSZTIKAI STRATÉGIÁJÁBAN
A PREVENCIÓS PROGRAM INTERIM EREDMÉNYEI, VÁRHATÓ KIHATÁSAI A
GLUTÉN ÉTRENDRE VALÓ BEVEZETÉSÉRE**
*CHANGES IN THE DIAGNOSTIC STRATEGIES OF COELIAC DISEASE, THE INTERIM
RESULTS OF THE PREVENTION PROGRAM AND ITS POSSIBLE INFLUENCES ON THE
INTRODUCTION OF GLUTEN*
Korponay-Szabó Ilma, Budapest

**A GLUTÉNMENTES DIÉTA POTENCIÁLIS TERÁPIÁS ALTERNATÍVÁI - A
FOLYAMATBAN LÉVŐ GYÓGYSZERVIZSGÁLATOK BEMUTATÁSA**
*THE POTENTIAL THERAPEUTIC ALTERNATIVES OF GLUTENFREE DIET – A BRIEF
SUMMARY OF THE ONGOING TRIALS*
Juhász Márk, Budapest

11.05 – 11.35

**ÚJ TUMORMARKEREK ÉS PROGNOSZTIKAI TÉNYEZŐK
EMÉSZTŐSZERVI DAGANATOKBAN**
*NEW TUMOR MARKERS AND PROGNOSTIC FACTORS IN
GASTROINTESTINAL CANCERS*
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök/Chairman: Hunyady Béla, Pécs

Előadó/Lecturer: Hersényi László, Budapest

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
11.40 – 12.40

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

FINANSZÍROZÁS / FINANCING
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

**GASZTROENTEROLÓGIAI MAGÁN SZAKVIZSGÁLATOK, ENDO-
SZKÓPOS BEAVATKOZÁSOK, OUTSOURCING LEHETŐSÉGE**

Feltételek, szervezési kérdések, aktualitások

Moderátorok: **Pap Ákos**, Budapest **Gurzó Zoltán**, Gyula

**GASZTROENTEROLÓGIAI MAGÁNPRAXIS ANTSZ FELTÉTELEI,
ELVÁRÁSAI**

Mucsi Gyula, ANTSZ Dél-alföldi Regionális Tisztai Főorvos (8 perc)

**MAGÁNPRAXIS SZERVEZÉSI KÉRDÉSEI, BEAVATKOZÁSOK, MAR-
KETING**

Kristóf Tünde, Miskolc (8 perc)

MAGÁNPRAXIS, MINT GAZDASÁGI EGYSÉG

Dávid Gyula, Veszprém (8 perc)

ANESZTEZIOLÓGUS LEHETŐSÉGEI, FELTÉTELEK A MAGÁNPRAXISBAN

Ökrös Ilona, Miskolc (8 perc)

**ENDOSZKÓPOS KAPACITÁS ÉS A COLORECTALIS CARCINÓMA
SZŰRÉS LEHETŐSÉGE HAZÁNKBAN**

Gurzó Zoltán, Gyula (8 perc)

MEGBESZÉLÉS

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
13.30-14.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

DANONE SZIMPÓZIUM / DANONE SYMPOSIUM

Üléselnök/Chairman: **László András**, Budapest

**FUNKCIONÁLIS GASZTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK A
DIETIKUS SZEMSZÖGÉBŐL**

Antal Emese dietetikus, szociológus (MDOSZ elnöke)

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
14.00 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbldeon Hall

PANCREAS
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Pap Ákos, Budapest **Harsányi László**, Budapest

- 14.00 **ACUT PANCREATITIS ÁTMENETE KRÓNIKUSBA-KIVÉTEL ÉS SZABÁLY?**
Berger Zoltán, Chile
- 14.20 **A PANCREATITIS-ASSOCIATED CHYMOTRYPSINOGEN C MUTANT ELICITS ENDOPLASMIC RETICULUM STRESS AND APOPTOSIS**
Szmola R., Sahin-Tóth M.
 Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, USA
- 14.30 **CLAUDIN EXPRESSION IN DIFFERENT PANCREATIC CANCERS AND ITS SIGNIFICANCE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS**
Borka K.¹, Korompay A.¹, Szabó E.¹, Kaliszky P.², Kupcsulik P.², Schaff Z.¹, Kiss A.¹,
 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²
- 14.40 **INHIBITION OF ARGINASE ACTIVITY AMELIORATES L-ARGININE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN RATS**
Biczó G.¹, Hegyi P.¹, Berczi S.², Iványi B.², Hracskó Z.³, S. Varga I.³, Takács T.¹, Rakonczay Jr Z.¹
 1st Department of Medicine, University of Szeged ¹, Department of Pathology, University of Szeged ², Department of Biochemistry and Molecular Biology, University of Szeged ³
- 14.50 **BORTEZOMIB TREATMENT INTERFERES WITH IKB DEGRADATION AND INDUCES HSP SYNTHESIS IN EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS**
Szabolcs A.¹, Biczó G.¹, Tiszlavicz L.², Rakonczay Z.¹, Wittmann T.¹, Takács T.¹
 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary ²

Üléselnökök/Chairmen: **Oláh Attila**, Győr **Takács Tamás**, Szeged

- 15.00 **NOVEL TREATMENT FOR WALLED-OFF NECROSIS (WON)**
Pap Á., Burai M., Tarpay Á.
 Dept. of Gastroenterology/Endoscopy, National Institute of Oncology, Budapest

15.10 DOES HYPERLIPIDAEMIA, OBESITY AND EARLY HYPERGLYKAEMIA CONFER AN INCREASED RISK AND/OR MORE SEVERE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS? RETROSPECTIVE ANALYSIS IN OUR DEPARTMENT

Schäfer E.¹, Rusznyák K.¹, Visnyei Z.¹, Sándor J.², Varga G.³, Iványi A.³, Bursics A.³, Árva I.⁴, Karner T.⁴, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹

Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, Állami Egészségügyi Központ, Radiológia², Állami Egészségügyi Központ, Sebészet³, Állami Egészségügyi Központ, Intenzív Terápiás Osztály⁴

15.20 IS PANCREATIC CANCER STILL AN UNCURABLE DISEASE?

Bursics A.¹, Gyökeres T.², Pap Á.⁴, Vachaja J.³, Uhlyarik A.³, Pápai Z.³, Pörnczi B.¹

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹, HM-ÁEK Department of Gastroenterology², HM-ÁEK Department of Oncology³, National Institute of Oncology⁴

15.30 PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA MIMICKING PRIMARY RETROPERITONEAL FIBROSIS.CASE REPORT

Rédei C.¹, Eszes N.², Hajnal P.³, Máté M.³, Bálint A.³, Simon K.⁴, Pozsár J.¹, Topa L.¹

Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Kórház, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Budapest², Általános Sebészeti Profil, Szent Imre Kórház, Budapest³, Pathológiai Osztály, Szent Imre Kórház, Budapest⁴

15.40 AZ AKUT PANCREATITIS KEZELÉSÉNEK ÉS A NASOJEJUNÁLIS TÁPLÁLÁS ALKALMAZÁSÁNAK EREDMÉNYEI EGY GASZTROENTEROLÓGIAI CENTRUM ADATAINAK ALAPJÁN

Haszonits Z., Mályi ., Takács R., Kanyó B., Hamvas J.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgy. Gasztroenterologia

15.50 RECIDIVÁLÓ HEVENY PANCREATITIS RITKA ETIOLÓGIÁVAL

Péceli A.¹, Pák G.¹, Horváth Ö.²

II. Belgyógyászat Vaszary Kolos Kórház Esztergom¹, Pécsi Tudományegyetem Sebészeti Klinika²

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
16.00-18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ENDOSZKÓPIA III. / ENDOSCOPY III.
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Gyökerez Tibor, Budapest **Orosz Péter**, Miskolc **Topa Lajos**, Budapest

- 16.00 **ENDOSCOPIC BILIARY SPHINCTEROTOMY AND SMALL-CALIBER PANCREATIC STENTING VERSUS SPHINCTEROTOMY ALONE IN PATIENTS WITH ACUTE GALLSTONE PANCREATITIS – A PROSPECTIVE NONRANDOMIZED STUDY**
Madácsy L., Fejes R., Kurucsai G., Juhász V., Joó I., Székely A., 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, OMCH Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György Country Hospital, Székesfehérvár, Hungary
- 16.10 **EARLY VERSUS LATE DUCTAL DECOMPRESSION IN PATIENTS WITH ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) AND AMPULLARY OBSTRUCTION DUE TO IMPACTED GALLSTONE**
Fejes R., Kurucsai G., Joó I., Juhász V., Székely A., Székely I., Madácsy L.
 1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, OMCH Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary
- 16.20 **URGENT ERCP REDUCE COMPLICATIONS IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS**
Pozsár J., Sahin P., Brandhuber I., Kövesdi Z., Topa L.
 Szent Imre Kórház, Gasztroenterológia, Budapest
- 16.30 **RETROSPECTIVE ANALYSIS OF NEEDLEKNIFE PRECUT PAPILLOTOMY IN OUR PRACTICE**
Hágendorn R., Dömötör A., Gódi S., Czimmer J., Hunyady B., Pakodi F., Vincze Á.¹, Szabó I.
 PTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia
- 16.40 **TEMPORARY PLACEMENT OF SMALL CALIBER PROPHYLACTIC PANCREATIC STENTS TO PREVENT POST-ERCP PANCREATITIS IN HIGH RISK PATIENTS – A SINGLE CENTER EXPERIENCES**
Juhász V., Fejes R., Kurucsai G., Joó I., Székely A., Székely I., Madácsy L.
 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Country Hospital, Székesfehérvár, Hungary
- 16.50 **LONG-TERM RESULTS OF SELF-EXPANDABLE METAL STENTS FOR BENIGN BILIARY STRICTURES**
Topa L., Pozsár J., Sahin P., Szent Imre Kórház, Gasztroenterológia, Budapest

*Üléselnökök/Chairmen:***Solt Jenő**, Pécs**Rosztóczy András**, Szeged **Hamvas József**, Budapest**17.00 POSZTOPEOPERATÍV ERCP VIZSGÁLATOK SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK**Kanyó B.¹, Mályi .¹, Benedek G.², Hamvas J.¹Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gastroenterologia ¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészeti osztály ²**17.10 THIRTY YEARS IN THE MAGIC OF BALLOON CATHETERS: THE ROLE OF BALLOON CATHETER DILATATION IN PEPTIC OESOPHAGEAL STENOSIS**Solt J.¹, Takács K.¹, Sarlós G.², Tabár B.³, Beró T.¹Baranya County Hospital, Department of Gastroenterology ¹, Baranya County Hospital, Department of Radiology ², University of Pécs, Medical School, Department of Radiology ³**17.20 DILATATION OF BENING OESOPHAGEAL STRICTURES:3 YERS' EXPERIENCE**Virág Z.¹, Bálint A.², Máté M.², Sahin P.¹, Pozsár J.¹, Rédei C.¹, Topa L.¹Department of Gastroenterology, Szt. Imre Hospital, Budapest. ¹, Department of Surgery, Szt. Imre Hospital, Budapest. ²**17.30 LONG-TERM RESULTS OF ENDOSCOPIC MUCOSECTOMY FOR EARLY ESOPHAGEAL CANCER**Lukovich P., Tari K., Kupcsulik P.

1st Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine

17.40 PEMPHIGOID CICATRISANS OESOPHAGEALIS MANIFESZTÁCIÓJA. ESETISMERTETÉS.Sümegi J.¹, Mátyus Z., Orosz P.

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat

17.50 VARIX VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSA A JÓSA ANDRÁS OKTATÓ KÓRHÁZBAN (OESOPHAGUS VARIX LIGATIÓVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK)Heringh Z., Rácz F.

Jósa András Oktató Kórház I. Belgyógyászat-Gastroenterológia

2009. június 14. Hétfő
14 June, Monday
14.00 – 16.10

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

MOTILITÁS / MOTILITY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Wittmann Tibor, Szeged **Király Ágnes**, Pécs

14.00 EXPRESSION OF PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-2 (PAR-2) IN BARRETT'S ESOPHAGUS.

Rosztóczy A.¹, Németh I.², Izbéki F.¹, Vadászi K.¹, Róka R.¹, Gecse K.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹

Ist Department of Medicine, University of Szeged ¹, Department of Pathology, University of Szeged ²

14.10 MERENDINO'S PROCEDURE FOR THE RESECTION OF EARLY ADENOCARCINOMA IN BARRETT'S ESOPHAGUS

Bálint A., Hajnal P., Pfahler P., Máté M.,

St Emeric Hospital, Department of Surgery

14.20 GASTRIC DYSMOTILITY IN CALORICALLY RESTRICTED MICE IS ASSOCIATED WITH DEPLETION OF ICC AND ENTERIC NEURONS

Izbéki F.¹, Lőrincz A.², Bardsley M.², Popko L.², Young D.², Ördög T.²

Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged ¹, Physiology and Biomedical Engineering and Enteric NeuroScience Program, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA ²

14.30 CHARACTERISTICS OF GASTRIC EMPTYING AND DIABETIC NEUROPATHY IN PATIENTS WITH SHORT-STANDING TYPE-1 AND TYPE-2 DIABETES

Várkonyi T.¹, Börcsök É.¹, Takács R.¹, Szidor V.¹, Szász A.¹, Lázár M.², Lengyel C.¹, Papós M.², Pávics L.², Kempler P.³, Wittmann T.¹

Ist Dept. of Internal Medicine, University of Szeged ¹, Dept. of Nuclear Medicine, University of Szeged ², 1st. Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ³

Üléselnökök/Chairmen:

Bálint András, Budapest **Rosztóczy András**, Szeged

14.40 FUNCTIONAL LUMEN IMAGING PROBE (FLIP) TO STUDY THE THREE-DIMENSIONAL PROFILE OF THE HUMAN SPHINCTER OF ODDI (SO)

Kurucsai G.¹, Kunwald P.², Kjaer D.³, Gregersen H.², Roland F.¹, Drawes A.², Funch-Jensen P.³, Madácsy L.¹

Ist Department of Internal Medicine and OMCH Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, Department of Gastroenterology, Aalborg Hospital, Aarhus University, Aalborg, Denmark ², Department of Surgery L, Aarhus Hospital, Aarhus University, Århus, Denmark ³

14.50 SYMPTOMATIC AND NEUROPATHIC CHANGES AFTER ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY (EST) IN PATIENTS WITH SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION (SOD) AND ERCP CONTRAST FILLING PAIN (CFP)

Joó I.¹, Kurucsai G.¹, Fejes R.¹, Székely A.¹, Funch-Jensen P.², Madácsy L.¹

1st Dept. of Internal Medicine, and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, Dept. L Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark ²

15.00 GUT PERMEABILITY IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND INACTIVE ULCERATIVE COLITIS

Gecse K.¹, Róka R.¹, Séra T.², Annaházi A.³, Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Pávics L.², Bueno L.³, Wittmann T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary ¹, Department of Nuclear Medicine, University of Szeged, Hungary ², Neuro-Gastroenterology and Nutrition Unit, INRA, Toulouse, France ³

15.10 DIFFERENT FECAL MATRIX METALLOPROTEASE PROFILE IN ULCERATIVE COLITIS, INFECTIOUS DIARRHEA AND DIARRHEA PREDOMINANT IRRITABLE BOWEL SYNDROME PATIENTS

Róka R.¹, Annaházi A.², Gecse K.¹, Dabek M.², Ferrier L.², Eutamene H.², Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Fioramonti J.², Bueno L.², Wittmann T.¹

1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, UMR 1054 INRA/EI-Purpan NGN Unit, Toulouse, France ²

Üléselnökök/Chairmen:

Madácsy László, Székesfehérvár Izbéki Ferenc, Szeged

15.20 VALUE OF ANORECTAL MANOMETRY IN PATIENTS WITH IMPAIRED DEFECATION

Király Á.¹, Nagy L.¹, Weninger C.², Illés A.¹

3rd Dept. of Medicine, Faculty of Medicine, University of Pécs, Hungary ¹, Dept. of Radiology, Faculty of Medicine, University of Pécs, Hungary ²

15.30 HOW CORRELATE THE MANOMETRY PRESSURES WITH FECAL INCONTINENCE SEVERITY INDEX AND PRESENCE OF SPHINCTER DEFECTS?

Illés A., Nagy L., Király Á.

3rd Dept. of Medicine, Medical University of Pécs

15.40 A SYMPTOM CHECKLIST-90-R (SCL-90-R) PSYCHOPATHOLOGIAI TŰNETBECSLŐ SKÁLA FAKTORSTRUKTÚRÁJA GASZTROENTEROLOGIAI BETEGCSOPORTOKBAN ÉS AZ EGYES CSOPORTOK KÖZÖTTI KÜLÖNBSEGEK

Kerékgyártó O.¹, Kovács Z.², Seres G.³, Túri F.³, Hamvas J.¹

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászati-gasztroenterologia ¹, Semmelweis Egyetem Pszichiátriai Klinika ², Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet ³

15.50 VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
16.10 – 18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

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

Üléselnökök/Chairmen:

Szebeni Ágnes, Budapest

Szilvás Ágnes, Budapest

Pakodi Ferenc, Pécs

16.10 NEW POSSIBILITIES IN THE ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF THE BILE DUCT

Szebeni Á. Budapest

16.20 AZ ULTRAHANG VEZÉRELT MÁJBIPSZIA INDIKÁCIÓJÁRÓL.

Gervain J.¹, Nemesánszky E.²

Fejér Megyei Szent György Kórház IV. Belgyógyászat, Székesfehérvár ¹, Szent János Kórház Hepatológiai Szakrendelés, Budapest ²

16.30 IMAGING OF THE GIST

Szilvás Á.¹, Székely G.², Berki I.³

Szt. János Hospital Gastroenterology, Budapest, 1025. Diós árok u. 1. ^{1,2,3}

16.40 A DIAGNOSZTIKUS (RADIÁLIS) ÉS INAVZÍV (LINEÁRIS) ENDOSONOGRAPHIA (EUH) HELYE A DIAGNOSZTIKÁBAN

Takács R., Erőss B., Hamvas J.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy Zsilinszky Kh. I.sz. Belgyógyászat-gasztroenterológia

16.50 ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND PREOPERATIVE STAGING OF PANCREATIC CANCER

Czakó L., Szepes A., Baranyai T., Szepes Z., Molnár T., Takács T., Wittmann T.

Ist Department of Medicine, University of Szeged, Szeged

17.00 AZ EUH SZEREPE A PANCREAS BETEGSÉGEINEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Földházi K., Takács R., Kerékyártó O., Hamvas J.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kh..I. sz. Belgyógyászat-gasztroenterologia

17.10 AZ ENDOSCOPOS ULTRAHANG VIZSGÁLAT JELENTŐSÉGE A GIST DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Tatai O., Takács R., Erőss B., Hamvas J.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kh..I. sz. Belgyógyászat-gasztroenterologia

17.20 A VIRTUÁLIS GASTROSCOPIA SZEREPE A DIAGNOSZTIKÁBAN

Szalai K.¹, Tóth G.¹, Lukovics P.², Artner A.³

SE Radiológiai és Onkoterápiás Klinika ¹, SE I.sz. Sebészeti Klinika ², Fővárosi Szent István Kórház Nőgyógyászat-Onkológiai Osztály ³

17.30 MR ENTEROGRAPHY IN IBD PATIENTS

Tarján Z.¹, Wacha J.², Zágonyi T.², Sahin P.³, Kovács Á.⁴

Raditec Kft. ¹, Semmelweis Egyetem ², Szt. Imre Kh. ³, Péterffy S. u. Kórház ⁴

17.40 GARDNER SYNDROME: THE ROLE OF IMAGING METHODS

Székely G., Szilvás Á., Vajda K., Farkas J., Kovács A.

St János Hospital Budapest 1125 Diós árok 1.

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
14.00 – 14.45

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

HELICOBACTER PYLORI

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Tiszai Andrea, Szeged

Buzás György, Budapest

14.15 HOST CELL SIGNALLING INHIBITORS AGAINST HELICOBACTER PYLORI

Varga Z.², Greff Z.¹, Pató J.¹, Bánhegyi P.¹, Örfi L.³, Ishiguro A.⁵, Peták I.⁶, Schwab R.⁶, Kéri G.⁴, Crabtree J.⁵

Vichem Chemie Research Ltd. Budapest, Hungary ¹, Rational Drug-Design Laboratory CRC, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², Department of Pharmaceutical Chemistry, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³, Pathobiochemistry Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary ⁴, Leeds Institute of Molecular Medicine, St. James's University Hospital, Leeds, UK ⁵, KPS Medical Biotechnology and Helathcare Services Ltd. Budapest, Hungary ⁶

14.15 EREDETI ÉS GENERIKUS PANTOPRAZOL A HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÉS ERADIKÁCIÓJÁBAN ÉS A REFLUX BETEGSÉG RÖVID TÁVÚ KEZELÉSÉBEN. ÖSSZEHASONLÍTÓ TANULMÁNY

Buzás G.

IX.ker. Szakrendelő Kft.

14.30 BIZMUTH SUBNITRAT HOZZÁADÁSA FOKOZZA A HELICOBACTER PYLORI (HP) ERADICATIO SIKERESSÉGÉT

Kováts-Megyesi A.¹, Molnár S.², Simon K.³, Burai M.⁴, Tarpay Á.⁴, Pap Á.⁴

Gastroenterológia, Europ-Med Egészségügyi Központ, Budaörs¹, II. Belgyógyászat, Nyíró Gyula Kórház, Budapest², Pathológia, Szent Imre Kórház, Budapest³, Gastroenterológia/Endoscopia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁴

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
15.00 – 18.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Kopper László, Budapest

Peták István, Budapest

15.00 SIGNAL TRANSDUCTION THERAPY OF COLON TUMORS WITH MULTIPLE TARGET KINASE INHIBITORS

Kéri G.¹, Örfi L.¹, Greff Z.¹, Varga Z.¹, Szokol B.¹, Horváth Z.¹, Ullrich A.², Jóri B.³, Schwab R.³, Peták I.³

Vichem Chemie Research Ltd. Budapest, Hungary ¹, Max-Planck Institute of Biochemistry, Martinsried, Germany ², KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd. ³

15.10 ADENOKARCINÓMÁK ANTI-EGFR TERÁPIÁJÁNAK PREDIKCIÓJA SZOMATIKUS (KRAS ÉS EGFR) MUTÁCIÓK SZEKVENÁLÁSSAL TÖRTÉNŐ DETEKTÁLÁSÁVAL

Pintér F.¹, Szabó E.¹, Kánya M.², Pápay J.², Kövesdi A.¹, Várkondi E.¹, Sági Z.², Micsik T.², Koper L.², Schwab R.¹, Peták I.¹

KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest ¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest ²

15.20 ÚJ, REAL-TIME PCR ALAPÚ ELJÁRÁSOK ALKALMAZÁSA COLORECTALIS DAGANATOK VIZSGÁLATÁBAN

Jóri B., Pintér F., Szabó E., Schwab R., Peták I.

KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Kft.

15.30 NANOMEDICINA LEHETŐSÉGEI A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Lőrincz A., Peták I.

Semmelweis Egyetem, I. Patológiai És Kísérleti Rákkutató Intézet

15.40 TRAIL ÉS BORTEZOMIB KOMBINÁCIÓ LEHETSÉGES SZEREPE A VASTAGBÉLDAGANATOK TERÁPIÁJÁBAN

Nagy K., Barti-Juhász H., Árvai K., Kopper L., Peták I.

Semmelweis Egyetem I. Patológiai Intézet, Budapest

15.50 COLORECTAL CANCER AND ADENOMA MARKER DETECTION IN PERIPHERAL BLOOD BY MRNA EXPRESSION ARRAY TECHNOLOGY-RELATION TO LOCAL EXPRESSION PATTERNS AND IDENTIFICATION OF MIGRATING CELL POPULATION

Molnár B.², Galamb O.², Solymosi N.¹, Tóth K.¹, Németh A.¹, Zágonyi T.¹, Miheller P.¹, Juhász M.¹, Spisák S.², Tulassay Z.²

2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ²

16.00 MRNA AND PROTEIN EXPRESSION OF SEPTIN 9 GENE AND METHYLATED DNA ANALYSIS IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE

Tóth K.¹, Spisák S.², Galamb O.², Sipos F.¹, Wichmann B.¹, Leiszter K.¹, Valcz G.¹, Tulassay Z.², Molnár B.²

2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ²

16.10 REVERSE EFFECT OF NS398 SELECTIVE COX2 INHIBITOR ON ADENOMA- AND CRC-ASSOCIATED GENE EXPRESSION CHANGES

Galamb O.¹, Sipos F.², Spisák S.¹, Tóth K.², Solymosi N.², Wichmann B.², Krenács T.³, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹

Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest ³

16.20 EVALUATION OF PROLIFERATIVE/APOPTOTIC RATIO IN ADULT ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE AND IN HISTOLOGICALLY INTACT CHILDREN COLON SAMPLES

Leiszter K.¹, Sipos F.¹, Galamb O.², Krenács T.³, Spisák S.², Veres G.⁴, Kiss A.⁵, Wichmann B.¹, Tóth K.¹, Valcz G.¹, Molnár B.², Tulassay Z.²

2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest ³, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest ⁴, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest ⁵

Üléselnökök/Chairmen:

Bodoky György, Budapest

Pap Ákos, Budapest

16.30 NYELŐCSŐ DAGANATOS BETEGEKNÉL A NEOADJUVÁNS CÉLÚ KONKOMITTÁNS KEMO-IRRADIÁCIÓS KEZELÉSSSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Petrányi Á.¹, Székely J.², Kupcsulik P.³, Tamas K.¹, Ágoston P.², Farkas M.¹, Babics J.¹, Németh H.¹, Bodoky G.¹

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet, Onkológiai Osztály, Budapest ¹, Országos Onkológiai Intézet, Sugárterápiás Osztály, Budapest ², Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Sebészeti Klinika, Budapest ³

16.40 SORAFENIB TREATMENT OF PATIENTS WITH INTERMEDIATE AND ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA-INSTITUTIONAL EXPERIENCE

Németh H., Petrányi Á., Tamas K., Farkas M., Babics J., Bodoky G.

Szent László Hospital, Department of Oncology, Budapest

16.50 CORRELATION OF PRIMARY KINASE GENOTYPE AND CLINICAL OUTCOME OF IMATINIB AND SUNITINIB FOR TREATMENT OF ADVANCED GIST

Tamas K.¹, Sapi Z.², Fule T.², Bodoky G.¹

1Szent Laszlo Teaching Hospital, Oncology Department, Budapest ¹, 21st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest ²

17.00 I. VONALBAN ALKALMAZOTT BEVACIZUMAB+FOLFIRI KEZELÉSSSEL SZERZETT TAPASZATLATAINK

Farkas M., Végh É., Petrányi Á., Tamas K., Babics J., Bodoky G.

Főv. Önkormányzat Egyesített Szt. István és Szt. László Kórház, Onkológiai Osztály

17.10 A K-RAS MUTÁCIÓS STÁTUSZ ÉS A BEVACIZUMAB KEZELÉSRE ADOTT TERÁPIÁS VÁLASZ ÖSSZEFÜGGÉSÉNEK VIZSGÁLATA COLORECTALIS CARCINOMÁVAL KEZELT BETEGEKBEN

Babics J.¹, Rásó E.², Petrányi Á.¹, Tamas K.¹, Farkas M.¹, Németh H.¹, Timár J.², Bodoky G.¹

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet Onkológiai Osztály, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Pathológiai Intézet ²

17.20 PIMER GASTROINTESTINALIS NON-HODGKIN LYMHOMAS BETEGANYAGUNK

Kovács Z.¹, Kollár B.¹, Egyed M.¹, Rajnics P.¹, Graffits É.¹, Bajzik G.², Kereskai L.³, Hunyady B.¹

Belgyógyászati Osztály, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár ¹, Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvári Egyetem, Kaposvár², Pathológiai Intézet, PTE, Pécs³

17.30 RADIOFREKVENCIÁS ABLÁCIÓ HATÉKONYSÁGÁNAK VIZSGÁLATA MÁJDAGANATOK KEZELÉSÉBEN

Trencsényi B.¹, Csekei G.¹, Bánsághi Z.¹, Dank M.¹, Torgyik L.¹, Szokolóczi O.², Schwab R.², Taján Z.¹

Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest ¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest ²

17.40 "A BETEGNEK NEHEZEBB", KOMMUNIKÁCIÓS KÉSZSÉGFEJLESZTŐ TRÉNING

Rohánszky M.¹, Molnár M.²

Főv.Önk.Egyesített Szt István Szt László Kórház ¹, Kecskeméti Onkoradiológiai Központ ²

2009. június 15. Hétfő
15 June, Monday
18.00-19.15

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

AKTUALITÁSOK A PPI TERÁPIÁBAN: KITERJESZTETT BIZTONSÁG

KEY ISSUES IN PPI TREATMENT: EXTENDED SAFETY
NYCOMED SZIMPÓZIUM / NYCOMED SYMPOSIUM

Üléselnökök: **Lonovics János**, Szeged **Tulassay Zsolt**, Budapest

18.00 **‘HOT TOPIC’**

CLOPIDOGREL ÉS PPI: VALÓBAN VÉDETT BETEGEK?

CLOPIDOGREL & PPI: REALLY PROTECTED PATIENTS?

Hersényi László, Budapest

MEGBESZÉLÉS / *DISCUSSION*

18.25 **A PPI FELHASZNÁLÁS ÚJABB LEHETŐSÉGE: ELSŐKÉNT AZ
OTC-SZEGMENSZEN**

NEW HORIZON IN PPI USAGE: FIRST PPI OTC IN HUNGARY

Kerekasztal megbeszélés a gasztroenterológus, a háziorvos és a gyógyszerész
bevonásával

Round table discussion involving Gastroenterologist, GP and Pharmacist

TÁRSASÁGI PROGRAM / *SOCIAL PROGRAM*
TÁNCST / *DANCE, TOMBOLA*

2009. június 16. Kedd
16 June, Tuesday
8.30 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**HATÉKONY GYÓGYSZERVÁLASZTÁS = KORAI
MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKA**

EFFECTIVE MEDICATION = EARLY MOLECULAR DIAGNOSTICS

KPS és ENDOTHERAPIA Kft-k SZIMPÓZIUMA /

KPS és ENDOTHERAPIA LTD'S SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman:

Pap Ákos, Budapest, **Schwab Richárd**, Budapest,

**A GASTROENTEROLÓGUS SZEREPE AZ OEP FINANSZÍROZOTT
MOLEKULÁRISAN CÉLZOTT GYÓGYSZEREK ALKALMAZÁSÁBAN:
GYAKORLATI SZEMPONTOK VASTAGBÉLRÁKBAN – 2009.**

Peták István, Budapest

Hangsúlyok / keywords

Az előadást követően az utolsó 5 percben a tesztet kitöltők között kisorsolt ajándékok átadására kerül sor a Saab felajánlásából.

2009. június 16. Kedd
16 June, Tuesday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

VASTAGBÉLRÁK (CRC) KOMPLEX ELLÁTÁSA /
COLORECTAL CANCER (CRC) MANAGEMENT
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátorok: Tulassay Zsolt, Budapest Nagy Ferenc, Szeged

Felismerés / Suspicion of CRC

- 09.00 **A CSALÁDORVOS SZEMPONTJAI: A GYANÚJELEKTŐL A BEKÜLDÉSIG**
STANDPOINT OF THE GENERAL PRATICIONER (FROM THE DOUBTFUL SIGN TO THE HOSPITALIZATION)
Magyar Anna, Budapest

Diagnosztika / Diagnostic procedures

- 09.10 **A GASTROENTEROLÓGUS SZEREPE - ENDOSZKÓPIA (KORAI RÁKTÓL AZ INOPERÁBILITÁSIG)**
ROLE OF THE GASTROENTEROLOGIST - ENDOSCOPY (FROM THE EARLY CANCER TO THE INOPERABILITY)
Simon László, Budapest
- 09.25 **A RADIOLÓGUS LEHETŐSÉGEI - KÉPALKOTÁS (TUMOR ÉS KÖRNYEZETE)**
DIAGNOSTIC POSSIBILITIES IN THE RADIOLOGY (TUMOUR AND SURROUNDING STRUCTURES)
Palkó András, Szeged

Ellátás / Perioperative aspects

- 09.40 **AZ ONKOLÓGUS VÉLEMÉNYE - (PRAEOPERATÍV SZEMPONTOK)**
PRAEOPERATIVE ONCOLOGICAL DECISIONS (OPINION OF THE ONCOLOGIST)
Bodoky György, Budapest
- 09.50 **A SEBÉSZ LEHETŐSÉGEI - (MINIMAL INVAZÍV MEGOLDÁSTÓL A PALLIÁCIÓIG)**
OPERATIVE CHANCES (FROM MINIMAL INVASIVE SURGERY – TO THE PALLIATIVE SOLUTIONS)
Harsányi László, Budapest
- 10.05 **A PATOLÓGUS SZEREPE - (MAKRO/MIKRO/MOLEKULÁRIS ELTÉRÉSEK)**
IMPORTANCE OF THE PATHOLOGIC REPORT - (MACRO/MICRO/MOLECULAR FINDINGS)
Schaff Zsuzsa, Budapest
- 10.15 **AZ ONKOLÓGUS TEENDŐI - (POSTOPERATÍV SZEMPONTOK)**
POSTOPERATIVE ONCOLOGICAL DECISIONS – (OPINION OF THE ONCOLOGIST)
Bodoky György, Budapest

Követés / Postoperative follow up**10.25 A CSALÁDORVOS SZEMPONTJAI: A KÖVETÉS FELADATAI***STANDPOINT OF THE GENERAL PRATICIONER (FOLLOW UP OF THE PATIENTS)*

Magyar Anna, Budapest

Szűrés és onkoteam szerepe az ellátásban / CRC management to day - screening, onkoteam - in Hungary

10.35 Tulassay Zsolt, Budapest

Fórum és megbeszélés (maradék időben) / Discussion

10.50 Nagy Ferenc, Szeged

11.05 – 11.35**A GASTROINTESTINALIS EPITHEL SEJTEK KLINIKAI JELENTŐSÉGE: ÚJ ISMERETEK***CLINICAL SIGNIFICANCE OF THE GASTROINTESTINAL EPITHELIAL CELLS: NEW KNOWLEDGES
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)**Üléselnök/Chairman: Molnár Tamás, Szeged**Előadó/Lecturer: Hegyi Péter, Szeged*

2009. június 16. Kedd
16 June, Tuesday
11.35 – 13.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

KOLLÉGIUMI FÓRUM

Üléselnökök/Chairmen:

Tulassay Zsolt, a kollégium elnöke **Banai János**, a kollégium titkára

Protonpumpa gátlók rendelésének helyzete

Biológiai kezelések

Gasztroenterológiai centrumok – Minimum feltételek

2009. június 16. Kedd
16 June, Tuesday
14.00 – 18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**KIHÍVÁSOK ÉS DILEMMÁK / KLINIKOPATOLÓGIA /
ESETISMERTETÉSEK
CHALLENGES / CLINICOPATHOLOGY / CASE REPORTS**
(POSZTEREK ÉLŐ VIDEO KÖZVETÍTÉSSEL /
POSTERS. VIDEO COMMENTARY DISCUSSION)

Üléselnökök/Chairmen:

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

Poszterbírálók:

Magyar Anna, Budapest, **Bajor Judit**, Pécs, **Simon Károly**, Budapest, **Schaff Zsuzsanna**, Budapest, **Szalay Ferenc**, Budapest, **Nemesánszky Elemér**, Budapest, **Schwab Richárd**, Budapest, **Harsányi László**, Budapest, **Bursics Attila**, Budapest

1. **INVOLVEMENT OF BONE MARROW DERIVED PROGENITOR CELLS FROM MALE DONOR IN REGENERATION OF HEALTHY AND INFLAMED COLON EPITHELIUM**

Valcz G.¹, Krenács T.³, Balogh Z.³, Csizmadia A.³, Hagymási K.¹, Masszi T.⁴, Molnár B.², Tulassay Z.²

2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ², 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest ³, Unified St. Leslie and St. Stephan Hospital, Dept. of Hematology and Stem Cell Transplantation ⁴

2. **GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS RITKA FORRÁSA**

Bóka B., Eigner O., Székely G.

Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai osztály, Budapest

3. **A NYELŐCSŐ PERFORÁCIÓK DIAGNÓZISÁNAK ÚTVESZTŐI**

Kotsis L.¹, Póczi M.²

Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján Sebészet ¹, Dr. Kenessey Albert Kórház Balassagyarmat Tüdőgyógyászat ²

4. **SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE (BOERHAAVE SYNDROME) WITH COMPLICATIONS IN A PATIENT WITH ADVANCED REFLUX ESOPHAGITIS WITH NO EVIDENCE OF CONTRAST AGENT LEAKAGE**

Takács K.¹, Solt J.¹, Garamszegi M.¹, Papp A.³, Sarlós G.², Imre M.⁴, Ruzics I.¹, Beró T.¹

Department of Gastroenterology, County Hospital of Baranya, Pécs ¹, Department of Radiology, County Hospital of Baranya, Pécs ², First Clinic of Surgery, Faculty of General Medicine, University of Pécs ³, Diagnostic Center, Pécs ⁴

5. **BARRETT OESOPHAGUS ÉS IRRITABILIS BÉL SYNDROMA TÁRSULÁSA. ESETISMERTETÉS**

Szakács A., Takács R., Kerékgyártó O., Hamvas J.

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz belgyógyászat-gasztroenterologia

6. **INCREASED SERUM CHROMOGRANIN A LEVEL AFTER SHORT-TERM PROTON-PUMP INHIBITOR THERAPY**
Pregun I., Herszényi L., Miheller P., Juhász M., Lakatos G., Hritz I., Rác K., Tulassay Z.
 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

7. **INVAZÍV RADIOLOGIA JELENTŐSÉGE AZ ACUT PANCREATITIS SZÖVŐDMÉNYEINEK ELLÁTÁSÁBAN**
Kiss G.¹, Schäfer E.¹, Rusznyák K.¹, Visnyei Z.¹, Kardos K.², Kocsis B.², Bursics A.³, Doros A.⁴, Gyökeres T.¹, Banai J.¹
 HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia ¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Radiológia ², HM Állami Egészségügyi Központ, Sebészet ³, SE Transzplantációs Klinika ⁴

8. **MELLKASBA TÖRŐ PANCREAS PSEUDOCYSTA – ESETISMERTETÉS**
Rusznyák K.¹, Schäfer E.¹, Bursics A.², Gyökeres T.¹, Banai J.¹
 HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia ¹, Budai Irgalmasrendi Kórház, Sebészet ²

9. **CHOLECYSTECTOMIA SZÖVŐDMÉNYEI: SEBÉSZ, GASZTROENTEROLÓGUS ÉS INVAZÍV RADIOLOGUS SIKERES EGYÜTTMŰKÖDÉSE**
Visnyei Z.¹, Schäfer E.¹, Bánsághi Z.², Gyökeres T.¹, Banai J.¹
 HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia ¹, Péterfy Sándor Utcai Kórház, Intervenciók Részleg ²

10. **T-TUBE ASSISTED, NON-ENDOSCOPIC METHOD FOR ENDOBILIARY DRAINAGE IN A PATIENT WITH BILLROTH II GASTRECTOMY**
Tóth L.¹, Vitályos T.², Bálint A.², Pozsár J.¹, Topa L.¹
 Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Kórház, Budapest ¹, Általános Sebészeti Profil, Szent Imre Kórház, Budapest ²

11. **DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ASCITES – CASE REPORT**
Fehér A., Dömötör A., Hágendorn R., Czimmer J., Habon T.
 1st Department of Medicine, University of Pecs, Hungary

12. **KRÓNIKUS C HEPATITIS TALAJÁN KIALAKULT, SIKERREL MŰTÖTT HATALMAS HEPATOCELLULARIS CARCINOMA**
Tolvaj G.¹, Bursics A.⁴, Kovács T.², Kovács R.³, Bély M.⁵, Gyökeres T.¹, Banai J.¹
 HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia ¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Radiológia ², HM Állami Egészségügyi Központ, Pathológia ³, Budai Irgalmasrendi Kórház, Sebészet ⁴, Budai Irgalmasrendi Kórház, Pathológia ⁵

13. **HEPATITIS KÜLÖNÖS ESETE- AVAGY MILYEN DIAGNÓZIST ÖLTSÜNK A BETEGRE ?**
Szombati A., Schuller J., Dinnyés M.
 Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház III. Belgyógyászat ¹, Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház III. Belgyógyászat ², Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Bőrgyógyászati Szakrendelés ³

14. **KÓROS MÁJFUNKCIÓS ENZIMEK HÁTTERÉNEK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁJA. ESETISMERTETÉS**
Solymos M.¹, Kanyó B.¹, Erőss B.¹, Nemesánszky E.², Hamvas J.¹
 Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat, Budapest¹, Szent János Kórház, Hepatológiai Ambulancia, Budapest²
15. **LIVER FAILURE OCCURRING AS PART OF SYSTEMIC BCG SEPSIS**
Gajdan L.¹, Gervain M.², Gervain J.¹
 Fejer Count St. George Hospital, 4th Department Internal Medicine, Szekesfehervar¹, Oroshaza City Hospital, Urology Department²
16. **DO WE TREAT PATIENTS OR DO WE POISON THEM?**
Lambert M., Gajdán L., Gervain J.
 Dept. of Gastroenterology, St. George County Hospital, Székesfehérvár
17. **CASE OF SEVERE GASTRIC ULCER BLEEDING OF DES STENT WEARING PATIENT. EFFICACY OF PROTON PUMP INHIBITORS ON ULCER HEALING IN ANTI PLATLET DRUG TREATMENT**
Dömötör A.¹, Schumacher E.¹, Gódi S.¹, Bozó J.², Hágendorn R.¹, Fehér A.¹, Vincze Á.¹, Czimmer J.¹
 1st Department of Medicine, Medical School, University of Pecs, HUNGARY¹, Department of Cardiology, Medical School, University of Pecs, HUNGARY²
18. **SHOULD WE SACRIFICE EVERYTHING FOR A CHILD?**
Kovács G.¹, Schandl K.², Gervain J.³
 Szent György Hospital 4th Department of Internal Medicine Székesfehérvár¹, Szent György Hospital Department of Obstetrics Székesfehérvár², Szent György Hospital 4th Department of Internal Medicine Székesfehérvár³
19. **SUCCESSFUL OUTCOME OF MULTIPLE ARTERIAL EMBOLISATION IN A 16-YEAR-OLD GIRL WITH ULCERATIVE COLITIS**
Tárnok A.¹, Kasza G.²
 Dept. of Pediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Dept. of Vascular Surgery, University of Pécs, Pécs, Hungary²
20. **KATÉTER ASSZOCIÁLT FUNGOSEPSIS MORBUS CROHN-BAN**
Lippai D., Miheller P., Lakatos G., Tulassay Z.
 Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika
21. **CAUSE-OR-EFFECT RELATIONSHIP OF BRONCHUS CARCINOMA AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASE – A CASE REPORT**
Schwab R.¹, Murányi E.¹, Szokolóczy O.², Peták I.²
 Kelen Private Hospital, Budapest, Hungary¹, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd. Budapest, Hungary²
22. **COLITIS ULCEROSÁHOZ TÁRSULÓ GRAMM NEGATÍV SZEPSZIS ÉS D.I.C. SYNDROMA**
Rácz B.¹, Ilyés S.¹, Szalai L.¹, Gurzó Z.³, Fazekas I.¹, Novák J.¹
 BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, III. Belgyógyászat/Gastroenterológia¹, BMKT Pándy Kálmán Kórház, Pathológia², BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, Endoszkópos Labor³

23. **ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA AS CAUSE OF ACUTE ABDOMEN**
Harang G., Győri A., Schönfeld J., Vajda K.
 Dept. of General and Vascular Surgery, Tolna County Balassa János Hospital Szekszárd Hungary
24. **ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR SZINDRÓMA: ÉR-ANOMÁLIA GASZTROINTESZTINÁLIS ÁLRUHÁBAN**
Schnabel R.¹, Palik É.²
 II. Belgyógyászati Osztály, Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórháza, Budapest ¹, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest ²
25. **COELIAKIA JELENTKEZÉSE A HÁZIORVOS GYAKORLATBAN**
Szabó E.¹, Hamvas J.²
 Felnőtt háziorvosi rendelő Zsivaj utca Kőbánya Budapest ¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat-gastroenterologia ²
26. **AMYLOIDOSIS IN OUR REGION – APROPOS OF A RARE INTESTINAL MANIFESTATION CASE**
Vén L.¹, Czirják K.¹, Francz M.², Rácz F.¹, Szegedi J.¹
 1st Jósa András Teaching Hospital 1st Department of Medicine ¹, 2nd Jósa András Teaching Hospital Department of Pathology ²,
27. **ITT A PIROS, HOL A PIROS... ESETISMERTETÉS A KOLOREKTÁLIS ADENOMÁK TERMÉSZETRAJZÁHOZ**
Szécsi T., Jirikowski B., Nikolic L.
 Tamszegi Kórház, Sebészeti Osztály, Ausztria
28. **„ACCIDENTAL” RECOGNITION OF CLINICALLY INACTIVE CARCINOID TUMORS IN THE CLINICAL PRACTICE**
Kiss I.¹, Sepp K.¹, Tiszlavicz L.², Kiss J.¹
 First Department of Medicine, University of Szeged ¹, Department of Pathology, University of Szeged ²
29. **M2-PIRUVÁTKINÁZ SZÉKLETESZTTEL VÉGZETT COLORECTALIS SZŰRÉS - KEZDETI TAPASZTALATOK AZ ENDOSCOPOS VIZSGÁLATOK TŰKRÉBEN**
Tóth G., Siket F., Székely G., Sovány I.
 Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza, Budapest, I. Belgyógyászati- és Gastroenterológiai Osztály
30. **FUNDUSMIRIGY POLYPOK ELŐFORDULÁSA EGY ÉV GASZTROSZKÓPOS ANYAGÁBAN**
Varsányi M.¹, Czeglédi Z.¹, Csizmazia I.¹, Nádas B.¹, Rábai K.¹, Rusznyák K.¹, Schäfer E.¹, Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Zsigmond F.¹, Jäckel M.², Gyökeres T.¹, Banai J.¹
 Gastroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest ¹, Patológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest ²
31. **GIST-DIAGNÓZISTÓL A CÉLZOTT GYÓGYSZERES KEZELÉSIG**
Végh É.¹, Tamas K.¹, Sági Z.², Füle T.², Bodoky G.¹
 Szent László Kórház, Onkológiai Osztály, Budapest ¹, SE I sz. Patológia és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest ²

32. **KORAI VÉKONYBÉL ADENOCARCINOMA KIMUTATÁSA KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIÁVAL**
Nádas B.¹, Tolmácsy B.¹, Papp J.⁴, Gombás P.³, Iványi A.², Harnos F.², Gyökeres T.¹, Banai J.¹
 Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály¹,
 Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ, Sebészeti Osztály², Honvédelmi
 Minisztérium Állami Egészségügyi Központ, Patológiai Osztály³, Semmelweis Egyetem,
 I. sz. Belgyógyászati Klinika⁴
33. **THROMBOPHLEBITIS MIGRANST KIVÁLTÓ RITKA BETEGSÉG?**
Bordás L.¹, Varga P.¹, Ilyés S.¹, Póczik S.², Novák J.¹
 BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, III. Belgyógyászat/Gastroenterológia¹, BMKT Pándy
 Kálmán Kórház Gyula, Patológia²
34. **MYELOMA WITH MANIFESTATION OF DIGESTIVE TRACT AND COMPLICATIONS. CASE-REPORT.**
Szinku Z.¹, Kertész Z.¹, Rajnics P.¹, Sülle C.¹, Egyed M.¹, Dávid M.², Lakosi F.³, Hunyady B.¹
 Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Internal Medicine, Kaposvár¹, Medical
 University of Pécs, 1st Department of Internal Medicine, Division of Haematology and
 Transplantation, Pécs², University of Kaposvár, Department of Diagnostic Imaging and
 Oncoradiology, Kaposvár
35. **NON-HODGKIN-MALT LYMPHOMA OF LUNG WITH SYSTEMIC DISSEMINATION IN THE STOMACH AND GALLBLADDER ACCOMPANIED BY ADENOCARCINOMA OF THE URINARY BLADDER AND THE PANCREAS**
Szaleczky E.¹, Tóth L.², Tóth E.³, Pap Á.⁴
 Int.Med.Dept.A , National Institute of Oncology, Budapest¹, Surgery, National Institute of
 Oncology, Budapest², Oncopathology, National Institute of Oncology, Budapest³,
 Gastroenterology/Endoscopy, National Institute of Oncology, Budapest⁴
36. **METASTATIC SMALL CELL RECTAL CANCER - A RARE CASE OF MALIGNANCY, AS A CHALLENGE FOR THE CLINICIAN**
Maráz A.¹, Tiszlavicz L.², Fazekas O.¹, Varga Z.¹, Thurzó L.¹
 Department of Oncotherapy, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology,
 University of Szeged, Szeged²
37. **ERCP VERSUS MRCP – A PANCREATO-BILIARIS RENDELLENESÉGEK KÉT DIAGNOSZTIKUS MÓDSZERÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA KÓRHÁZUNKBAN HÁROM ÉV BETEGANYAGÁNAK RETROSPEKTÍV ELEMZÉSE ALAPJÁN**
Csefkó K.¹, Balla E.¹, Varga M.¹, Borbola G.²
 III. Belgyógyászat, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba 1¹, III. Belgyógyászat, Réthy Pál Kór-
 ház, Békéscsaba 1², III. Belgyógyászat, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba 1³, Radiológia,
 Réthy Pál Kórház, Békéscsaba 2⁴
38. **DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL, GASTRIC AND DUODEAL CAUSTIC BURNS IN CHILDHOOD**
Pásztai I. M.¹, Bazsika A.², Máté M.³, Bitvai K.⁴
 Pediatric and Traumatological Surgical Department of Saint John's Hospital¹,
 Pediatric Intensive Care Unit of Saint John's Hospital², Intensive Care Unit of
 Heim Pál Children's³ Hospital, Radiological Department of Heim Pál Children's⁴
 Hospital, Budapest, Hungary

A KONGRESSZUS BEZÁRÁSA

LEARNING CENTER PROGRAM

2009. június 14. Vasárnap 12.20- 13.00

Moderator: **Bene László**, Budapest

ENDOSCOPOS KÉPZÉS

TRAINING FOR ENDOSCOPIC EXAMINATIONS

Bajor Judit, Pécs

MINŐSÉGI COLONOSCOPIA

QUALIFIED FOR THE COLONOSCOPY

Gyökeres Tibor, Budapest

2009. június 15. Hétfő 12.20- 13.00.

Moderátor: **Gyökeres Tibor**, Budapest

NOTES

NOTES

Madácsy László, Székesfehérvár

**COLORECTÁLIS CARCINOMA: DIAGNOSZTIKA, STÁDIUM
MEGHATÁROZÁS, KÖVETÉS**

*COLORECTAL CARCINOMA: DIAGNOSTIC TOOLS, GRADE,
FOLLOW-UP.*

Lakatos László, Veszprém

51. Nagygyűlés

51st Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

ELŐADÁSKIVONATOK

Abstracts of Lectures and Posters

2009.

Tihany, 13 - 16 June, 2009.
Tihany, CLUB TIHANY, Hungary

ELNÖK
PRESIDENT

Pap Ákos

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. Figler Mária
Dr. Gurzó Zoltán
Dr. Gyökeres Tibor
Dr. Hegyi Péter

Kabai Annamária
Kokas Marianna
Dr. Lakatos László
Dr. Lakatos Péter László
Dr. Magyar Anna
Dr. Molnár Béla
Dr. Nagy Ferenc
Dr. Pap Ákos
Dr. Pár Alajos

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

1.

A K-RAS MUTÁCIÓS STÁTUSZ ÉS A BEVACIZUMAB KEZELÉSRE ADOTT TERÁPIÁS VÁLASZ ÖSSZEFÜGGÉSÉNEK VIZSGÁLATA COLORECTALIS CARCINOMÁVAL KEZELT BETEGEKBEN

Babics J.¹, Rásó E.², Petrányi Á.¹, Tamas K.¹, Farkas M.¹, Németh H.¹, Timár J.², Bodoky G.¹ Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet Onkológiai Osztály, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Patológiai Intézet ²,

Bevezetés: A colorectalis daganatok kezelésében áttörést jelentett a növekedési faktor receptor (EGFR)- és az angiogenezis (VEGF) gátló anyagok megjelenése. A közelmúltban ismertté vált azonban, hogy a betegek egy része primeren rezisztens az anti-EGFR terápiával szemben. A rezisztencia hátterében a K-Ras onkogén aktiváló mutációja áll. Az EGFR és VEGF expressziójának kutatása azt is feltárta, hogy a két jelátviteli út között több ponton létrejöhet kölcsönhatás, tehát a K-Ras onkogén mutációja esetlegesen befolyásolhatja a VEGF-gátló kezelés, pl. a bevacizumab hatékonyságát is. Bár az eddigi klinikai vizsgálatok nem mutatnak egyértelmű összefüggést a K-Ras aktiváló mutációja és a bevacizumab kezelésre adott terápiás válasz között. Célkitűzés: Prospektív módon vizsgáljuk bevacizumab-FOLFIRI kezelésre adott terápiás választ, a progressziómentes túlélést (PFS) a K-Ras mutációs státusz függvényében. **Módszer:** Az osztályunkon kezelt előrehaladott stádiumú, colorectalis adenocarcinómában szenvedő betegek közül 147 olyan esetet vontuk be a vizsgálatba, ahol bevacizumab-FOLFIRI kezelésre került sor. A K-Ras mutációs státusz meghatározására kétféle eljárást: a szekvenálást, valamint RFLP-en alapuló módszert alkalmaztunk.

Eredmények: Az eddig vizsgált 55 betegünk 50-50 százaléka hordoz vad típusú, illetve mutáns K-Ras gént. Az értékelés szerint a bevacizumab-FOLFIRI kezelés mellett, 13 vad típusú K-Ras gént hordozó betegnél a PFS 8,26 hónap, míg 15 K-Ras mutáns betegnél 9,95 hó volt.

Következtetések: Az előzetes eredmények alapján, előrehaladott colorectalis adenocarcinómában szenvedő betegek bevacizumab-FOLFIRI kezelés mellett tapasztalt progressziómentes túlélését nem befolyásolja a K-Ras státusz.

2.

IDŐS KORÚ BETEGEK ERCP VIZSGÁLATA

Bagi G.¹, Tátrai E.¹, Tamás E.¹, Ádám T.¹, Kanyó B.¹, Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz belgyógyászat-gasztroenterológia

A 65 év feletti betegek jelentős hányada multimorbid, az endoscopos vizsgálatok nagyobb körülmények között igényelnek. Az epeúti vizsgálatoknak nagyobb a szövődmenyrátája és elvégzésükhöz erőteljes premedikáció szükséges. Az asszisztencia részéről fokozott odafigyelést igényel a beteg általános állapotának figyelése, kikérdezése, a megfelelő kommunikáció, a psziché vezetése, és a felvilágosítás. Mozgásszervi problémák miatt nehezebb a vizsgálóasztalon való elhelyezés, és figyelni kell a személyes segédesszközök biztonságára is. Fel kell készülni az oxigén, infúzió biztosítására, és a szövődmenyek elhárításának előkészítésére. A beteg cardiorespiratorikus observációját pulzoximéter csatlakoztatásával biztosítjuk. A vizsgálat alatt ügyelni kell a száj-garatüregi váladék eltávolítására. Állapotuk miatt igyekezni kell a vizsgálat minél gyorsabb elvégzésére, a tartozékok kikészítése, és többszörös biztosítása is szükséges. Kiemelt fontosságú a vizsgálat utáni betegellátás, a szállításra való felkészítés, és a mielőbbi osztályos elhelyezés is.

Osztályunkon 2008-ban 209 epeúti beavatkozáson átesett betegek közül 93 volt 65 év feletti, átlag életkoruk 73,5 év volt. 15 beteg esetében második, egy esetben harmadik beavatkozásra is szükség volt. Billroth II. gyomorsekció 3, Billroth I. resection 1 betegetünk esett át. EST-t 63, kő extraktiót 20, endobiliáris stent behelyezést 23, tágitást 12, nasobiliáris drainage behelyezést 3, lithotripsziát 2, jejunális szonda behelyezést 3, EUS kiegészítő vizsgálatot 2 esetben végeztünk. Biopsziára 28, kefecytológiára 4 esetben került sor. A szövődmenyek megfeleltek az átlagos ERCP szövődmenyeknek, 8 alaklommal észleltünk hyperamylasaemiát, 1 beteg esetében oedemas pancreatitis alakult ki. Életkorból adódó következménynek tartjuk a tachyarrhythmia fellépését. Medicatio hatásnak a keringést meg nem ingató, de a vizsgálat felfüggesztését igénylő vérzést. Az idős betegek ERCP vizsgálata körülmények között, szakmai felkészültséget igényel az asszisztenciától, a betegek az életkori sajátosságai miatt. A betegek megfelelő ellátása, segíti a vizsgálat zavartalan kivitelezését, csökkenti a szövődmenyek számát.

3.

MERENDINO'S PROCEDURE FOR THE RESECTION OF EARLY ADENOCARCINOMA IN BARRETT'S ESOPHAGUS

Bálint A., Hajnal P., Pfahler P., Máté M., St Emeric Hospital, Department of Surgery

Introduction: Due to the endoscopic surveillance programs in patients with known Barrett's esophagus, early stage esophageal adenocarcinoma is being diagnosed with increasing frequency. The presence of lymphatic spread is the most important prognostic factor after complete tumor resection in patients with esophageal adenocarcinoma therefore radical esophagectomy and esophagogastricectomy with 2 field lymphadenectomy are the recommended treatment options in such patients. The clinical results (long-term survival) are favorable following radical surgery however the surgical intervention itself has considerable morbidity and mortality. Based on the data of large consecutive series of patients with Barrett's adenocarcinoma it seems to be an acceptable surgical treatment option to perform a limited resection of GE junction with isoperistaltic free jejunal loop interposition with preservation of vagal nerves (Merendino's procedure)

Material and methods: Between April 2008 and March 2009 three patients were operated on by Merendino's procedure in our institution: 1 of 3 because of high-grade dysplasia another one patient with proved in situ adenocarcinoma of the distal esophagus and one patient due to peptic stricture of the distal esophagus. The histological examination of the surgical specimen revealed invasive adenocarcinoma in the 67 year old male patient with the preoperative diagnosis of high-grade dysplasia. No lymph node involvement was found. Two of three patient experienced an uneventful postoperative period, in one patient a temporary leakage was observed at the level of esophago-jejunal anastomosis which healed by adequate treatment. All patients reported acceptable quality of life following the procedure.

Conclusions: our preliminary data supports the opinion that the patients with early adenocarcinoma of the distal esophagus can be managed by resection of the distal esophagus and esophago-gastric junction with regional lymphadenectomy and jejunal interposition, however further investigations are needed to determine the final value of this surgical intervention.

4.

AZ ELSŐ TAPASZTALATOK SINGLE-BALLON ENTEROSZKÓPPAL - HOSSZÚ VIZSGÁLAT RÖVID BEMUTATÁSA

Baricsa E., Hocz P., Molnár T., Szepes Z., Wittmann T., Nagy F., Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

A szerző előadásában az országban elsőként a Szegedi Tudományegyetem I. sz. Belgyógyászati Klinikán alkalmazott single-ballon enteroszkópiával szerzett tapasztalatairól számol be az endoszkópos asszisztens szemszövegéből. A vékonybél vizsgálatára alkalmas 2 m hosszú endoszkóp vezetése képerősítő mellett történik vénás premedikációt követően. A majd 2 órás vizsgálat nem csak a beteg, hanem az endoszkópos orvos és asszisztens számára is megterhelő, kellő türelmet és összehangot igénylő eljárás.

5.

EVALUATION OF PATIENTS WITH ENDOSCOPICALLY SUSPECTED ESOPHAGEAL METAPLASIA (ESEM) BY TRIMODAL - HIGH RESOLUTION MAGNIFYING ENDOSCOPY (HRME), ENDOSCOPIC AUTOFLUORESCENCE (AFI) AND NARROW BAND IMAGING (NBI) ENDOSCOPIC TECHNIQUE - INITIAL HUNGARIAN EXPERIENCE

Benkő É.¹, Ocskó C.¹, Németh I.², Izbéki F.¹, Róka R.¹, Gecse K.¹, Vadász K.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged²

Background: Trimodal imaging endoscopy ? HRME, AFI, and NBI ? is a new promising technique for the detection of early neoplasias in patients with ESEM. In contrast to the conventional endoscopy this new technique may allow us to obtain targeted biopsies from suspicious lesions.

Materials and methods: Seventeen patients (M/F 12/5 mean age: 59.2 years) with ESEM were submitted to HRME, AFI and NBI (Olympus GIF-FQ 260Z). Biopsy sampling was made on the conventional way (4 samples in every 2cm-s) on the one hand, and from all suspicious lesions detected by the trimodal imaging. The type of metaplasia and the presence of dysplasia were established by conventional histological staining techniques and immunohistochemistry.

Results: The mean length of ESEM was 4.4?0.9 cms. HRME and NBI evaluation of the patients with ESEM 10/17 subjects had pit patterns representative for gastric metaplasia. Histology confirmed the endoscopic diagnosis in all cases. Specialized intestinal metaplasia was suspected in 13/17 patients, of which 11/13 were proved by histology. Neither HRME, NBI nor AFI identified any suspicious lesions for high grade dysplasia or early carcinoma in the studied patients. Histological evaluation of the biopsies did not show more severe stage of the disease than low grade dysplasia. One patient had a large esophageal ulcer, which was diagnosed to be benign by both trimodal endoscopy and histology.

Conclusions: In our preliminary study trimodal endoscopic imaging did not provide any false negative result and it seems to be a useful tool for the evaluation of patients with ESEM. The study was organized by the South Hungarian Regional Surveillance Group for the Study of Barrett's Esophagus (B Bod, L Czákó, J Csanádi, K Csefkó, Zs F.Kiss, P. Fritz, C Góg, J Hudák, K Intzedy, K Jármay, Zs Kálló, M Karácsony, Gy Lázár, Zs Lénárt, K Lovik, T Molnár, F Nagy, L Oczella, A Paszt, S Radics, L Szalay, K Szentpáli, A Szepes, Z Szepes, Gy Szlovák, A Tiszai, A Titz, M Varga, A Váry, J Zombori). Grant supports: Olympus Hungary Kft. Nycomed Hungary Kft. ETT T02-515/2006

7.

VIRTUAL SEROLOGICAL UNCERTAINTY IN A SEVERE CELIAC DISEASE PATIENT

Bodnár Z.¹, Kovács I.², Tumpek J.³, Plósz J.¹, Gerdán J.¹, Zágoni T.⁴, Department of Medicine, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen¹, Department of Pathology, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen², 3rd Dept. of Medicine, Medical and Health Science Center, University of Debrecen³, 2nd Dept of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁴

Authors present the case of a 23-year-old woman with a history of abdominal discomfort and diarrhea. Her complaints have been showing progression since giving birth to a healthy child one and a half year ago. Previous investigations including GI endoscopies performed abroad did not find the exact diagnosis.

A young, thin, pale and seriously diseased woman was seen on admission. Extremely high INR (>8) requiring FFP transfusion could be detected in the background of the severe bleeding from a venous puncture site. Manifest tetania was due to her low serum Ca levels. Low albumin, magnesium and potassium values must be mentioned as well.

Upper GI endoscopy revealed atrophic mucosa in D2 indicating celiac disease. Histopathological examination of biopsy samples confirmed the diagnosis. Usual serological tests (IgA anti-tissue transglutaminase /TG2/, Anti-endomysium antibodies-IgA /EMA/), were contradictory at first, although deamidated gliadin antibodies (DGP) showed clear positivity. This result may be convincing enough that anti-DGP antibody can still be used as a reliable serological marker in the diagnosis of celiac disease.

After administering proper supportive treatment and introducing gluten free diet our patient improved quickly and became asymptomatic.

6.

INHIBITION OF ARGINASE ACTIVITY AMELIORATES L-ARGININE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Biczó G.¹, Hegyi P.¹, Berczi S.², Iványi B.², Hracskó Z.³, S. Varga I.³, Takács T.¹, Rakonczay Jr Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged², Department of Biochemistry and Molecular Biology, University of Szeged³

Introduction: Intraperitoneal (i.p.) injection of 3.5 g/kg L-arginine (which induces experimental acute necrotizing pancreatitis in rats) will result in much greater increases in serum ornithine vs citrulline level. This suggests that arginase is the key enzyme in the catabolism of L-arginine. Furthermore, equimolar L-ornithine induces a more severe acute pancreatitis compared to L-arginine.

Aim: To test the effects of the irreversible arginase inhibitor (+)-S-2-amino-6-iodoacetamidohexanoic acid (AIHA) on L-arginine-induced acute pancreatitis.

Methods: The inhibitory effect of AIHA on arginase activity was tested in vitro on rat liver homogenate and purified bovine arginase. Male Wistar rats were administered 15 mg/kg AIHA or its vehicle i.p. 1 h before the injection of physiological saline or 3.5 g/kg L-arginine i.p. Laboratory and histological parameters of pancreatitis were determined 24 h after the injection of physiological saline or L-arginine.

Results: 60 µM AIHA (equimolar to the in vivo dose) significantly inhibited arginase activity by about 25% in vitro. AIHA administration in itself significantly increased pancreatic TNF-α and heat shock protein (HSP72, HSP27) synthesis, Cu/Zn- and Mn-superoxide dismutase activities, significantly decreased pancreatic nonprotein sulfhydryl group content, but did not influence pancreatic weight/body weight ratio, and activities of serum and pancreatic amylase. AIHA administration significantly decreased pancreatic weight/body weight ratio, pancreatic myeloperoxidase activity, Cu/Zn- and Mn-superoxide dismutase and glutathione-peroxidase activities in the rats treated with L-arginine, but did not influence activities of serum and pancreatic amylase, pancreatic TNF-α level, nonprotein sulfhydryl group content and HSP levels. AIHA pretreatment also ameliorated pancreatic histological damage.

Conclusions: AIHA pretreatment reduces the severity of L-arginine-induced pancreatitis, most likely by inhibiting arginase activity and induction of HSP synthesis.

Supported by OTKA and MTA.

8.

AZ ELSŐ 15 ÉV A SZUBINTENZÍV VÉRZŐ BETEG ELLÁTÁSÁBAN

Bognár E., Vincze A., Jánoki M., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászati-gasztroenterológia

Az akut gastrointestinalis vérzés, életveszélyes állapot, előfordulási gyakorisága Magyarországon 100.000 ezer felnőttre vonatkoztatva egy év alatt 50-100 közötti.

A Magyar Gastroenterológia Társaság 1994-es nagygyűlésén kialakított konszenzust alapul véve 1994 júliusában az endoszkópos laboratórium mellett az akut/vérző gasztrointesztinális betegek speciális ellátására berendezett szubintenzív részleget alakítottunk ki.

Az elmúlt 15 év során ezen egységben összesen 7.152 beteg ellátása történt.

A 3.943 akut gastrointestinalis vérző beteget egységes irányelveket tartalmazó protokollok alapján kezeltük.

A vérzésforrás helye szerinti csoportosítás alapján a gastrointestinalis vérzőbetegek 87 %-a a felső tápcsatormából ered.(40 %-a ulcus vérzés, 18 %-a oesophagus varix vérzés) alsó emésztőszervi vérzés 13%-ban fordult elő.

Beszámolóinkban a leggyakrabban előforduló ulcus vérző betegek dokumentációjának elemzését retrospektív módszerrel végeztük.

Eredményeink ismeretében az 1994-ben kitűzött céljaink (vérzőbetegek korszerű ellátása, a magas mortalitású akut műtétek elkerülése, az újrárvérzések kockázatának csökkentése ill. korai észlelése, a beteg holisztikus ellátása) megvalósultak.

Az osztályunkon folyó team munka jó csapatszellemmel párosul, ahol mindenkinek meg van a maga szerepe, feladata a betegellátás folyamatában.

9.

DUODENUM SÉRÜLÉSEK GYERMEKKORBAN

Bognár M., Dávidovics S., Kelemen Á., Ruzsinkó V., Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Centrum

A duodenum perforációja általában baleset okozta tompa hasi sérülés következményeként jön létre. Nagyon ritkán fordulnak elő iatrogen sérülések, amikor az endoszkópos vizsgálat során sérül a bélfal. Jól képzett, gyakorlott gastroenterológus kezében az ilyen sérülések gyakorisága 1% alatt van.

A baleset okozta tompa hasi sérülés gyakran több szervet érint. Ezek az esetek általában azonnal műtetre kerülnek. Az izolált duodenum sérülések ritkák.

A 2007- es év során két gyermeket kezeltünk osztályunkon patkóbél sérülés miatt. Egy öt éves fiú 1,5 méter magas kerítésről esett le. Másnap jelentkezett kórházunkban kifejezett hasi fájdalom miatt. Defanse, emelkedett se amylase miatt azonnal hasi CT vizsgálat történt, amely felvetette a pancreas és a duodenum sérülését. Műtét során a duodenum rupturája került ellátásra, a pancreas érintettsége nem igényelt sebészeti beavatkozást. Egy kerékpárral elesett 9 éves fiú esetében a tünetek lassan progrediáltak, és csak az ismételt CT vizsgálattal tudtuk igazolni a duodenum rupturát, amit műtéttel rekonstruáltunk. Ellátott betegeink kapcsán az izolált duodenum sérülések diagnosztikai és terápiás lehetőségeit elemezzük.

10.

GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉS RITKA FORRÁSA

Bóka B., Eigner O., Székely G.Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai osztály, Budapest

A Schönlein-Henoch purpura jól definiált kórkép, ismeretlen, valószínűleg posztinfekciós eredetű vasculitis, nem thrombocytopeniás vérzéses szindróma, melyben IgA és C3 tartalmú keringő immunkomplexek rakódnak le a bőr, a gyomor-bél csatorna, az ízületek nyálkahártyáiban az erek falára és a veseglomerulusok basalmembránjára.

Az extracutan megjelenések közül az ízületi elváltozások a leggyakoribbak, a tápcsatorna érintettsége az esetek 28-80 %-ban jöhet létre, itt súlyos gyulladásos és vérzéses elváltozások alakulhatnak ki, rendszerint a bőrtüneteket 3-5 nappal követően.

A felnőttkori Schönlein-Henoch vasculitis igen ritka megbetegedés, Magyarországon évente 3-5 fordul elő.

Még ritkább, hogy ez legyen a gastrointestinalális vérzés forrása. Ilyen esetet, melyben a középkorú férfibeteg beteg 2-es típusú diabeteze miatt a vese érintettsége amúgy is fennállt, ismertetünk poszterünkön.

Schönlein-Henoch purpura presents a well-defined clinical picture. Its origin is probably postinfectious vasculitis.

Schönlein-Henoch is a nonthrombocytopenic hemorrhagic syndrome, where circulating immune complexes containing IgA and C3 are deposited on the blood vessel walls in the mucous membrane of the skin, the GI tract, and the joints, and on the basal membrane of the kidney glomerules.

Extracutaneously the joints are the most frequently affected. In 28-80 % of the cases the digestive tract can be involved. In the latter cases, usually 3-5 days after the appearance of the cutaneous symptoms severe inflammation and bleeding can occur.

Adult onset Schönlein-Henoch vasculitis is a very rare disease with 3 to 5 cases a year in Hungary. It is the cause of GI bleeding even less frequently.

Our poster presents such a case where a middle aged male patient with adult onset DM has already had an affected kidney

11.

THROMBOPHLEBITIS MIGRANS KIVÁLTÓ RITKA BETEGSÉG?

Bordás L.¹, Varga P.¹, Ilyés S.¹, Póczik S.², Novák J.¹, BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, III. Belgyógyász/Gastroenterológia ¹, BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, Patológia ²

Bevezetés: Mélyvénás thrombosis hátterében többféle jól ismert aetiológiai ok állhat. **Esetismertetés:** 46 éves férfibeteg jelentkezett SBO-n, bal lábszár duzzanata, fájdalma miatt. Elvégzett véna UH magasra terjedő, nem friss mélyvénás thrombosit igazolt. Labor eredményeiben emelkedett D-dimert, magasabb májfunkciós értékeket és hypersedimentációt észleltünk. Terápiás dózisu LMWH terápiát indítottunk. Obszervációnk 3-ik napján erős mellkasi fájdalomra panaszkodott, EKG-n anterior lokalizációjú myocardialis infarctus volt látható, Kardiológiai Osztályára került ahol thrombolysis történt (streptokinaze), ezt követően még azon a napon recidív anterior AMI lépett fel. Ismételt systemas thrombolysist végeztek, ezúttal alteplase-zal. A beteg ezt követően a Szegei Tudományegyetem Invazív Kardiológiai Osztályára került ahol PTCA történt. A LAD-ba 2 stentet ültettek. Másnap reggel EKG-n az anteroseptalis ST elevatio fokozódott, ismételt PTCA akut stent thrombosit igazolt, recanalizatio történt. A beteget visszairányították a gyulai Kardiológiai Osztályára, ahol orális anticoagulálást indítottak, majd otthonába bocsátották. A beteg 4 hét múlva ismételt belosztályra került immár a gastroenterológiára, fogyás, gyengeség, epigastriális fájdalom, icterus miatt. Elvégzett vizsgálatok alapján pancreas tumort véleményeztünk (ERCP során gracilis choledocust láttunk, a májkapuban teljes stoppal, CA 19-9 nagyon emelkedett volt.). Hasi UH, valamint hasi CT máj-metastasiszt is leírt. Szív UH szívüregi thrombust írt le (terápiás tartományban lévő INR mellett) A beteg állapota rohamosan romlott, sebészeti beavatkozás nem jött szóba. 10 napos obszervációt követően Krónikus Belgyógyászati Osztályra kerül a beteg, ahol elhunyt. A végső diagnózist a boncolás igazolta: pancreas carcinoma, multiplex máj-metastasis, szívinfarctus, intracardialis thrombus, lépinfarctus, veseinfarctus.

Összegzés: Esetünk ismertetésével fel szeretnénk hívni a figyelmet a mélyvénás thrombosis alaposabb kivizsgálására fontosnak tartjuk a társosztályokkal való szorosabb együttműködést is.

12.

CLAUDIN EXPRESSION IN DIFFERENT PANCREATIC CANCERS AND ITS SIGNIFICANCE IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS

Borka K.¹, Korompay A.¹, Szabó E.¹, Kaliszky P.², Kupcsulik P.², Schaff Z.¹, Kiss A.¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²

Introduction: Claudins (CLDNs) are essential proteins of tight junctions. Changes in their expression pattern have been demonstrated in a number of tumors. CLDNs-3 and -4 are receptors of the Clostridium perfringens enterotoxin, cytolytic effects of the toxin are well known. The aim of our studies was to compare the different CLDN expression patterns in normal pancreas cells, pancreatic endocrine tumors, adenocarcinomas, mucinous cystic tumors and acinar cell carcinomas.

Material and methods: Retrospective series of 74 formalin fixed, paraffin embedded tissues were obtained from the archives of the 2nd Department of Pathology of the Semmelweis University and expressions of CLDN-1, -2, -3, -4 and -7 proteins were examined using immunohistochemical as well as RT-PCR techniques.

Results: In addition to the well-known CLDN-1 and -4 expression CLDN-2, -3 and -7 proteins were demonstrated in ductal cells, CLDN-3 and -7 proteins showed expression in acinar cells. The adenocarcinomas and cystic mucinous tumors of exocrine origin denoted CLDN-1, -2, -4 and -7 positivity, whereas acinar cell carcinomas expressed only CLDN-1 and -2 positivity. High CLDN-3 and -7 expressions were detected in all endocrine tumors.

This is the first description of CLDN protein expression in endocrine tumors. The level of CLDN-1, -4 and -7 protein expressions in borderline cystic tumors is inbetween that of benign and malignant tumors. This is a first review on childhood acinar cell carcinoma causing Cushing syndrome.

Conclusions: CLDN-1, -2 and -4 proteins are definitive markers of ductal differentiation, CLDN-1 protein is of acinar while CLDN-3 is of endocrine differentiation. The increased CLDN-4 expression in adenocarcinomas and mucinous cystic tumors, as well as the high CLDN-3 expression in endocrine tumors may open up new prospects in the targeted therapy of these tumors. The claudin expression pattern of pancreas tumors may be employed in the differential diagnosis of these tumors and may be of help in deciding dignity.

13.

GIANT FIBROID DUODENAL POLYP CAUSING SERIOUS ANAEMIA
 Brenner B., Sesztakov R., Hajnal P., Máté M., Bálint A., Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil

Introduction A giant fibroid polyp causing serious gastrointestinal bleeding for several years due to the diagnostic difficulties is reported. It took 6 years to get to the diagnosis from the first symptoms. Solution: surgical resection.

Case report: The patient is a 70 years old male person. In 2002 investigations were started because of dyspnoea. It turned up that he has microcytic anaemia and lack of ferrous sulphate, which was treated conservatively with success. Gastroscopy was negative. Within 4 years several investigations were made to find the exact reason for his recurrent anaemia, no organic cause could be revealed. The first time in 2006 when occult blood was discovered in his stool it was said to be due to occasionally bleeding piles. **Results:** In 2008 he received 12 units of blood transfusion in a month because of excessive anaemisation. After several negative gastroscopies at the end a solid polyp was discovered at the postbulbar region in the duodenum. It was checked and confirmed by capsule endoscopy.

Surgery was performed: a giant polyp (9x3 cm) was removed from the dorsal side of the duodenal wall.

Discussion: The diagnosis of occult gastrointestinal bleeding is still to be resolved due to the lack of financial, trade and material conditions.

14.

AZ ENDOSZKÓPOS ÉS CYTOLÓGUS SZOROS EGYÜTTMŰKÖDÉSE NÖVELI AZ INTRADUCTALIS MINTAVÉTEL ÉRZÉKENYSÉGÉT

Burai M.¹, Bak M.², Nagy T.³, Tarpay Á.¹, Pap Á.¹, Gastroenterológia /Endoscopia Országos Onkológiai Intézet Budapest¹, Cytopathológia Országos Onkológiai Intézet Budapest², Kemoterápia Osztály Országos Onkológiai Intézet Budapest³

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 18-60%-között mozog.

12 hónap alatt onkológiai-gastroenterológiai munkacsoportunk 37 intraductalis cytológiai vizsgálatot végzett kemoterápia indikációjának felállítására céljából. 19 nő és 18 férfi átlag életkora 65 év (37-től 85-ig). A 11 epeúti és 20 pancreas rák előzetes diagnózisát ultrahang, CT és/vagy MR vetette fel, 7 esetben ERCP is történt, de a betegség cytológiai, vagy histológiai megerősítése elmaradt, illetve sikertelen volt. Egy esetben a palliatív choledochoduodenostomia miatt nem sikerült pozitív mintát nyerni.

Az ERCP után epeúti daganatnál papillitómát végeztünk, majd a szűkült szakaszba cytológiai kefével vezetve azt többször áthúztuk. A pancreasrák gyanúja esetén a papillát 8F-ig megtágitottuk és vezető mellett juttattuk fel a cytológiai kefével az érintett területre.

A nyert mintát két üveglemezen széleztettük, tömény metanol oldattal rögzítettük 1-2 percre, majd rutin cytológiai konzultációval is hozzájárultunk a diagnózis pontoságához. Epeúti daganat esetében 11-ből 10, pancreas rák esetében 20-ból 17 esetben tudtuk igazolni a malignitás jelenlétét, mely messze felülmúlja az irodalomban talált adatokat. Egy betegben a pozitív epeúti cytológia mellett a pancreas vezetékben vett minta negatív kontrollként szolgált. Az ERCP és intraductalis kefecytológia szövödménymentesen 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 4 nap múlva. Összefoglalás: Az intraductalis cytológia 100%-os specificitással, és epeút rák esetén 91%, hasnyálmirigy daganat esetében 85%-os érzékenységgel végezhető, ha ERCP-ben és cytológiában jártas endoszkópok és cytopatológusok az egymást kiegészítő morfológiai eljárásokra támaszkodva szorosan együttműködnek.

15.

IS PANCREATIC CANCER STILL AN UNCURABLE DISEASE?

Bursics A.¹, Gyökeres T.², Pap Á.⁴, Vachaja J.³, Uhlyarik A.³, Pápai Z.³, Pörnczei B.¹, Polyclinic of the Hospital Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹, HM-ÁEK Department of Gastroenterology², HM-ÁEK Department of Oncology³, National Institute of Oncology⁴

Introduction: Authors evaluate the experiences gained with surgery for pancreatic tumors between June 2005 and December 2008.

Patients: During the last 42 months 50 patients were operated for pancreatic tumour by the same team. 46 patients suffered from malignant tumors and 4 of benign or borderline lesions. The benign conditions were either cystadenomas (1 case) or duodenal adenomas (2 cases) and intraductal papillary mucinous neoplasia (IPMN).

Discussion: We performed 2 pancreatic head resections (1 Whipple and 1 pylorus preserving pancreato-duodenectomy - PPPD) and 1 distal pancreatic resection for benign tumors. 1 patient received total pancreato-duodenectomy for IPMN. From the 46 malignant tumours we resected 26 patients. This means 56% resectability rate. In this group we did 18 PPPD-s, 3 Whipple procedures, 5 distal resections. We had some surgical complications: two leaks from the pancreato-gastric anastomosis. This was successfully treated by converting the operation for total pancreatectomy. We reoperated one patient for bleeding, one for subphrenic abscess, one for abdominal wall disruption. 20 palliative procedures were needed - biliary and/or enteral diversions. We lost 4 patients, 3 from the resected group. Two of these had multivisceral resections. We also lost 1 patient from the palliation group who developed insufficiency of a hepato-jejunostomy.

Conclusion: Pancreatic surgery seems to be feasible and safe at our department. The resectability rate was highly above the ratio cited in the literature. Multivisceral resections may carry unacceptably high risk

16.

EREDETI ÉS GENERIKUS PANTOPRAZOL A HELICOBACTER PYLORI FERTŐZÉS ERADIKÁCIÓJÁBAN ÉS A REFLUX BETEGSÉG RÖVID TÁVÚ KEZELÉSÉBEN. ÖSSZEHOSONLÍTÓ TANULMÁNY

Buzás G. IX. ker. Szakrendelő Kft.

Bevezetés. A generikumok farmakokinetikailag bioekvivalensek az eredeti gyógyszerrel. Kevésbé ismert, hogy klinikai hatásosságuk is azonos az eredeti készítménnyel.

Célkitűzés. Dolgozatunkban az eredeti és 1 generikus pantoprazolt hasonlítottunk össze a H. pylori fertőzés eradikációjában és a reflux betegség rövid távú kezelésében.

Módszer. A. A tanulmányban 50, endoszkóposan igazolt H. pylori pozitív nyombélfekélyes beteg 7 napig 2x40mg pantoprazol, 2x1 lgr amoxicillin, 2x500mg clarithromycin kezelésben részesült: 24 beteg eredeti, 26 eset generikus gyógyszert kapott. Az eradikációt 13C-urea teszttel ellenőriztük. A csoportok közti különbséget chi-square teszttel számítottuk ki. B. 48 endoszkóposan igazolt Los Angeles I-III. stádiumban lévő, típusos tünetekkel rendelkező refluxos betegek 2x40mg eredeti vagy generikus pantoprazolt kaptak (24-24 eset). Kezelés előtt és után a betegek az Astra-Zeneca cég validált rövid kérdőívét töltötték ki (9 kérdés a tünetek kiértékelésére 4 pontos Likert skálán). A kezelés előtti és utáni score értékeit és készítmények közti különbséget ANOVA teszttel értékeltük ki.

Eredmények. A. Az eradikációs arány kezelési szándék (ITT) alapon 71% (95% KT:51-90), illetve 77% (59-94) (p=0,63) protokoll (PP) alapon 74% (54-93), illetve 87% (KT:72-99) (p=0,26) az eredeti és generikus pantoprazol adása esetén. B. A reflux betegség 4 hetes kezelése során a betegek tüneti score értéke 19-ről (KT:17-20) 31-re (29-32) növekedett (p=0,00001) az eredeti pantoprazol után. Generikus készítménnyel a score értéke 20-ról (KT:18-21) 31-re (KT:29-32) növekedett (p=0,00001). A két készítmény között nem volt szignifikáns különbség (p=0,297). Az eredeti készítmény hatásmérete 2,9, a generikumé 3,2 volt (p=0,96).

Következtetések. Az eredeti és generikus pantoprazol klinikai hatásossága mindkét indikációs területen (H. pylori eradikáció és reflux betegség) azonos, hatásméretük jelentős, tehát a két készítmény klinikai gyakorlatban is egyenértékű.

Jegyzet: Eredeti készítmény: Controlloc®, Nycomed, generikum: Nolzapa®, Krka

17.

NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS SENSITIZES TO TLR9-INDUCED LIVER INJURY

Csak T.¹, Dolganiuc A.¹, Nath B.¹, Patrasek J.¹, Kodys K.¹, Szabo G.⁸, Dept. of Medicine, UMMS, Worcester, USA ¹

Background/Aims: Inflammatory activation superimposed over non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) results in the clinical syndrome known as non-alcoholic steatohepatitis (NASH). Increased susceptibility of fatty liver to damage induced by ischemia or the TLR4 ligand, lipopolysaccharide, has been previously shown. The effect of other pathogen-derived insults is yet to be delineated. The aim of this study was to evaluate the effect of TLR9 ligand stimulation in a mouse model of NASH.

Methods: C57/Bl6 mice were fed methionine-choline deficient (MCD) or supplemented (MCS) diets for 5 weeks and challenged with the TLR9 ligand, CpG for 2 or 6 hours (5mg/bwk;n=6/group). Liver was evaluate by histology. Serum levels of ALT and inflammatory cytokines, (TNF α and IL-6), Type I interferons (IFN) were measured by ELISA, and/or gene expression in the liver quantified by real-time PCR.

Results: MCD diet induced macrovesicular steatosis and elevated serum ALT indicating liver damage compared to the control, MCS diet. Serum TNF α and IL6 protein and hepatic TNF α and IL6 mRNA levels were increased in MCD compared to MCS diet-fed mice, suggesting liver inflammation. Hepatic TLR9 mRNA expression was significantly higher in MCD compared to MCS diet-fed mice. CpG challenge lead to increased serum ALT, TNF α and IL6 and liver mRNA levels, suggesting liver damage and inflammation. MCD diet-fed mice had higher elevation of TNF α and IL-6 liver mRNA compared to MCS controls after CpG challenge. TLR9 stimulation-triggered mRNA expression of type I IFNs (IFN α and IFN β) was comparable between livers of MCD and MCS diet-fed mice but there was an increase in IFN-stimulated gene(ISG56 and IRF7) mRNA levels in steatohepatitis. Further, the extent of Type I IFN increase was significantly higher in MCD- compared to MCS diet-fed mice.

Conclusions: Steatohepatitis in the MCD diet model is associated with upregulation of TLR9 mRNA and sensitization to TLR9-induced liver injury and type I IFN production. These findings suggest an increased susceptibility of livers with steatohepatitis to TLR9 ligand-induced liver damage.

19.

CHANGES OF AUTONOMIC AND SENSORY FUNCTION DURING 24 WEEKS OF ANTIVIRAL TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC HCV INFECTION

Csihi L.¹, Osztoivits J.¹, Horváth E.¹, Tax J.¹, Horváth T.³, Csák T.¹, Tóth T.¹, Abonyi M.¹, Fehér J.², Kempler P.¹, Kollai M.³, Szalay F.¹ 1.sz.Belgyógyászati Klinika ¹, 2.sz.Belgyógyászati Klinika ², Kísérleti Kutató és Humán Élettani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest ³

Background and aim. Neurological complications of chronic Hepatitis C virus (HCV) infection are known predominantly in the peripheral nervous system. Symptoms of sensorimotor neuropathies mainly change for the better during anti-HCV treatment, but they can worsen, as well. It is not known, how autonomic function changes during interferon+ribavirin treatment.

Methods. 24 HCV PCR positive, treatment-naive patients were enrolled in the study (age=46.5 $\pm$ 10.6 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. Laboratory assays for liver transaminases, albumin, glucose, mixed cryoglobulin, and serum HCV-level were made. 180 μ g peginterferon alfa-2a weekly and 1000mg ribavirin daily was given. Measurements were made 1 day before first dose, then on 12th week and on 24th week of antiviral therapy.

Results. HRV low-frequency domain (LF) and BRS sequence (BRSseq) indices decreased after 12 weeks of therapy compared to the initial values; then increased significantly again for the 24th week. (211 $\pm$ 163 ms at week 0 vs. 99 $\pm$ 66 ms at week 12 vs. 180 $\pm$ 184 ms at week 24 for LF; 8.4 $\pm$ 4.3 vs. 5.5 $\pm$ 2.2 vs. 8.1 $\pm$ 3.9 ms/mmHg for BRSseq [mean $\pm$ SEM]; p<0.05). This trend was found in all examined autonomic indices, both in subgroups of patients with and without early viral response, and with and without mixed cryoglobulinemia, respectively. Sensory function did not change during 24 weeks of therapy.

Conclusion. The short term and reversible deterioration of autonomic function at the beginning of anti-HCV therapy may reflect the changes of immune-system caused by the immune-mediator interferon. To evaluate further tendencies, we continue the follow-up examinations.

18.

ERCP VERSUS MRCP – A PANCREATO-BILIARIS RENDELLENESÉGEK KÉT DIAGNOSZTIKUS MÓDSZERÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA KÓRHÁZUNKBAN HÁROM ÉV BETEGANYAGÁNAK RETROSPEKTÍV ELEMZÉSE ALAPJÁN

Csefkó K.¹, Balla E.¹, Varga M.¹, Borbola G.², III. Belgyógyászat, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba 1 ¹, III. Belgyógyászat, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba 1 ², III. Belgyógyászat, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba 1 ³, Radiológia, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba 2 ⁴

Célkitűzés: az MRCP diagnosztikus pontosságának felmérése összehasonlítva az epeúti betegségek gold standardjával, az ERCP-vel. Célul tűztük még ki az MRCP helyének meghatározását a diagnosztikus algoritmusban, különös tekintettel kórházunk helyi sajátosságaira. Az MRCP szenzitivitásának, specificitásának, pozitív és negatív prediktív értékének összehasonlítása a nemzetközi adatokkal.

Háttér: 2006 január 1. és 2008 december 31. között 313 ERCP vizsgálatot végeztünk kórházunkban pancreatobiliaris megbetegedés gyanúja miatt. Közülük 109 betegnél (34,5 %) MRCP is történt, az ERCP-t megelőzően vagy utána, a beavatkozás indikációjától függően.

Eredmények: 82 esetben bizonyult összehasonlíthatónak a két módszer, és az MRCP-n alapuló diagnózis 61 esetben (74,3%) egyezett az ERCP során találtakkal, leginkább choledocholithiasis esetén. Ez korrelál a nemzetközi irodalmi adatokkal.

Következtetés: az MRCP magas diagnosztikus értékkel rendelkező, non-invazív módszer, intézményünkben könnyen hozzáférhető, a radiológiai osztállyal az együttműködésünk szoros, így biztonságos alternatívája lehet az ERCP-nek a diagnosztika területén. Különösen érzékeny a módszer epeúti kövesség esetén. Az alacsony esetszám miatt egyéb pancreatobiliaris körképekre vonatkozóan statisztikai következtetést nem tudunk levonni. Hasznos lehet még a betegkövetésben sikeres EST után, valamint olyan betegek esetén, akiknél az ERCP elvégzése valamilyen ok miatt nem lehetséges. kerülő betegek- egy részénél alkalmas.

20.

KAPSZULA ENDOSZKÓPIÁVAL DIAGNOSZTIZÁLT GASZTROINTESTINALIS NON-HODGKIN LYMPHOMA

Csizmazia I.¹, Tolmácsi B.¹, Sipter E.¹, dr. Gombás P.², Lestár B.³, Zsigmond F.¹, Banai J.¹ HM Állami Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály ¹, HM Állami Egészségügyi Központ Patológiai Osztály ², HM Állami Egészségügyi Központ Sebészeti Osztály ³

Bevezetés: A vékonybél tumorai a ritka előfordulású daganatok közé tartoznak, incidenciájuk 0.3-2.0 100000 főre számítva. Az extranodalis non-Hodgkin lymphomák leggyakrabban a gastrointestinalis traktusban, ezen belül leginkább a gyomorban fordulnak elő. Vékonybélben történő előfordulásuk igen ritka, kb. 5%.

Esetbemutató: A 81 éves férfibeteg osztályos felvételle jelentős anaemizálódás miatt került. Gastroscoopia, colonoscoopia vérzésforrást nem talált, erythropoietin szintje normális, vas és B12 vitamin szérumszintje alacsony volt. A vitamin és vaspótlás ellenére anaemiaja változatlan maradt, csontszcintigraphia metastasist nem igazolt. Heamatológus javaslatára csontvelő biopszia történt, haematológiai betegség nem igazolódott. A folyamatos Weber pozitivitás miatt kapszula endoszkópia történt, mely a 3. jejunumkacs magasságában a lument szűkítő idegenszövetet talált. Sebészeti osztályon jejunum resectio történt, melyet a tumor kiterjedése miatt sigmaresectioval kellett kombinálni. A posztoperatív szövettani vizsgálat magas proliferációs aktivitású diffúz B-sejtes lymphomát igazolt. Immunhisztokémia alapján a sejtek 40%-a Ki67 pozitív, 70%-a p53 pozitív volt. A műtét után adjuváns kemoterápia indult, de a műtétet követő 4. hónapban a műtési hegvonalon ökolnyai resistencia jelentkezett. Képpalkotó vizsgálat a műtési metszésnek megfelelően a hasfalat többszörösen involváló, részben a hasüregbe is terjedő metastasist vagy recidívát véleményezett.

Összefoglalás: A vékonybél daganatok és az ismeretlen eredetű gastrointestinalis vérzés diagnosztizálásában a kapszula endoszkópia kiemelt fontosságú. A non-Hodgkin lymphoma előfordulása a vékonybélben igen ritka, nehezen diagnosztizálható körkép, de sebészi eltávolítással és adjuváns kemoterápia alkalmazásával jó túlélés biztosítható. Irodalmi adatok (és saját esetünk) alapján a recidíva lehetőségét a tumor staging és a p53 előfordulása határozza meg. Ezért az immunhisztokémia (Ki67, p53, bcl-2) meghatározása prognosztikai faktort jelent a gastrointestinalis non-Hodgkin lymphoma kezelésében.

21.

ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND PREOPERATIVE STAGING OF PANCREATIC CANCER

Czakó L., Szepes A., Baranyai T., Szepes Z., Molnár T., Takács T., Wittmann T.,
1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged

Background and Aims: Endoscopic ultrasonography (EUS) is a diagnostic method designed for the accurate detection and staging of tumors of the pancreas. It is often performed because of a clinical suspicion of pancreatic cancer, when the results of other noninvasive diagnostic tests are indeterminate. The aim of this study was to determine the accuracy of EUS in the diagnosis and staging of pancreatic cancer.

Patients and Methods: Patients with a suspicion of pancreatic cancer who had undergone CT and EUS were retrospectively reviewed. In those who participated in surgery, the surgical and/or pathological findings and staging were compared with the results of EUS. Resectability rates were determined and compared with the preoperative TNM staging by EUS.

Results: A total of 56 patients (30 females, 26 males) with a possible pancreatic mass underwent CT and EUS. The mean follow-up time was 10 months (3-30). The sensitivity, specificity, positive and negative predictive value and accuracy of the diagnosis of pancreatic cancer by EUS were 92%, 84%, 88, 89, and 88%, respectively. The accuracy of EUS for T and N staging proved to be 66% and 66%, respectively. The overall proportion of tumors that were deemed resectable by EUS and were actually found to be resectable during surgical exploration was 37%.

Conclusions: Radial EUS of the pancreas is an accurate method for the diagnosis and staging of pancreatic cancer.

22.

EARLY EFFICACY AND SAFETY OF ADALIMUMAB THERAPY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Czegledi Z.,¹ Miheller P.,² Szamosi T.,¹ Banai J.,¹ Tulassay Z.,² Gemela O.,³ Papp J.,³ Lakatos P.,³ Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Aims: Adalimumab is a fully human monoclonal antibody targeting tumor necrosis factor. We assess the early efficacy and frequency of side effects during induction and maintenance adalimumab therapy in patients with Crohn's disease.

Methods: 54 CD patients were analyzed. (male/female: 34/20, mean age: 31.3 years, duration: 8.7 years). Indication for biologic therapy was steroid dependency and/or steroid refractory disease in 29 (53.7%) and fistulizing disease in 25 (46.3%) patients. Previous infliximab therapy was given in 20 (37%) patients. Concomitant immunosuppression was given to all patients (steroid 43 (79.6%), azathioprine: 46 (85.2%), combined: 36 (66.7%)). Medical records were retrospectively analyzed.

Results: After induction therapy (at week 4) only 3 patients were considered primary non-responders. At 12-weeks the overall response rate was 68.5 % (n=37), while 24 (44.4%) patients achieved remission. Complications: four abscesses, two herpes zoster infections and one CMV colitis occurred during the therapy. Two patients had a skin reaction and two needed dilatation because of a stricture of the rectum. One urgent surgery was performed because of ileus of the small intestine.

Conclusion: The 12-week efficacy of adalimumab treatment in this referral population highly exposed to infliximab was comparable to results in clinical trials. Early infectious complications were relatively frequent probably due to the high percentage of triple therapy with immunosuppressives.

23.

CHARACTERIZATION OF THE ACID/BASE TRANSPORTERS IN HUMAN GASTRIC MYOFIBROBLASTS

Czezan M., Rakonczay Z.,¹ Schnur A.,¹ Lazar G.,² Simonka Z.,² Tiszlavicz L.,³ Nemeth L.,³ Venglovecz V.,⁴ Varro A.,⁵ Lonovics J.,¹ Wittmann T.,¹ Hegyi P.,¹ University of Szeged, 1st Department of Medicine¹, Department of Surgery², Department of Pathology³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy⁴, University of Liverpool, Department of Physiology⁵

Background & Aims: Myofibroblasts are found subepithelially in many mucosal surfaces throughout the gastrointestinal tract. They play a central role in wound healing, repair of the extracellular matrix, epithelial proliferation and oncogenesis. Due to the large variety of functions, they can face different acid or alkali loads which can come either from its intrinsic metabolism or from an external source. Our aim was to characterize the intracellular pH (pHi) regulation of human myofibroblasts

Methods: Myofibroblasts were isolated from human gastric resection tissue. The cells were stained for alpha smooth muscle actin and vimentin from each preparation to monitor the purity. Myofibroblasts were loaded with the pH sensitive fluorescent dye BCECF-AM. The changes of fluorescence intensity were measured by an Olympus CellIR imaging system. The basic acid/base transport mechanisms were studied by: 1) removing or replacing different ions (Na⁺, HCO₃⁻, Cl⁻, K⁺) in the extracellular solution, 2) generating acid or alkali load using the ammonium pulse technique.

Results: We found that the resting pHi of gastric myofibroblasts is 7.21±0.02. Administration of standard HCO₃⁻/CO₂ solution to the cells caused a quick acidification suggesting a rapid CO₂ diffusion into the cells. This was followed by a Na⁺ dependent HCO₃⁻ influx suggesting an active Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter. Cl⁻ removal from the extracellular standard HCO₃⁻/CO₂ solution caused an alkalization which was very much diminished in HCO₃⁻ free solution. In addition, the recovery from alkali load (evoked by the ammonium pulse technique) was dependent on both HCO₃⁻ and Cl⁻ availability suggesting a functionally active anion exchanger on the cells. The recovery from acid load was totally dependent on Na⁺ but only partially on HCO₃⁻.

Conclusions: Human gastric myofibroblasts express functionally active Na⁺/H⁺ and Cl⁻/HCO₃⁻ exchangers and Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter but no proton pump. This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

24.

PHARMACOLOGICAL ANALYSIS OF THE RECEPTORS MEDIATING THE GASTROPROTECTIVE EFFECT OF AGMATINE IN THE RAT

Dabi Á., Décsi O., Zádori Z., Shujaa N., Gyires K., Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, 1089, Budapest, Nagyvárad tér 4.

Introduction: Our previous results suggested that centrally injected agmatine (an endogenous ligand of the imidazoline receptors) induces gastric mucosal protection in the rat, and both central I1 receptors and α2-adrenoceptors are involved in it. It is also well established that the endogenous opioid system has an important role in the regulation of different gastrointestinal functions and several lines of evidence suggest an interaction between agmatine and the opioid system. **Aims:** 1. To analyse, which α2-adrenoceptor subtypes mediate the effect of agmatine. 2. To investigate, whether the endogenous opioid system is involved in the agmatine-induced mucosal protection. **Methods:** The ethanol-ulcer model was used. After 24 h starvation, male Wistar rats were given 0.5 ml acidified ethanol orally. The mucosal lesions were evaluated 1 h later. Agmatine was given intracerebroventricularly (i.c.v.) 10 min before the ethanol challenge. The α2-, and opioid-receptor antagonists were injected either peripherally (s.c.) or centrally (i.c.v.) before the administration of agmatine.

Results: 1. Agmatine (0.044 - 1.76 nmol/rat i.c.v.) induced a dose-dependent gastroprotection. 2. Both the selective α2A-adrenoceptor subtype antagonist BRL-44408 (15 nmol/rat i.c.v.) and α2B-adrenoceptor subtype antagonist prazosin (4.8 nmol/rat i.c.v.) inhibited the agmatine-induced mucosal protection. 3. Similarly, pretreatment with the non-selective opioid-receptor antagonist naloxone (2.75 μmol/kg s.c.) and the selective δ-opioid receptor antagonist naltrindole (0.5 nmol/rat i.c.v.) abolished the effect, while β-FNA (20 nmol/rat i.c.v.) and norBNI (14 nmol/rat i.c.v.), the respective μ- and κ-opioid receptor selective antagonists failed to reduce the agmatine-induced protection.

Conclusions: Our results demonstrate that both central α2A- and α2B-adrenoceptor subtypes may be involved in the agmatine induced mucosal protection. Moreover, the endogenous opioid system - by central δ-opioid receptors - also takes part in the agmatine-induced gastroprotection.

25.

IS COLON CAPSULE ENDOSCOPY USEFUL FOR BARRETT'S PRESCREENING?

Dancs N., Szabó A., Jánoki M., Rácz I. 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr

Background: Colon capsule endoscopy (CCE) is a novel, non-invasive and painless method for the direct visualization of large bowel without intubation. After the activation, the camera shuts off in 3 minutes in order to save the battery energy, and it automatically turns back after 105 minutes, before leaving the small bowel. This short 3 minutes camera activity in the oesophagus offers the visual demonstration of the distal oesophagus and Z-line.

Methods and aims: From the November of 2008 colon capsule endoscopy was performed with the PillCam Colon (Given Imaging Ltd.) device in 14 cases. Eight out of these 14 patients underwent oesophago-gastroscopy-duodenoscopy (EGD) as well. The aim of our retrospective analysis was to evaluate the Z-line pictures presented by the colon capsule, and to compare those images with the conventional EGD results.

Results: The colon capsule showed the entire length of the oesophagus in each case. The gastro-oesophageal junction and Z-line was visible in 71% of the cases with 79% appearance of the whole Z-line circumference.

We had parallel image results with CCE and EGD of the distal oesophagus and Z-line in 6 cases. CCE indicated suspected Barrett's oesophagus in one case however the EGD showed reflux oesophagitis grade Los-Angeles B. Mild irregularity of Z-line was detected by CCE in 3 cases all of them confirmed by EGD.

Conclusion: Although colon capsule endoscopy is designed for visualization of the colon mucosa, additionally it also shows the squamo-columnar Z-line in almost all cases. Therefore this method might be useful for prescreening Barrett's oesophagus as well.

26.

PHYLOGENETIC ANALYSIS OF A HEPATITIS C VIRUS OUTBREAK IN A HAEMODIALYSIS UNIT

Dencs Á.¹, Hettmann A.¹, Szűcs M.², Rusvai E.¹, Takács M.¹, National Center for Epidemiology, Division of Virology, Budapest, Hungary ¹, National Public Health and Medical Officer Service, Department of Epidemiology, Pécs, Hungary ²

Introduction: Since the screening of blood donors has been introduced, transfusion-associated hepatitis C infections have become rare events. However, a part of newly acquired HCV infections are still health-care related. By the phylogenetic analysis of viral sequences the relatedness of new infections can be demonstrated.

In this study we aimed to find molecular evidence for a nosocomial transmission and to ascertain the source of infections at a haemodialysis center in Hungary. 25 seropositive patients were included in the analysis, 4 of them had been known hepatitis C virus carriers previous to haemodialysis and were considered possible source patients.

Methods: Regions of the HCV genome with different levels of variability were utilized for the investigation. A sensitive nested PCR specific for the conserved 5'UTR was applied to detect viral RNA. The more variable NS5B region was also amplified and sequenced for genotyping and phylogenetic analysis. Fifteen unrelated control sequences from Hungary were used for comparison.

Results: Out of 25 seropositive patients 16 were HCV RNA positive using 5'UTR primers. 15 of them were also positive using primers for NS5B. Genotyping showed that all viruses were genotype 1b. Sequences of newly infected patients were genetically very close and formed a separate group from control sequences with high statistical support, showing that they were probably related. Based on the phylogenetic analysis, 3 of the putative source patients carried viruses unrelated to the outbreak. The viral sequence of the fourth putative source patient, however, clustered together with the sequences of the patients infected during the outbreak, which strongly suggested that the virus of this patient was the source of the nosocomial infections.

Conclusions: The grouping and genetic distances between isolates suggest that the 11 newly infected patients included in the phylogenetic analysis were infected from a common source, which was identified as the virus of a HCV carrier patient also haemodialysed at the same unit.

27.

OESOPHAGEALIS ÉS EXTRAESOPHAGEALIS VARICOSITAS ENDOSZKÓPOS KEZELÉSE SÜRGŐSSÉGI ÁLLAPOTOKBAN ÉS TERVEZETLEN – EREDMÉNYEINK

Dózsa L., Gaál G., Kövérmé S., Kandikó K., Kecskés F., Bodnár G., Schafer E., Visnyei Z., Rusznay K., Czeglédi Z., Szamosi T., Rábai K., Zsigmond F., Gyökeres T., Banai J. ÁEK Gasztróenterológia

Bevezetés: A heveny gasztroroesztinális vérzéssel járó állapotok komoly kihívást jelentenek az endoszkópos asszisztens számára is. Munkánkban gumigyűrű-ligáció alkalmazásával ill. szkleroterápiával kezelt oesophagealis és extraesophagealis eseteinket ismertetjük.

Betegek és módszerek: 2008-ban endoszkópos laborunkban összesen 45 esetben került sor nyelőcső, subcardialis ill. antralis (GAVE sy.) varix kezelésére. 30 betegben (férfi:nő=22:8, életkor: 43-82 év) összesen 37 alkalommal végeztünk varix szklerotizációt (átl. 7,6 ml /4-20 ml/ 1%-os, vagy átl. 9,4 ml /6-18ml/ 2%-os) aethyoxosklerollal. 28 betegben izolált oesophagealis varix, 2 betegben subcardialis varix volt a vérzésforrás. 16 esetben sürgősséggel, 18 esetben elektív céllal történt a beavatkozás. Gumigyűrű-ligációt 14 betegben (férfi:nő=12:2, életkor (44-75 év) összesen 18 alkalommal végeztünk. 12 betegben izolált nyelőcső varix, 1 betegben subcardialis varix volt a vérzésforrás, 1 esetben vérzést okozó „görgődinnie-gyomrot” kezeltünk. 17 esetben elektív ligációt végeztünk, 1 subcardialis varixos betegben sikertelen szklerotizációt követően gumigyűrű ligációval sikerült stabil hemostasist biztosítani. Eredmények: Korai hemostasist 3 esetben sikerült endoszkópos terápiával elérni, szonda tamponálást alkalmaztunk, majd a beteg stabilizálása után 1-2 nap múlva szkleroterápiát, ill. gumigyűrű felhelyezését végeztük. Heveny vérző betegek szklerotizálása kapcsán 3 betegben 1-3 alkalommal észleltünk egy héten belüli újrávérzést, emiatt megismételt kezelésekre volt szükség. Vérzéses mortalitás a kezelt betegcsoportban nem volt, de követés során 3 beteg májelégtelenségben meghalt. Az elektív céllal végzett ligáció ill. szkleroterápia minden esetben sikeres volt, korai újrávérzés nem fordult elő.

Következtetés: A nyelőcső varixok gumigyűrű-ligációja, illetve a szkleroterápia elektív céllal hatásos, biztonságos a gyógyszeres kezeléssel együtt. A gumigyűrű-ligáció alkalmazását aktív vérzésben korlátozza betegek sokszor instabil állapota, illetve a gumigyűrű elérhetősége.

28.

CASE OF SEVERE GASTRIC ULCER BLEEDING OF DES STENT WEARING PATIENT. EFFICACY OF PROTON PUMP INHIBITORS ON ULCER HEALING IN ANTI PLATELET DRUG TREATMENT

Dömötör A.¹, Schumacher E.¹, Gódi S.¹, Bozó J.², Hágendorn R.¹, Fehér A.¹, Vincze Á.¹, Zimmer J.¹, 1st Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, HUNGARY ¹, Department of Cardiology, Medical School, University of Pécs, HUNGARY ²

Patient: A 43-years old male patient having gastric ulcer treated with proton pump inhibitor (PPI) and caused by NSAID abuse because of joint pains and LAD DES stent implantation in two-years anamnesis was admitted with gastrointestinal bleeding (melaena) to the Gastroenterology Ward of our clinic. His acute gastrointestinal bleeding lead to a severe anemia (Hgb: 30 g/l) and haemodinamical instability. Urgent gastroscopy recognized a 9 cm diameter small-curve gastric ulcer with actual bleeding (Forrest I/C). A haemoclasp was placed followed by local adrenaline injection leading to complete hemostasis.

At time of admission patient took standard dose of generic lansoprazole and combined platelet aggregation inhibitor treatment (acetyl salicylic acid and clopidogrel). After gaining stop of bleeding and haemodinamical stabilization we faced dilemmas of treatment strategies. Double-dose of original pantoprazole was given i.v. and effect double-checked with 24-hours pH-metry (EsopHogram™ Reflux Analysis), clopidogrel (75 mg) was continued in standard dose and its effect was double-checked with aggregometry (Carat Tx4).

Gastric pH control was effective (only 23 min under pH 5,0 in 24 hours), however platelet aggregation inhibition was ineffective in this combination of treatment even if increasing dose of clopidogrel to 150 mg.

Ticlopidin treatment got started leading to therapeutic platelet aggregation inhibition. Healing of gastric ulcer was followed with gastroscopy up to healing (histology proved no malignancy).

Conclusions: Correct choice of PPI and dose and recognition of interactions between drugs and drug ineffectivity in time can provide the necessary balance between gastroprotection and stent protection.

29.

IMMUNHISTOCHEMICAL OBSERVATIONS IN PATIENTS WITH COELIAC DISEASE

Dömötör A.³, Lakner L.¹, Schumacher E.³, Tóth C.², Meczker Á.⁵, Hajós R.⁵, Kereskai L.⁴, Szekeres G.⁵, Czimmer J.³, Vincze Á.³, Döbrönte Z.¹, Mózsik G.³, Department of Gastroenterology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely¹, Department of Pathology, Markusovszky Teaching Hospital, Szombathely², 1st Department of Medicine, Medical and Health Centre, University of Pécs³, Department of Pathology, University of Pécs⁴, Histopathology Ltd. Pécs, Hungary⁵

Background: Celiac disease is an autoimmune mediated inflammatory disorder of the small intestine triggered by glutes. The immunocells in the gastric mucosa are in connection with gastric mucosal nerve endings by the way of neurotransmitters (CGRP, SP, SOM and TH). Our further observations suggest that the capsaicin-sensitive afferent nerves are involved in the development of different gastrointestinal inflammatory disorders like chronic gastritis with or without H. pylori infection, M. Crohn and colitis ulcerosa. Our aims were: to study the possible role of neurotransmitters (SP, CGRP) and capsaicin-sensitive afferent nerve in the development of gluten-induced inflammation in human duodenal tissue samples; to examine the changes of the immunodistribution of SP, CGRP and capsaicin receptor (transient receptor potential 1 = TRPV1) after one year gluten free diet (GFD). Patients and methods: 8 patients (2 male and 6 female, age: 19-65 years, mean: 38 yrs.) went over gastroduodenoscopy, serological tests, physical and histological examinations. The immunohistochemical observation was carried out on formalin fixed, paraffin embedded tissue samples with polymer one method (Lab Vision Corp.). Results: the immunodistribution of SP and CGRP was the similar like the samples of another part of the GI tract; no immunosigns could be detected by TRPV1 antisera; decreased immunohistochemical activity could be detected after one year GFD. **Conclusion:** The immunodistribution of SP and CGRP was in correlation with the severity of gluten sensitive enteropathy. The immunodistribution of capsaicin sensitive afferent nerves could not be detected which may be commented on by the injury or burn out effect of these nerves.

30.

NOT ONLY HISTOLOGICAL GRADE BUT ENDOSCOPIC FINDING, IRON DEFICIENCY, WEIGHT LOSS, AND CHANGE IN BOWEL HABITS REFER TO ADVANCED STAGE OF COLORECTAL CARCINOMA

Erhardt B.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Németh I.², Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged²,

Introduction: Despite the world-wide tendency, the incidence of colorectal carcinoma (CRC) in Hungary has been increasing continuously without any favourable change in the mortality rate considering an advanced stage of the tumors at the time of the diagnosis.

Aims: The aim of our study was to determine whether are there any clinical, laboratory, endoscopic, and histological factors which can predict the Dukes' stages of the CRC, therefore can be prognostic markers of the disease.

Patients and methods: Clinical symptoms, laboratory parameters (serum cholesterol, triglycerid, liver function tests, hemoglobin, C reactive protein, iron level and CEA), colonoscopic findings, and the pre- and postoperative histological findings of the colorectal cancer of 98 patients diagnosed between March 2007 and September 2008 at the First Department of Medicine, University of Szeged, were assessed. One way ANOVA, Chi-square test and Fisher's exact test were used for statistical analysis and p values <0.05 were considered statistically significant.

Results: The average age of the patients at the diagnosis of CRC was 66 years. Distributions of the CRC by Dukes' stage were: A:6, B1:16, B2:32, C1:23, C2:21. Significant correlation was detected between the Dukes' stage of the CRC and the serum iron level, colonoscopic severity score, histological differentiation, and weight loss and changes in the bowel habits out of the clinical features.

Conclusion: According to our result, serum iron level proved to be the best prognostic laboratory parameter in CRC. Weight loss and changes in the bowel habits referred to an advanced process. The stage of the cancer can be judged well on the basis of the severity of the endoscopic findings

31.

I.VONALBAN ALKALMAZOTT BEVACIZUMAB+FOLFIRI KEZELÉSEL SZERZETT TAPASZATLATAINK

Farkas M., Végh É., Petrányi Á., Tamas K., Babics J., Bodoky G. Főv. Önkormányzat Egyesített Szt. István és Szt. László Kórház, Onkológiai Osztály

Bevezetés: MO-n vastagbél daganatok száma évről-évre emelkedik. A betegek közel 60 %-ában a betegség lezajlása során áttét kialakulása észlelhető, ezért bír nagy jelentőséggel az előrehaladott vastagbél daganat gyógyszeres kezelési lehetőségeinek vizsgálata. Hazánkban újonnan bevezetett készítmények közül a kombinációs kezelésben alkalmazott VEGF gátló bevacizumab hatékonyságát vizsgáltuk.

Anyag és módszer: A vizsgált periódusban 75 előrehaladott vastagbél daganatos betegnél alkalmaztuk első vonalban a bevacizumab+FOLFIRI kombinált terápiát. A betegek átlag életkora a 55 év volt. A esetek közül 56 betegnek egy szervre, 16 betegnek két szervre, 3 betegnek pedig 3/több szerve localizálódó metastasisa volt. A kezelés során 180 mg/m² Irinotecan, 400 mg/m² Leucovorin, bólus 400 mg/m² 5-Fluorouracil, majd 22 órás infúzióban 1200 mg/m² 5-Fluorouracil adására került sor, 2 egymást követő napon. Első alkalommal a kemoterápia után, majd a továbbiakban a kemoterápia előtt 5mg/tskg dózisban alkalmaztuk a bevacizumabot. A kezelést 14 naponta ismételtük. A betegség nyomkövetésére 2 hetente laborvizsgálat, 8 hetente CT vizsgálat vizsgálat történt.

Eredmények: A vizsgálat során a progressioig eltelt időt, a median túlélést, ill. a mellékhatásokat vizsgáltuk. Az átlagos TTP 11. 1 hónap, a median OS 21. 5 hónap volt. A ciklusok száma 5. 3 volt. Halálos szövődeményt nem észleltünk. Hajhullás 66 betegnél volt észlelhető. Hasmenés 33 esetben lépett fel, ebből Gr:3-as 5 esetben jelentkezett. Hányinger, hányás 39 betegnél jelentkezett, és egyik esetben sem érte el a Gr:3-s fokozatot. Gr:3-as neutropeniát 9 esetben észleltünk, ebből 2 betegnél alakult ki láz is. 12 betegnél cholinerg szindróma lépett fel. Gastrointestinalis perforációt nem észleltünk. Gr:3-as hypertonia 8 betegnél jelentkezett. Reggeli orrvérzésről 6 beteg számolt be. A mellékhatások nem voltak súlyosak, a kezelés megszakítására emiatt csak 2 esetben volt szükség. 22 beteget vesztettünk el, és 4 esetben észleltünk CR-t.

Következtetés: Fentiek alapján támogatjuk a bevacizumabot tartalmazó kombinációs kezelés szélesebb indikációs körben való alkalmazását a hazai gyakorlatban is.

32.

MANNÓZ-KÖTŐ LEKTIN SZINTEK GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBE

Farkas G.¹, Hársfalvi J.², Altorjay I.¹, Palatka K.¹, Lakatos L.³, Kovács Á.⁴, Farkas K.⁵, Molnár T.⁵, Papp J.⁶, Lakatos P.⁶, Papp M.¹.

Debreceni Egyetem OEC, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Debreceni Egyetem OEC, Klinikai Kutató Központ, Debrecen², Csolnoky Ferenc Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Veszprém³, Péterfi Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest⁴, Szegedi Egyetem, Szent-György Albert Orvos-és Gyógyszertudományi Centrum, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁵, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁶

Elméleti háttér: A mannóz-kötő lektin (MBL), egy mintázatfelismerő receptor, mely a baktériumok felszíni szénhidrátkomponensének felismerésével a komplement rendszer lektin útvonalán keresztül aktiválja az immunrendszert. Az MBL gén mutációit colitis ulcerosaban (UC) védőfaktorokként találták, míg Crohn-betegekben (CD) és egészséges családtagjaikban az MBL deficiencia összefüggést mutatott a Saccharomyces cerevisiae elleni antitestek (ASCA) jelenlétével. Vizsgálatunk célja az MBL szintek és a különféle szerológiai markerek közötti összefüggés, valamint a betegség fenotípusával való kapcsolat elemzése volt nagyszámú gyulladásos bélbeteg (IBD) csoportban.

Betegek és módszerek: 990 IBD (CD:740, UC:250), és 296 egészséges egyént vizsgáltunk. Az MBL szint és az anti-mikrobiális antitest vizsgálatok (anti-Omp, ASCA and anti-glycan antitestek) szérumból történtek ELISA módszerrel. A TLR4 és NOD2/CARD15 genotípusokat PCR-RFLP-vel határoztuk meg. Eredmények: Sem az ng/ml) vs. HC: 1404[1337] és UC:1109 JSD: 1296[átlagos MBL szint (CD:1298), sem az abszolút [1380]<100ng/ml) MBL hiány (CD:15,0%, UC:18,4%, HC:13,8%), nem különbözött szignifikánsan. Az alacsony MBL szint (<500ng/ml) nem mutatott összefüggést sem az egyes antimikrobiális antitestek jelenlétével sem pedig azok kombinációjával, sem pedig a CRP-vel, a CDAI-val, és a NOD2/CARD15 státusszal. Nem volt kapcsolat továbbá az MBL szintek és a betegség klinikai megjelenése, lefolyása, az extraintesztinális manifesztációk jelenléte, a gyógyszeres kezelésre adott válasz vagy a sebészeti beavatkozás szükségessége között sem. Ugyanakkor az alacsony MBL szinteket és az abszolút deficienciát is gyakoribbnak találtuk CD-ben a TLR4 variáns allél hiányában (13,0% vs 5,3%, OR: 2,64, 95%CI: 1,18-5,90).

Következtetés: Korábbi irodalmi adatoktól eltérően nagyszámú magyar IBD beteganyagban nem találtunk összefüggést az MBL deficiencia és a szerológiai marker-positivitások között. Az MBL szintek nem bizonyultak prediktív értékűnek a betegség klinikai fenotípusát illetően. Az MBL deficiencia és a TLR4 genotípusok között azonban összefüggést tudunk kimutatni.

33.

INVESTIGATION OF ION TRANSPORT ACTIVITIES IN NORMAL AND ULCERATIVE COLITIS HUMAN COLONIC EPITHELIAL CELLS

Farkas K.¹, Yeruva S.², Hubricht J.², Rakonczay Jr. Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Varga L.², Venglovecz V.⁴, Wittmann T.¹, Riederer B.², Seidler U.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Gastroenterology, Hannover Medical School, Hannover ², Department of Surgery, University of Szeged, Szeged ³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged ⁴

Introduction: It has been shown in animal studies that acid/base transporters influence the activities of inflammatory process in inflammatory bowel diseases. There are only scarce available data on the activities of these ion transporters in the normal and inflamed human colon.

The **aims** of our study were to determine the resting intracellular pH (pHi), the activities of Na⁺/H⁺ exchangers (NHEs) and the Cl⁻/HCO₃⁻ exchangers (AEs) in colonic crypts isolated from patients with mild or moderate ulcerative colitis [UC] and patients with no colonic disease.

Methods: 6 colonic biopsies were obtained from each patient (n=48 for control, n=19 for UC) undergoing colonoscopy or colon surgery. Colonic crypts were isolated and then loaded with the pH sensitive fluorescent dye BCECF. Fluorescence intensity was detected from different parts of the crypts by an OLYMPUS Cell R imaging system. The activity of AE was measured by the Cl⁻ removal technique, whereas the activity of NHEs was measured by the ammonium pulse technique. mRNA expression of NHE1, 3, and the NHE3 regulatory PDZ-adaptors NHERF1 and PDZK1 were measured by real-time PCR. **Results:** The activity of NHE1 was significantly higher in the proximal vs the distal part of the normal colon. No differences were observed in NHE2 activities of the different parts of the colon. The activity of NHE3 was the highest in the surface of the crypts isolated from the proximal colon and also showed a decreasing pattern from the proximal part to the distal part of the colon. The activity of NHE1 was significantly higher whereas the activities of NHE3 and AE were significantly lower in UC vs the control crypts. The mRNA level of NHE1 was significantly upregulated, whereas PDZK1 was downregulated in UC vs control crypts. No differences were found in the mRNA levels of NHE3 and NHERF1.

Conclusions: NHE activities are altered in the colonic crypts of UC vs control patients. These differences in NHE activities may influence the disease activity and may also lead to impaired Na⁺ and water absorption.

Supported by OTKA, MTA and NKTH.

34.

NORMAL-LOOKING ILEOCECAL VALVE DOES NOT EXCLUDE CROHN'S DISEASE IN THE TERMINAL ILEUM

Farkas K.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Tiszlavicz L.², Németh I.², Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged ²

Introduction: Despite ileoscopy is the only procedure which can accurately detect mucosal abnormalities in the ileum, it is performed only in an average of 5-15% of the colonoscopies in the daily practice. Since ileum alone is affected in about 30% of CD patients, ileal intubation is very important in suspected ileal Crohn's disease (CD).

Aim: On the basis of the observation, that a normal-looking ileocecal valve (ICV) suggests the presence of normal ileal mucosa, the aim of this study was to retrospectively determine the predictive value of the endoscopic findings of ICV in patients with CD.

Patients and methods: Data of 100 CD patients (45 females, 55 males, mean age 27.6 years, range 5-66), who underwent ileocolonoscopy between 2003 and 2008, were reviewed. Macroscopic appearance of ICV and the endoscopic severity of the ileum evaluated by the Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD) were determined in all cases. Histological scoring was performed in 56 cases.

Results: Macroscopically normal appearance of ICV was detected in 30 patients. 60% of these patients were diagnosed with mild, 26.7% with moderate and 13.3% with severe endoscopic ileal inflammation. CD was localized to the ileum alone in 70% of the patients. Histological examination of 22 ileal biopsies with normal-looking ICV revealed more severe inflammatory activity in 31.8% and milder activity in 18.2% of the cases than the endoscopic findings.

Conclusion: Our results suggest that normal-looking ICV does not indicate normal ileum mucosa almost in one third of the cases, therefore ileal exploration should be attempted to perform in every suspected CD patients.

35.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ASCITES – CASE REPORT

Fehér A., Dömötör A.¹, Hágendorn R., Czimmer J., Habon T. 1st Department of Medicine, University of Pecs, Hungary

Introduction: Ascites, the accumulation of intraperitoneal fluid can caused by many factors. Hepatic cirrhosis or neoplasm are the most common reasons (in more than 90% of cases), however several infectious diseases, pancreatitis or nephrosis can lead to it, too. In cardiological respect the most important diseases to preclude are the congestion heart failure and constrictive pericarditis. Investigation of ascites etiology is based of laboratory (exsudate vs. transudate, microbiology, cytology) and radiology tests.

Case: A 80-years-old woman having dyspnoe and pathologically increased abdominal circumference, with known hypertension, acute pancreatitis, dyspnoe because of hearth failure, peripheral oedema in anamnesis was admitted to our ward. At admission congestive hearth failure was suggested behind his symptoms, chest X-ray test illustrated cardiomegaly and minimal pleural fluid. Abdominal ultrasound test showed large amount of ascites without any laesion. Echocardiography proved good left ventricle function and left ventricle hypertrophy, suspected diastolic heart failure. However ascites and dyspnoe, general well-being of patient got worse after parenteral diuretic therapy, ACE-inhibitors and beta-blockers. According to clinical status and performed proBNP examination heart failure was excluded. Because of progression of ascites a diagnostic puncture and lab tests were performed showing high protein and LDH level. High CA-125 suggested abdominal mass in the background so a computer tomography test was organized showing ovarian tumor and peritoneal carcinosis. Cytology finally proved malignancy.

Summary: Differential diagnostics of ascites can be difficult in cases with co-morbidity with more than one potential reasons. It is suggested to screen for all possible reasons in cases of therapy refracter ascites.

36.

EARLY VERSUS LATE DUCTAL DECOMPRESSION IN PATIENS WITH ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) AND AMPULLARY OBSTRUCTION DUE TO IMPACTED GALLSTONE

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

Introduction: Previous studies suggested that therapeutic window (time from first symptom to ERCP) may determine the final outcome of ABP; and shortening the length of obstruction by early ERCP and EST might reduce the risk of complications. The aim of our present study was to assess the possible relation between the duration of ampullary obstruction and the probability of having complications in patients (pts) who underwent successful ERCP and EST to treat ABP caused by impacted gallstone at the papilla of Vater.

Methods: 53 non-alcoholic pts admitted to our hospital from 2002 to 2008 with ABP associated with impacted gallstones were retrospectively analyzed. In 52 of 53 patients biliary EST was successful to release papillary obstruction. Complete CBD stone clearance achieved in 96% of pts. Overall, at the follow-up there were complications in 11 of 53 pts (19%) and 3 deaths (5.6%). We compared the data of two subgroups: pts with (group I) and without (group II) complications.

Results: The distribution of age and gender were similar in the two subgroups (I. vs. II), 61 vs. 64 years and 28,6% vs. 30,7% male. Interestingly, no significant differences detected between the two groups in the time from initial symptoms to hospital admission, the time from admittance to ERCP, and the time from initial symptom to ERCP: 35+46 vs. 40+42 hours, 7+6 vs. 11+14 hours and 42+47 vs. 51+46 hours, respectively. Significantly higher level of WBC, BUN, CRP were detected in the group I as compared to the group II: 16+7 vs 12+4 G/L (p<0.05), 12+7 vs. 7+3 (p<0.01), 227+147 vs. 114+91 U/L, respectively (p<0.01). The risk of complications at different therapeutic windows ranged within 24 hs, within 48 hs, and over 48 hs were: 40%, 27% and 22%, respectively.

Conclusions: In a subgroup of ABP pts with impacted gallstone our results suggests that early relief of papillary obstruction with emergency ERCP and EST is not sufficient to prevent all complications. Other technical and patient related factors may influence the outcome in pts with ABP.

37.

EFFECT OF A NOVEL NUTRITIONAL THERAPY IN A CASE OF KLATSKIN TUMOR

Figler M.¹, Horváth Ö.², Weninger C.³, Battyányi L.³, Grandics P.⁴,
1st 2nd Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary ¹, 2nd
Department of Surgery, University of Pécs ², 3rd Institute of Radiology, University of
Pécs ³, 4rd A-D Research Foundation, Carlsbad, CA 92008 USA ⁴

Cholangiocarcinoma is a relatively rare but rapidly lethal tumor of the bile ducts. The patients may present with jaundice, weight loss, pruritus, abdominal pain, abnormal level of liver enzymes, and fever.

Patients are frequently diagnosed at Stage III-IV, which is too late for tumor resection. Total resection of the tumor is the only potential chance for the cure; however, this option is available only in cases of early-stage disease. Adjuvant chemotherapy and combined radio-chemotherapy appear to be ineffective. Disease progression is rapid; the mortality rate is very high. The overall median duration of survival is less than 6 months.

Case report: In January 2007 an 80 years-old female presented with fever and pruritus. Multiple drug allergies were diagnosed. In March 2007, elevated liver enzymes were detected, ERCP exam showed a constriction at the confluence of the left and right hepatic bile ducts and the CT scan detected an ovoid 1,5x2,5 cm tumor in the plane of the porta hepatis.

Surgical exploration discovered a walnut-size tumor (Klatskin tumor). The tumor was deemed non-resectable. A stent was inserted into the constricted hepatic ducts. In the beginning of April 2007, the patient began the oral administration of the MSQ15D dietary supplement, 2 tablespoon TID. In June 2007, the liver function examinations demonstrated reduced levels of enzymes. In July 2007, an abdominal CT was performed that found no tumor. In December 2008, liver function test demonstrated stabilized levels of liver enzymes, the bilirubin level was high. In March 2009, the patient is alive with elevated liver enzymes and bilirubin level, but she feels well and continues the administration of novel nutritional supplement MSQ15D.

Conclusion: The results of the nutritional therapy with MSQ15D in a case of a rapidly lethal cancer, biliar cholangiocarcinoma in an elderly patient led to regression of the tumor as demonstrated by computer tomography scans. Further studies are warranted to investigate the utility of this therapy in a larger population of patients.

38.

Az EUH szerepe a pancreas betegségeinek diagnosztikájában
Földházi K., Takács R., Kerékgyártó O., Hamvas J., Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz belgyógyászat-gastroenterologia

Bevezetés: Az EUH szerepet játszik a chr. pancreatitis, cysták, és a pancreas térfoglalás diagnosztikájában, és a hagyományos módszerrel nem elvégezhető cysta szájaztatás is biztonsággal elvégezhető. A pancreas közelségébe helyezhető magas frekvenciájú transducernek köszönhetően egyidejűleg vizualizálhatók a parenchymás és a ductalis eltérések. A vizsgálat előnye, hogy sugárterhelés nélkül parenchyma és ductalis eltérések is igazolhatók, egyidejűleg vékonytű aspirációs citológia is végezhető. Az EUH által vezérelt vékonytű-aspiráció (FNAB) lehetővé teszi a pancreas térszűkítő folyamatainak citológiai diagnosztikáját. Senszitivitása 94,7%, specificitása és p.p. értéke 100%, negatív prediktív értéke 85,2%, hatékonysága 91,5%.

Betegek és módszerek: 2007 júliusa óta 253 EUS vizsgálatot végeztünk. Hasi UH vagy CT alapján igazolt pancreas cysta, térfoglaló folyamat gyanúja vagy chr pancreatitis miatt 35 betegnél került sor endosonographiás vizsgálatra. 16 esetben diagnosztikus (radiális EUH) vizsgálatot végeztünk. Cysta, tumor gyanú esetén a beteget lineáris EUH vizsgálatra visszarendeltük. Chr. pancreatitis betegeknek kiegészítő ERCP-t végeztünk, vagy erre javaslatot tettünk. Invazív beavatkozást 19 alkalommal végeztünk. 14 esetben FNAB történt, mely citológiai vizsgálata 7 betegnél igazolt adenocarcinómát, 7 betegnél benignus cystát, 1 betegnél chr. pancreatitist, 1 beteg esetében pancreas betegséget kizárt. 2 betegnél cysta lesvívás is történt. Benyomatot nem okozó pseudocysta miatt 2 betegnél végeztünk gyomorba cysta szájaztatást. Pancreas betegségek esetében 1 betegnél a citológiai vizsgálat csak 1 esetben nem volt eredményes.

Igazolt tumorok esetén operabilitás esetén (5 beteg) amennyiben obstrukciós tünetek is voltak preoperatív, 1 betegnél palliatív, ERCP és endobiliaris drain behelyezés is történt.

Összefoglalás: A chronicus pancreatitis és pancreas neoplasma elkülönítésében az EUH és ERCP-eltérések rendszerint döntőek. Az EUH- FNAB specificitása meghaladja az ERCP és a CT hatékonyságát. Terápiásan lehetőség nyílik a technikailag vagy anatómiailag nem ideális cysták szájaztatására is.

39.

ENDOSCOPIC SUBMUCOSAL DISSECTION OF LARGE SESSILE COLORECTAL ADENOMAS

Gaál A., Fejes R., Székely A., Székely L., Madácsy L., Fejér Megyei Szent György Kórház I. sz. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, OMCH Endoszkópós Labor

Introduktion: Endoscopic submucosal dissection (ESD) is a useful method to accomplish en-block resection of large, laterally spreading, sessile adenomas and intramucosal cancers. Colorectal ESD is technically more difficult, however, and there is an increased risk of complications such as perforation and bleeding compared with gastric ESD. The aim of the present study were to compare the available ESD accessories with different dissection techniques and to improve the outcome.

Patients and methods: ESD has been performed in 15 consecutive patients (pts) up till now due to laterally spreading tumors in the sigmoid and the rectum, in which histology proved dysplastic adenomas or intramucosal carcinomas. Before ESD, all pts had multiple biopsy and endoscopic ultrasound (EUS) of the lesion. Different type of hyaluronic acid solutions and available Olympus and Fujinon knives were applied and compared.

Results: No submucosal invasion was predicted by EUS. Successful ESD was completed in all but one patient, en-block resection was possible in 8 out of 14 patients. Mean procedural time was 195±50 min. Mean diameter of the lesions were 3.5±2 cm. Bleeding could be always controlled by coagulation forceps and hemoclipp application. No late complication was observed. To ensure a long lasting (over 60 minutes) tissue elevation after submucosal injection the application of polymerised hyaluronic acid proved to be the best. Trinagular knife was the optimal choice for incision and circumferencial cut, and hook knife or flush knife were the most suitable devices for submucosal preparation and dissection. Preventive coagulation of large submucosal vessels could be safely performed with coagulation forceps at 60 W to reduce the risk of immediate bleeding.

Conclusions: This limited case series demonstrated that large laterally spreading tumors in the rectum and rectosigmoid colon could be safely resected en bloc with ESD.

40.

LIVER FAILURE OCCURRING AS PART OF SYSTEMIC BCG SEPSIS

Gajdan L.¹, Gervain M.², Gervain J.¹ Fejer Count St. George Hospital, 4th Department Internal Medicine, Szekesfehervar ¹, Oroshaza City Hospital, Urology Department ²

Introduction: Local BCG installation increases T-cell immunoresponse and therefore postoperative intravesical BCG installation is used to prevent the reoccurrence of bladder cancer. The treatment is well tolerated in 95% of the patients, 5% of them develop local and systemic symptoms, and in 0. 5% of the cases a life threatening BCG sepsis occurs.

Case study: A 63-year old man underwent laser therapy followed by local BCG installation due to bladder cancer. He was hospitalised after the 5th installation session with high fever. As thorough investigations could not detect any other possible cause, a systemic BCG reaction was assumed. Despite the initiation of a combined antibiotic and antituberculous therapy, his septic fever persisted and his synthetic liver functions deteriorated. He was transferred to our department in a frail health state with high fever, pulmonary infiltrate and the symptoms of liver failure. Negative serology and bacteriology tests excluded infectious hepatitis and further supported a systemic BCG reaction as the underlying reason of the multiple organ symptoms. Although the very limited available literature recommends giving a combination of triple antituberculous agents (isonicid, rifampicin and ethambutol) and steroid as the treatment of systemic BCG reaction, we did not continue with the earlier antituberculous therapy due to its well-known hepatotoxicity. Instead, antibiotic was initiated in combination with steroid, UDCA and supportive therapy of the liver functions. Consequent liver biopsy confirmed a granulomatous hepatitis. One month later the patient became afebrile and his liver functions normalised.

Discussion: According to the limited available literature, systemic BCG sepsis should be treated with a combination of triple antituberculous agents and steroid. There is, however, no recommendation on the therapeutic protocol when severe liver damage dominates the multiple organ symptoms. Our case study suggests that antituberculous agents can be more harmful than beneficial in these cases and instead, a combination of antibiotic, steroid, bile acid and supportive therapy could be life saving.

41.

REVERSE EFFECT OF NS398 SELECTIVE COX2 INHIBITOR ON ADENOMA- AND CRC-ASSOCIATED GENE EXPRESSION CHANGES

Gálamb O.¹, Sipos F.², Spisák S.¹, Tóth K.², Solymosi N.², Wichmann B.², Krenács T.³, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹

Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest³

Background and aims: The selective COX2 inhibitors seem to be effective for prevention of adenomas, but the molecular background of their effect is not completely clarified yet. Our aim was to analyze the gene expression modulatory effect of NS398 selective COX2 inhibitor in order to find other target molecules and pathways influenced by NS398 treatment in the epithelial cells.

Methods: HT29 colon carcinoma cells were treated with 100µM NS398. Whole genomic expression were analyzed on HGU133plus2.0 microarrays. Discriminatory genes between colorectal adenoma and healthy controls and between adenoma and CRC samples were identified at mRNA level using 53 biopsies (20 adenoma, 11 normal, 22 CRC), HGU133plus2.0 microarrays and Prediction Analysis of Microarrays method. Laser microdissected normal, adenoma and CRC epithelial cells were also analysed on microarrays. Real-time PCR and immunohistochemical validation were performed.

Results: Between adenoma and normal 20 classifiers were identified including overexpressed cadherin 3, KIAA1199, forkhead box Q1 and downregulated carbonic anhydrase 7, glucagon, somatostatin, SpiB transcription factor, claudin 8, bestrophin 4, peptide YY (sensitivity: 100%, specificity: 100%). Seventeen of these 20 genes changed oppositely in HT29 cells under NS398 COX2 inhibitor treatment, 14 of them (including upregulated somatostatin, claudin 8, peptide YY, and downregulated cadherin 3, KIAA1199) (p<0.05). Normal and CRC samples could be distinguished using 38 discriminatory genes (sensitivity: 90.91%, specificity: 100%), the expression of 12 of them (such as carbonic anhydrase 7, interleukin 8, melanoma cell adhesion molecule) were changed reversely under NS398 treatment. In the LCM experiments 65% of the adenoma-related gene expression changes originated from epithelial cells, while 53% of CRC-related markers were epithelium-derived.

Conclusion: NS398 has a reverse effect on the expression of adenoma- and CRC-associated genes, and more efficiently inverted the expression changes at the adenoma than in carcinoma stage.

42.

GUT PERMEABILITY IN PATIENTS WITH IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND INACTIVE ULCERATIVE COLITIS

Geese K.¹, Róka R.¹, Séra T.², Annaházi A.³, Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Pávics L.², Bueno L.³, Wittmann T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Nuclear Medicine, University of Szeged, Hungary², Neuro-Gastroenterology and Nutrition Unit, INRA, Toulouse, France³

Introduction: Elevated colonic permeability has previously been reported in our preliminary study in the diarrhea-predominant subgroup of patients with irritable bowel syndrome (IBS-D). There is growing evidence for low grade mucosal inflammation in IBS, therefore comparing permeability data on inflammatory bowel disease and IBS may be an interesting issue of future investigations concerning the pathomechanism of IBS.

Aims: The aim of this study was to evaluate gut permeability in patients with inactive ulcerative colitis in comparison with subgroups of IBS patients and control subjects.

Methods: IBS patients of the diarrhea (n=18; mean age±SEM: 45.9±3.5) and of the constipation subgroup (IBS-C, n=12; mean age±SEM: 56.2±2.5) fulfilling the Rome III criteria were studied and patients with inactive ulcerative colitis were also involved (n=13; mean age±SEM: 47.4±3.6). A group of healthy subjects (n=10; mean age±SEM: 48.8±2.9) served as controls. Gut permeability was evaluated by measuring 24-hour urine excretion of orally administered 51Cr-EDTA in three different containers, where time periods were chosen to relate to permeability within the proximal and distal small intestine and the large bowel.

Results: There was a significant difference in the proximal small intestinal permeability in IBS-C patients compared to controls (0.26±0.05 vs. 0.63±0.1%; p<0.05). Gut permeability did not show any significant difference in the distal small intestine in subgroups of IBS patients, and UC patients compared to control subjects. Colonic permeability of IBS-C patients remained as low (0.69±0.12%), as those of control subjects, showing no significant difference. However, colonic permeability of IBS-D patients and especially patients with inactive ulcerative colitis proved to be significantly higher compared to healthy controls (2.68±0.35 and 3.74±0.49 vs. 1.04±0.18%; p<0.05, p<0.001, respectively).

Conclusion: In our present study, we have shown that colonic permeability of both IBS-D and UC patients in remission are significantly elevated compared to those of controls.

43.

SZÉRUM TNF-α, IL-6, sIL-6R SZINTEK VÁLTOZÁSA TNF-α MONOKLONÁLIS ANTITEST (INFLIXIMAB) KEZELÉS SORÁN CROHN BETEGEKBEN

Gelley A.¹, Nagy E.², Balázs C.¹ Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹, Központi Laboratórium Budai Irgalmasrendi Kórház Kht, Budapest²

A TNF-α citokinnek kulcs szerepe van a Crohn betegség kórtanában. A TNF-α ellenes kezelés jelentősége növekszik. Egyes ajánlások elsőként választandó kezelésnek indikálják.

A vizsgálat célja volt, hogy vizsgáljuk a TNF-α, IL-6, sIL-6R szintek változását a szérumban infliximab kezelés előtt és adása során. Összefüggést kerestünk a citokinek szérum szintje és a klinikai állapot változása között.

Betegek és módszer: A Crohn betegség diagnózisát a klinikai tünetek, colonoscopy, szövettani vizsgálat, CRP értéke, CDAI index, támasztotta alá. Az első betegnek súlyos szigmbél szűkülete alakult ki a korábban 2,5 éves remissziót eredményező azathioprine (AZA) és szteroid lőkésekezelesek mellett, a második betegnek a colon transversumon alakult ki Crohn szűkülete a 2 éves Methotrexat és szteroid lőkésekezelesek ellenére, a harmadik betegnél 7 aktív perianalis fisztula alakult ki, mely indikálta az infliximab kezelésekezelesek megkezdését. A szérum TNF-α, IL-6 és sIL-6R szinteket ELISA módszerrel határoztuk meg a kezelés előtt és a kezelésekezelek során.

Eredmények: Az első két betegünkben az infliximab infúziók hatására a klinikai tünetek megszűnését, a bél nyálkahártya győgyulását észleltük. A harmadik betegünk 7 perianalis fisztulájából 6 gyógyult, jelenleg egy komplex fisztulája reaktív. Mind a három Crohn betegben a szérum TNF-α szintek az első kezelés előtti értékekehez viszonyítva emelkedtek az infliximab kezelésekelek során (medián: 1,12 vs. 7,30 pg/ml, p=0,0075). A szérum IL-6 szintek csőkkentek (medián: 4,39 vs. 1,65 pg/ml, p=0,0312), a sIL-6R szintek nem változtak (medián: 481,1 vs. 370,1 pg/ml, p=0,29).

Következtetés: A szerzők a szérum TNF-α emelkedését észlelték meglepő módon az infliximab kezelésekelek alatt. A jelenség patomechanizmusa nem ismert, a lehetséges okokat a szerzők diszkutálják. Az IL-6 érték csőkkentését másodlagos jelenségeknek tartják. Felhívják a figyelmet arra, hogy a TNF-α hatását döntően a bél nyálkahártyán autokrin módon fejti ki, ezért a szérum TNF-α szint nem tekinthető a Crohn betegség immunológiai aktivitási markerének.

44.

ÖSSZEFÜGGÉS A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ IDEJE, A MELD SCORE, INR MÉRÉS MÓDJA ÉS HELYE KÖZÖTT

Gerlei Z.¹, Sárváry E.¹, Seregély Z.², Gaál I.¹, Varga J.², Kovács F.³, Járav J.¹, Kóbori L.¹, Görög D.¹, Nemes B.¹, Monostory K.⁴, Fazakas J.¹ SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest¹, Dade Behring & Siemens MKKK, Budapest², Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa³, MTA, Kémiai Kutatóközpont, Budapest⁴

A májtranszplantációra váró beteg várolistán elfoglalt helye a hozott laboratóriumi leletek alapján számolt MELD scortól, a várolistán eltőltött időtől, tumor jelenlététől vagy hiányától függ.

A MELD score-t a beteg serum bilirubin, International Normalized Ratio (INR) és kreatinin értékekből számoljuk.

Vizsgálatunk célja az volt, hogy megváltoztatja-e a recipiens várolistán elfoglalt helyét az a tény, hogy az INR-prothrombin(PI) értékét az ország mely pontján mérték le.

78 májtranszplantációs várolistán lévő beteg PI-jét két módszerrel, két különböző készüléken mértük le és ebből az adatokból számoltunk INR értéket. A MELD számításnál átlagos kreatinin és bilirubin értékkel kalkuláltunk.

Ha az országban véletlenszerűen kétféle módszerrel, de azonos műszeren mérjük az INR-t, a betegek 88 %-ának különböző lesz a MELD pontszáma. Amennyiben a műszer is különböző, minden recipiensnek eltérő lesz a pontszáma.

Következtetés: A májtranszplantációra váró betegek várolistán elfoglalt helyét és így a transzplantációra való esélyét befolyásolja, hogy hol, hogyan és mivel végzik el a laboratóriumi vizsgálatait.

45.

THREE-PORT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: A RETROSPECTIVE STUDY OF THE CASES IN 2007.

Gerő D.¹, Lukovich P.², Vanca T.¹, Kupcsulik P.² Semmelweis University, Faculty of Medicine¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University²

Introduction Classic laparoscopic cholecystectomy (LC) is performed via 4 ports. Increasing surgical experience and the intention of minimal invasivity established the claim of the three-port LC. Comparison of the three-port versus four-port approaches is the aim of this study.

Method In 2007, 290 LCs were performed at the 1st Department of Surgery of the Semmelweis University, among them 10 via three ports. Data analysis was retrospective. Significance levels were set with the chi-probe and the Fischer probe.

Results Demographic data and past medical records were comparable for both groups. No significant differences were found between the three-port and four-port approaches in the operative time (46+/-6 min versus 51+/-22 min) and in the hospital stay (2.3+/-1.2 days versus 2.2+/-1.5 days). Intra-operative complications (bleeding, gall bladder perforation, gallstone spillage) and conversion did not occur in patients who underwent a three-port LC. Those inconveniences were noticed only in 0.8 – 5.5% of the four-port LC operations, thus the discrepancy of these parameters did not appear to be significant in the two groups.

Discussion Our data and the literature confirm the safe feasibility of the three-port laparoscopic cholecystectomy. Further investigations are necessary to judge the advantage of this method over the four-port approach. Assessment of the patients' satisfaction, the demand of postoperative analgetics, the effect of the learning curve and additional refinement of currently analyzed parameters would justify the achievement of a randomized prospective study.

46.

AZ ULTRAHANG VEZÉRELT MÁJBÍPSZIA INDIKÁCIÓJÁRÓL

Gervain J.¹, Nemesánszky E.² Fejér Megyei Szent György Kórház IV. Belgyógyászat, Székesfehérvár¹, Szent János Kórház Hepatológiai Szakrendelés, Budapest²

Bevezetés: A gócos májváltozások biopsziás vizsgálatának szükségessége vitatott kérdés. Az ellenzők leggyakoribb érvei, hogy invazív beavatkozás, mely szövődménnyel is járhat és a klinikai adatok, valamint a ma rendelkezésünkre álló laboratóriumi és szenzitív képalkotó vizsgálatok (tumor markerek, CT, kontrasztanyag CT, MRI, izotóp diagnosztika, stb.) mellett végzése mellőzhető. Előadásunkban bemutatott esetben a beteg májának gócos elváltozását 3 éven keresztül az ismételt UH majd a CT vizsgálat is benignus, multicisztás folyamatként véleményezte. A valós diagnózist UH vezérelt májbípsiával igazoltuk.

Esetismertetés: Az 58 éves férfi beteg anamnézisében 2006-ban cerebelláris haemangioblastoma miatti műtét és az akkor végzett hasi UH vizsgálaton észlelt multiplex cystás májváltozás szerepelt. Családorvosa időszakos laboratóriumi és UH kontrollra utalta, de további vizsgálata nem történt. A hepatikus folyamat progressziója miatt 3 év után került CT, majd ismételt UH vizsgálatra, melyek echinococcus infekció gyanúját vetették fel. Ezt a szerológia nem támasztotta alá. Hepatológus UH vezérelt cysta punkció céljából utalta osztályunkra. A morfológiai kép necrotikus területeket tartalmazó multiplex gócos elváltozást mutatott, ezért a punkció mellett biopsziát is végeztünk. A szövettani minta carcinoidot igazolt.

Következtetés: A képalkotó vizsgálatokkal kapott eredmény nem szövevett! Még a legjobb felbontású készülékkel, gyakorlott szakember által végzett vizsgálat sem mindig helyettesítheti a biopsziás minta diagnosztikus értékét. Betegünk esete kapcsán előadásunkban rövid áttekintést nyújtunk a máj gócos elváltozásainak differenciál diagnosztikájáról és ezen belül az ultrahang vezérelt májbípsiára indikációjáról.

47.

PROSPECTIVE AUDIT OF COLONOSCOPY QUALITY

Gódi S., Hágendorn R., Czimmer J., Szabó L., Pakodi F., Vincze Á., First Department of Medicine, University of Pécs

Aim: To evaluate the quality of colonoscopies performed in the Endoscopy Unit of First Department of Medicine, University of Pécs.

Methods: The quality of colon preparation, the cecal intubation rates, intubation and withdrawal times were recorded during the procedures. The cecal intubation rates were calculated, and the detection of adenomas and tumors were also noted. The indication of the procedure was also analyzed according to the ASGE recommendation.

Results: 200 consecutive procedures were audited in February and March, 2009. The patient's age was between 17 and 88 years (mean: 59.8 years, 79% of the patients were 50 years old or older). The cecal intubation rate was 87.6% (intention-to-treat basis), 2.6% of the patients had significant stenosis, 4.6% had inappropriate preparation what interfered with the complete colonoscopy. The average cecal intubation time was 10.7 min (2-27 min), while the withdrawal time was 9.4 min (3-28 min). The withdrawal time was less than 6 min in 9% of the cases. Adenomas were detected in 34.5% of the procedures, while tumors were detected in 9.5% of the patients. The adenoma detection rate in persons aged 50 years or older was 41.1%. No immediate and one late complication (postpolypectomy coagulation syndrome) were noted during the audit. The indication was screening in 45.5%, occult or manifest bleeding in 29.5%, inflammatory bowel disease in 7.5%, abnormal findings of imaging modalities in 7.5%, chronic diarrhea in 6.5%. Abdominal pain at age below 50 years was the indication in 3.5% of the cases which is not part of the ASGE recommendation.

Conclusions: The main quality indicators of colonoscopy met with the recommended standards in our laboratory. These quality indicators can be easily recorded before and during the procedures by applying a simple checklist. Ideally this parameters should be part of the endoscopy report.

48.

TÉNYLEGES REMISSZIÓ CROHN BETEGSÉGEBEN ?

Grenda A., Kristóf T., Orosz P., B-A-Z Megyei és Egyetemi Oktató Kórház II. Belgyógyászat

Bevezetés: A Crohn betegeket gondozó munkacsoportok arra törekednek, hogy minél pontosabban meghatározhassák a folyamat előrehaladottságát és a legmegfelelőbb terápiát kerülhessen alkalmazásra. Fontos, hogy olyan objektív módszer álljon rendelkezésünkre, mellyel a különböző munkahelyek szakemberei egymással összehasonlíthatóan és összemérhetően tudják jellemezni betegek valós egészségi állapotát. A szerzőkben az a meggyőződés kezd kialakulni, hogy a leggyakrabban alkalmazott Crohn betegség aktivitási index (CDAI) és az általa tükrözött értékek sokszor nem jelezhetik kellően a betegség valós aktivitását.

Célkitűzés: A szerzők az elmúlt évben vizsgált és gondozott Crohn betegek panaszai, tünetei, statusa és labor paraméterei alapján meghatározott CDAI statusát vetették össze az endoscopos és más képalkotó diagnosztika által demonstrált képpel.

Betegek és módszerek: 2008-ban 42 Crohn beteget colonoscopiáltunk gondozottjaink közül. A vizsgálat előtti héten meghatároztuk a Crohn betegség aktivitási indexet. Olyan betegeket vizsgáltunk kiknek Crohn betegsége legalább 3 éve felismerést nyert, fenntartó gyógyszeres terápiát kaptak (mesalazin, azathioprin), kiemelhető panaszai nem voltak, és CDAI egyik esetben sem haladta meg 150-et.

Eredmények: A 42 tünetileg remisszióban lévő colonoscopián átesett beteg közül 10 esetben tapasztaltuk, hogy a vastag és vizsgált vékonybélben kifejezetten súlyos gyulladásos ny.hártya aktivitás látható, mely nem tükröződött betegeink statusában, így a CDAI-ban sem.

Következtetések: Az eredmények ismeretében úgy tűnik, hogy Crohn betegségben a remisszió fogalma nem pontosan meghatározott, összetett információk szükségesek ahhoz, hogy valóban megítélhessük a betegség súlyosságát. Nehezen megmagyarázható, hogy súlyos és kiterjedt ny.hártya károsodás esetén miként állhat fenn egyes esetekben a tünetszegénység és miért nem tükrözik azt elvárható laboratóriumi eltérések sem.

A szakma igyekszik a biológia terápiát a terápiarezisztens, magas CDAI-t mutató esetekre fenntartani, de mi lehet az optimális terápia a bemutatott esetekben ?

49.

RADIOLOGICAL INVESTIGATIONS DURING AND AFTER UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPIC PROCEDURES

Gurzó Z.¹, Fazekas I.², Szalai L.³, Ilyés S.⁴, Novák J.⁵, Pándy Kálmán Kórház-Gasztroenterológia-1st¹, Pándy Kálmán Kórház-Gasztroenterológia-2nd², Pándy Kálmán Kórház-Gasztroenterológia-3rd³, Pándy Kálmán Kórház-Gasztroenterológia-4th⁴, Pándy Kálmán Kórház-Gasztroenterológia-5th⁵.

Radiological investigations during and after upper gastrointestinal endoscopic procedures BMKT Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Endoscopy Lab Gurzó Z, Fazekas I, Szalai L, Ilyés S, Novák J

Introduction: During and after performing diagnostic or interventional endoscopic procedures on the upper gastrointestinal tract, in order to establish an exact diagnosis, to measure any dysfunctions or recognize complications further imagistic examinations are required. The authors have analyzed what kind of imagistic investigations were needed in different cases of gastroscopy during a period of 10 years.

Discussion: In the Endoscopy Laboratory in 2007 upper gastrointestinal endoscopic examinations were performed in 2796 patients. Excepting cases of tumor staging (49 cases), further radiological examinations were needed in 89 patients (3,2%). During a period of ten years the needed chest-ray examinations number decreased from 44 to 13, and the number of contrast X-ray examinations decreased from 65 to 31. The CT examination number increased from 21 to 36. Though ten years ago endoscopic US were not accessible, during the analyzed year 9 cases required EUS after gastroscopy.

Conclusion: After performing endoscopic procedures on upper gastrointestinal tract in 3-4% of cases is necessary to carry on with further radiologic examinations (cases of tumor staging not included). In our material during the last 10 years the proportion and type of examinations varied depending of indications and expected results.

50.

ENDOSCOPIC BAND LIGATION OR URGENT SURGERY BOTH CAN BE SUCCESSFUL IN THE TREATMENT OF THE WATERMELON STOMACH CAUSING SEVERE GI BLEEDING

Gyökerez T.¹, Nádas B.¹, Rusznyák K.¹, Iványi A.², Schäfer E.¹, Hollósi M.³, Szász N.¹, Harmos F.², Szegedi R.⁴, Banai J.¹ Dept. of Gastroenterology, State Health Centre¹, Dept. of 2nd Surgery, State Health Centre², Dept. of Pathology, State Health Centre³, ICU, State Health Centre⁴

Introduction: Gastric antral vascular ectasia (GAVE) so called watermelon stomach is characterized by mucosal and submucosal vascular ectasia causing recurrent GI hemorrhage. About a third of the cases are associated with portal hypertension. In majority of cases it can be presented as anemia due to occult blood loss, while massive GI bleeding is rare. GAVE can be treated with medical, endoscopic, and surgical approaches.

Patients and methods: Last year we treated two patients with severe GI bleeding caused by GAVE. Case1. A 66 years old male with suspected portal hypertension was referred for iron deficiency anemia. Several colorectal polyps were removed, but the anemia did not improved. Gastroscopy revealed GAVE with relatively still endoscopic appearance at the beginning. In the first month he needed in sum 9 units of blood transfusion, but in the second month it increased to 31, and the endoscopic appearance became more and more severe. Finally we had to perform urgent gastric resection due to uncontrollable bleeding from GAVE. The patient recovered after surgery and the bleeding did not recur.

Case 2 – A 60 years old male was referred to us after transfusion of 18 units of blood in the last 4 months. Former evaluations could not reveal the source of the blood loss. Gastroscopy showed GAVE. It's endoscopic appearance became more severe at the repeated gastroscopy, therefore we decided to perform endoscopic band ligation to prevent further worsening and to avoid surgery. Twelve ligation band was placed on the affected antral mucosa. The cessation of blood loss occurred with partial resolution of the watermelon stomach. We continued elective band ligation until complete resolution of the GAVE.

Conclusion: Endoscopic band ligation of the bleeding watermelon stomach can be an alternative, successful treatment modality to surgical resection. in our practice.

51.

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF NEEDLEKNIFE PRECUT PAPILLOTOMY IN OUR PRACTICE

Hágendorn R.¹, Dömötör A.¹, Gódi S.¹, Czimmer J.¹, Hunyady B.¹, Pakodi F.¹, Vincze Á.¹, Szabó I.¹, PTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia¹

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) has generally become a therapeutic tool. Due to significant complications, diagnostic procedures are replaced by less invasive imaging modalities.

Aim And Methods: We retrospectively analyzed the indications, success and outcome of ERCP procedures performed in year 2008 at the new endoscopic facility of Regional Diagnostic Center, University of Pécs. The effectiveness of needleknife precut (NK) was specifically evaluated in our analysis.

Results: We performed 384 ERCP procedures in 2008 (M: 38%, F:62%). Indications were: biliary obstruction with jaundice in 79 patients (pts) (20.6%), obstruction without jaundice in 115 pts (29.7%), acute biliary pancreatitis in 49 pts (12.7%), cholangitis in 18 pts (4.8%), cholangiohepatitis in 32 pts (8.4%), abdominal pain (without any other abnormality) in 20 pts (5.4%) and elective procedure in 71 pts (18.2%). Serum bilirubin was elevated in 196 pts (51%), transaminases were elevated 246 (64%) of pts. The primary goal of the ERCP was not achieved in 81 pts (21%) due to different reasons. 84% of these unsuccessful procedures were repeated. NK was used in 54 pts (14.1% of all procedures) to facilitate biliary access, while regular papillotomy (RP) was performed in 153 pts (39.5%). NK resulted common bile duct cannulation during the first procedure in 10.9% of cases (42 pts), during second procedure in 1.5% of cases (6 pts), and during the third procedure in case of three (0.78%) pts. The following complications were observed: 1) haemorrhage (both mild and significant) developed in 9 pts (16%) from the NK group and 18 (11.7%) pts from the RP group; 2) post ERCP pancreatitis was observed in 14 pts (26%) after NK versus 7 pts (4.5%) in the RP group; 3) retroperitoneal perforation was observed in two cases after NK, both pts recovered without abdominal surgery.

Conclusion: Use of needleknife is a helpful tool for biliary access in case of unsuccessful biliary cannulation during ERCP, but it requires thoughtful use due to higher risk of possible serious complications.

52.

ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA AS CAUSE OF ACUTE ABDOMEN

Harang G., Györi A., Schönfeld J., Vajda K., Dept. of General and Vascular Surgery, Tolna County Balassa János Hospital Szekszárd Hungary

Acute mesenteric ischemia is caused by the occlusion of the mesenteric vessels, which leads to bowel necrosis. Mortality of the acute mesenteric ischemia is high. 75% of the cases is due to embolism and thrombosis of the superior mesenteric artery(AMS), 20% is non-occlusive mesenteric ischemia and 5% is mesenteric vein thrombosis. Signs and symptoms-like meteorism, nausea, vomiting, bowel paralysis,with or without bloody stools-are not specific. Laboratory results such as elevated wbc, CRP, D-dimer are non-specific either. Diffuse intermittent abdominal pain and muscle tenderness show the development of peritonitis. The real diagnosis is revealed during laparotomy. Arterial and venous occlusion could be diagnosed by CT/MRI angiography. The basis of the treatment is the prompt diagnosis, aggressive intervention(rehydration, antibiotic profilaxis,anticoagulant therapy,vasodilators,radiology intervention). If peritonitis occurs laparotomy should be performed, in order to restore the blood flow and resect the unviable bowel. The second look operation should be considered.

The first case was an 82-year-old woman with hypertension.2 days before her admission she suffered from meteorism, bloody stools and vomiting. ECG showed atrial fibrillation, which was unknown earlier. Physical examination showed diffuse abdominal pain, no bowel movements, rectal bleeding. Laboratory tests revealed elevated CRP, wbc and low K-level.X-ray showed the signs of ileus. Laparotomy was performed which proved the AMS embolism and total small bowel necrosis. After the operation the patient died. The second patient was a 33-year-old male, who earlier suffered from several deep vein thrombosis, treated with warfarin but decided to leave it. Before his admission he had upper abdominal pain, meteorism, vomiting. Physical findings were right abdominal pain,with tenderness. X-ray showed the signs of small bowel ileus. During the operation we found mesenteric vein thrombosis and extended small bowel necrosis. 120 cm of the jejunum was resected. 2 weeks later the patient was discharged from the hospital with life long anticoagulant therapy.

53.

RESULTS OF A NUTRITIONAL STATUS SURVEY (NUTRITIONDAY2008) IN HOSPITALS

Hartmann E.¹, Lelovics Z.², Bonyár Müller K.², Bozó Kegyes R.³, Figler M.¹, 1st Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs¹, 2nd Institute of Human Nutritional Sciences and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs², 3rd Heart Institute, Medical School, University of Pécs, Pécs³

Introduction: nutritionDay has been launched by The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), and it was organized in Europe for second time on 31st of January. Our main aim was to evaluate the nutritional risk of hospitalized patients on different departments in order to help professionals to optimize nutritional therapy of the patients.

Patients and methods: 221 hospital wards volunteered to participate with 3962 volunteer patients (55.7% men, 44.3% women, mean age was 62+/-11 years). The heads of departments and the patients completed questionnaires. Data analysis was done with comparing the 95% confidential intervals, Student's t-test, one- and multiple linear regressions.

Results: The mean BMI was 26.8+/-5.8 [kg/m²]. In the 3 months before the survey 36.8% of the patients lost weight, 57.6% was stable (3.9% did not know). The amount of involuntary weight loss was: 0-4 kg in 19.4%, 5-8 kg in 6.7%, and more than 8kg in 9.0% of the patients (2.7% did not know). According to the MUST (valid tool) results 29.0% of the patients were at risk of malnutrition. Nutritional team functioned in 71.9% of the surveyed departments; in the 83.7% of the departments individual nutritional plan was used. The ratio of malnutrition was significantly ($p < 0.001$) lower where they were realized.

Conclusions: The risk of malnutrition is between 19.4 and 29.0% depending on the criteria and tools chosen. It is conspicuous that using MUST the risk of malnutrition is increasing significantly ($p < 0.05$). Nutritional status has a substantial influence on the severity, therapeutic consequences and costs of diseases and interventions, and mortality.

Nestlé HealthCare Nutrition supported the realization of the survey.
Keywords: nutritional status, nutritional therapy, nutritionDay

54.

AZ AKUT PANCREATITIS KEZELÉSÉNEK ÉS A NASOJEJUNÁLIS TÁPLÁLÁS ALKALMAZÁSÁNAK EREDMÉNYEI EGY GASTROENTEROLÓGIAI CENTRUM ADATAINAK ALAPJÁN

Haszonits Z.¹, Mályi L.¹, Takács R.¹, Kanyó B.¹, Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gastroenterológia¹

Bevezetés: Az akut pancreatitis kezelésében alapvető szükséglet a pancreas nyugalomba helyezése, és a katabolikus folyamatok miatt kialakuló tápanyagigény biztosítása. A jejunális táplálás kielégíti a fenti kritériumokat. A tápszonda lehelyezésével egyidejűleg lehetőség nyílik a gyomor és duodenum nyálkahártya megtekintésére és az esetleges terápiás beavatkozásokra a Vater papillán.

Célkitűzések: Vizsgálatunk egy nagy forgalmú gastroenterológiai centrum 2008-ban érkezett és ellátott 97 akut pancreatitis beteganyagát tekintette át. Céljaink közt szerepelt demográfiai, epidemiológiai, etiológiai és prognosztikai elemzést készíteni. Választ kívántunk kapni arra a kérdésre, hogy a nasojejunalis táplálás milyen mértékben befolyásolja, illetve mely tényezők bírnak jelentős hatással a betegség kimenetelét illetően.

Módszerek: Az áttekintés retrospektív módszerrel történt, 2008-ban fogadott és ellátott akut pancreatitis betegek rendelkezésre álló dokumentációinak feldolgozásával. Eredmények: Az esetek mintegy harmadában került sor nasojejunalis táplálásra, a 24 órán belüli progresszióval járó középsúlyos és súlyosnak minősülő esetek csoportjaiban, és esetenként post-ERCP-s pancreatitis indikációjával. A nasojejunalis táplálás fokozatos elhagyása és hozzátáplálás osztályunkon megadott protokoll szerint történt, mely mellett képalkotó és labor diagnosztikai regresszió mérhető volt. A mortalitás $< 5\%$, sebészeti áthelyezés 10% . Volt a kórházi ápolási időt, a regresszió mértékét befolyásolták etiológiai, szociális tényezők, társbetegségek száma, mibenléte és a pancreatitis súlyossága (Los Angelesi, Balthazar és módosított Glasgow-i beosztás szerint).
Összefoglalás: A megfelelő rutinnal, és széleskörű tapasztalatok birtokában a jejunális táplálás gastroenterológiai-belgyógyászati osztályon is biztonsággal és jó eredménnyel alkalmazható a középsúlyos és súlyos pancreatitis kezelési részmíjében.

55.

OVERDOSED ANTIOXIDANT THERAPY IS CONTRAINDICATED IN FATTY LIVER

Hegedűs V.¹, Mihály Z.², Szijártó A.³, Blázovics A.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Saint John's Hospital, Budapest², 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest³

Introduction: Alimentary induced fatty liver is associated with systemic low-grade inflammation, which changes various signal transduction pathways. Our earlier study demonstrated that antioxidant therapy could reduce tissue alterations and protect redox-homeostasis. Increasing numbers of scientific papers report serious side-effects of overdosed nutritional antioxidants, such as renal-failure and hepato-myoecephalopathy. Because of these negative observations we decided to study a nutritional supplementation with a fruit and vegetable concentrate (OÉTI 45/É) in the model of fatty liver in "short term" experiment.

Methods: Male Wistar rats (150-200 gbw) were used. The animals were divided into four groups, each consisting of 6 animals. The animals in group I. and II. were fed with normal diet. The animals in group III. were treated with nutritional supplement (1 g/bwkg in their water). The animals of the third group were fed with fat rich diet containing cholesterol (2.0%), sunflower oil (20%) and cholic acid (0.5%) added to the control chow. The animals in the fourth group were fed with lipogenic diet and treated with nutritional supplementation as well. The rats were kept on diet for 10 days. Redox parameters and routine laboratory parameters were determined and histological examinations were carried out.

Results and discussion: Compared the control or fatty liver groups with the fat rich diet fed group treated with overdosed antioxidant, higher induced free radical and diene-conjugate levels were determined, which justified increased low-grade inflammation. At the same time there was a new redox-homeostasis in the blood as well. Induced free radical level was lower than the other groups' in the plasma as well as in the erythrocytes. Our study showed the hazard of overdosed antioxidant therapy, because it increased the ASAT and BUN levels that meant the lesion of liver and kidneys.

Conclusion: Considering to nutritional supplements with high bioactive agents, a pharmacodynamics study is necessary to avoid harmful antioxidant effects in the management of metabolic diseases, like obesity.

56.

HUMÁN, PRIMER NYÁLMIRIGY SEJTVONAL LÉTREHOZÁSA, FENNTARTÁSA ÉS FUNKCIONÁLIS VIZSGÁLATA

Hegyesi O.¹, Földes A.¹, Király M.¹, Steward M.², Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálisbiológiai Tanszék, Budapest¹, Faculty of Life Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK²

Célkitűzés: Az epitheliális transzportfolyamatok modellezésére eddig főként állati eredetű izolált duktuszok és immortalizált sejtvonalak álltak rendelkezésre. Megvizsgáltuk, hogy emberi nyálmirigyből létrehozható és fenntartható-e primer sejtvonal, és alkalmas-e transsepitheliális transzportfolyamatok vizsgálatára.

Módszerek: A nyálmirigy minták a Semmelweis Egyetem Szájsebészeti Klinikájáról, sugárkezelésben nem részesült páciensek dissections műtétjéből származtak. A nyálmirigy darabokból egy emésztési folyamat után hoztuk létre a kétféle primer sejtenyészetet: a főként epithelsejtekből álló HuSMG-t és az inkább fibroblast jellegű PtHSG-t. A sejteket standard körülmények között tenyésztettük, majd Transwell Clear membránra ültettük abból a célból, hogy polarizált monolayert alkossanak. A membránra ültetett sejteket kétféle tápoldatban növesztettük tovább: az egyik tartalmazott Hepatostimet és EGF-et (1. tápoldat), a másik egy hagyományos MEM-et tartalmazó tápoldat volt (2. tápoldat). Ezen preparátumokon mértük a rövidzárlati áramot (Isc) Ussing kamra alkalmazásával, HCO₃⁻ és Cl⁻ tartalmú oldatokban illetve ezen ionok megvonása során. Az Isc értéke megadja a membrán két oldala közti feszültségkülönbség kiegyenlítéséhez szükséges árammennyiséget.

Eredmények: A HuSMG és a PtHSG membránra ültetve zárt monolayert képez, amelynek ellenállása az üres membránhoz viszonyítva ($135 \pm 9 \Omega \text{cm}^2$) az 1. tápoldatban 7-10 nap alatt 500-600 Ωcm^2 értéket ér el, jelezve a polarizált zárt epithelium létrejöttét. A 2. tápoldatban az ellenállás 150-200 Ωcm^2 fölé nem emelkedik. Az Isc értéke az oldat összetételétől függetlenül lumenárisan adott ATP-vel és bazolaterárisan adott carbachollal is növelhető, a forskolin hatástalan. A Na⁺/K⁺/2Cl⁻ kotranszportot gátló bumetanid az ATP hatását nem befolyásolta HCO₃⁻ és Cl⁻ jelenlétében.

Következtetés: A létrehozott sejtvonalak alkalmasak az emberi nyálmirigyben végbemenő transzportfolyamatok modellezésére. A PtHSG és a HuSMG sejtek között sem a monolayer képzésének ütemében, sem a funkcionális vizsgálatok során nem tapasztalható jelentős különbség.

57.

IS SIZE IMPORTANT? EFFECT OF PORTION SIZE ON FOOD CONSUMPTION

Herczeg A.¹, Lelovics Z.¹, Figler M.², 1st Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs¹, 2nd 2nd Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs²

Introduction: Adult Hungarian women eat more with 335kcal (1407kJ), Hungarian men with 168kcal (706kJ) than in 1971. This energy amount is present not only on our body, but also on our plate. The food consumption was 609 kg/capita/year 35 years ago, and 702 kg/capita/year in 2000. The beginning of portion size growth is said to be in the seventies. The „super size” French fries and soft drink can be twice or even five times bigger than the original and suggested size of one portion.

Aim: The aim was to track changes in portion size and to discover trends. The effect of portion size was studied in 166 young adults (54 men, 32.3% and 112 women, 67.7%; mean age 24.1 years±9.7 years).

Results: Most of the portions have substantially increased in their size: e.g. the energy value of a doughnut have risen with 150%, that of a hamburger with 77%, that of small soft drink with 165% and that of one plate of spaghetti with 105%. Forty-two percent of the young adults thought that the portion is bigger, 20% that is smaller, 29% that is the same as 5–10 years ago, and 9% of them had no idea how the size of drinks and foods changed. The consumed amount of food is guided by hunger in 41%, by the usual consumption in 34% and by the received amount in 8% of the population. Seventeen percent of the adults think that the commercially available portion size is the recommended amount of a food.

Summary: The portion size has increased in almost every case, especially that of popular foods. The energy intake resulted from this is dramatically higher than 35 years ago, the increase can be seen compared even to the portion size available 5–10 years ago. There is no doubt that the bigger the consumer packaging, the better the price, but this influences the portion size at home, thus it is essential to make our patients aware of this. The „super size” foods and drinks have advantages in our purse, but much less on our waist circumference.

59.

SERUM MATRIX METALLOPROTEINASE -2, -7 AND -9 IN THE NORMAL MUCOSA-ADENOMA-COLORECTAL CARCINOMA SEQUENCE

Herszényi L.¹, Hritz I.¹, István G.², Sipos F.¹, Lakatos G.¹, Pregon L.¹, Elekes Z.¹, Juhász M.¹, Tulassay Z.¹ Second Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Second Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest²

Background: Matrix metalloproteinases (MMP-s) play a part in colorectal cancer (CRC) invasion and metastasis. Strong expression of many MMPs has been related to poor survival in CRC patients. However, the behavior of serum MMPs has scarcely been investigated in the normal mucosa-adenoma-adenocarcinoma sequence of the colon. **Methods:** The MMP-2, MMP-7 and MMP-9 serum levels were determined in 14 patients with CRC, 8 patients with colorectal tubulovillous adenoma and low-grade dysplasia, 10 patients with inflammatory bowel disease (IBD) and 8 tumor-free control patients by ELISA technique. Statistical analysis with one-way ANOVA was performed. P value of <0.05 was considered significant.

Results: MMP-2 and MMP-9 serum antigen levels (mean values +/- standard deviation, ng/ml) were significantly higher in CRC and adenomas compared to controls (MMP-2: 176.8±/35.2, 185.1±/31.9 and 147.1±/21.2, respectively, P<0.05; MMP-9: 645.9±/149.8, 667.39±/91.8 and 451.1±/67.6, respectively, P<0.01). MMP-9 was also higher in patients with IBD compared to controls (637.1±/154.6 vs 451.1±/67.6, P<0.05). Significantly higher MMP-7 levels were observed in patients with CRC and adenomas compared with IBD and controls (5.3±/2.0, 5.2±/1.8, 3.6±/2.5 and 2.5±/0.8, respectively, P<0.05).

Conclusions: We demonstrate that antigen levels of MMP-2, -7 and -9 were significantly higher in blood samples from patients with CRC and adenomas compared to the controls, suggesting that MMPs may have a crucial role not only in the invasive process of cancer, but also in the progression of colorectal premalignant adenomas into CRC. Our results confirm previous results obtained in colorectal tissues that MMP-9 could also contribute to the inflammatory processes in IBD.

58.

VARIX VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSA A JÓSA ANDRÁS OKTATÓ KÓRHÁZBAN (OESOPHAGUS VARIX LIGATÍÓVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK)

Heringh Z., Rácz F., Jós András Oktató Kórház I. Belgyógyászat-Gastroenterológia

Az elmúlt két évtizedben a scleroterapia volt a nyelőcső varicositas és ruptura palliatív kezelésének legelterjedtebb módszere. Számtalan előnye ellenére a helyi és általános szövődmények magas száma magyarázza a konkurens ligatációs technika sikerét, amely hatékonysága mellett kevésbé invazív és a távoli hatásoktól is mentes.

Jelen tanulmányunkban az elmúlt 4-5 év varix vérző betegeit vizsgáltuk, különös tekintettel a ligatúrán átesett betegekre.

2005 január és 2008 november között 29 férfi és 13 nő betegnél végeztünk varix ligatíót. A férfiak átlag életkora 53,9, a nők átlag életkora 57,4 év volt. Az oesophagus varicositas hátterében 1 betegnél gyermekkori v. portae thrombosis, a többieknél cirrhosis hepatitis állt. A cirrhosis aetiológiája a betegek többségében alkoholos, kisebb részben vírus hepatitis volt.

A ligatíót követően a 42 betegből 5 betegnél észleltünk a követés során újravérzést, közülük 3-an az ismételt vérzés következtében elhaltak.

Összesen, a négy éves utánkövetés során 6 beteget veszítettünk el, 3 beteg ismételt vérzés, 1 beteg hepatorenalis sy. 1 portalis encephalopathia- coma, 1 pedig TBC következtében hunyt el. Világirodalmi és hazai tapasztalatokkal egyetértésben a varix ligatíót hatékony, kevés szövődménnyel járó beavatkozásnak tartjuk az oesophagus varixok eradikációjában, a vérzés secunder prevenciójában.

Hosszú távon is tartós eredményt biztosít, jó életminőség mellett, és a várható élettartamot is meghosszabbítja.

60.

ACUTE LIVER FAILURE IN HUNGARIAN WILSON'S DISEASE PATIENTS

Horváth E.¹, Folhoffer A.¹, Csák T.¹, Horváth A.¹, Ostovits J.¹, Visnyei Z.¹, Csihi L.¹, Gerlei Z.², Fehérvári L.², Kóbori L.², Nemes B.², Járny J.², Schuller J.³, Kósa J.¹, Szalay E.¹, 1st Dept. of Internal Med¹, Clinic of Transplantation and Surgery of Semmelweis University², Szent László City Hospital Budapest³

Background: Wilson's Disease (WD) may manifest in any form of acute and chronic liver disease. Fulminant hepatitis is a rare presenting form. In majority of cases only the liver transplantation can save the life. Our aim was to study the data of Hungarian WD patients with fulminant hepatitis. Epidemiological, clinical and gene mutation analysis were performed.

Patients and methods: Out of 142 recorded patients from Hungary 19 (15 women, 4 men, age: 16±4 years) had Wilson's disease related fulminant hepatitis. The diagnosis of WD was based on the international scoring system. The mutation of H1069Q was tested by seminested PCR-based RFLP assay; the others were screened by denaturing HPLC and then sequenced.

Results: 8 patients out of 19 died in acute liver failure (ALF), 7 were transplanted and 4 patients got recovery. One out of 7 liver transplanted patients died because of acute rejection, 1 that of chronic rejection and another one in sepsis. Several patients died because of lack of donor liver.

In five cases the WD diagnosis was established only after the death of the patients.

15 patients had Coombs negative haemolysis contributing to the high serum bilirubin level. The mean serum coaguloplasmin level was 0,16±0,08 mg/dl. The AST:ALT quotient was significantly higher and alkaline phosphatase was lower (p<0.001) compared to the other, non-ALF WD patients. Kayser-Fleischer ring was detected in 8 cases. The most frequent mutation was H1069Q (9/19). The symptoms in all of the women were detected less than 4 years after menarche. The family screening by mutation analysis proved the WD in four asymptomatic cases.

Conclusion: In each case of acute liver failure of unknown origin WD disease etiology should be considered. The high AST:ALT quotient together with low ALP level support the diagnosis of WD with ALF. Genetic testing can help to diagnose the disease of the siblings before manifestation of the symptoms. The liver transplantation is life-saver, but it is limited by shortage of donors in Hungary as well.

61.

A MÁJFIBROSIS MEGHATÁROZÁSÁNAK ÚJ, NON-INVAZÍV MÓDSZERE: TRANZIENS ELASZTOGRÁFIA (FIBROSCAN®) SZEREPE ÉS JELENTŐSÉGE A TERÁPIÁS DÖNTÉSBEN KRÓNIKUS VÍRUSHEPATITISEKBEN
 Horváth G.¹, Erőss B.², Makara M.¹ Budai Hepatológiai Centrum, Budapest ¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály, Budapest ²

A májfibrosis a májkárosodás mértékének pontos jelzője. Megítélésének „gold standardja” a mai napig a kórszöveti vizsgálat, mely azonban, ha ritkán is, de szövődémmel járhat, számos esetben kontraindikált lehet, és, mint invazív beavatkozás, az említettek kivül, a betegek idegenkedése miatt is, utánkövetésre csak igen korlátozottan alkalmas. A májfibrosis stádiumának megítélésére egy új, már hazánkban is hozzáférhető vizsgálmódszer, a tranziens elasztográfia. Működési elve, hogy egy lökéshullám terjedési sebességét méri ultrahang segítségével, és ennek alapján határozza meg a máj rugalmasságát. A fibroticus, rugalmatlanabb szövetben a hullám terjedési sebessége gyorsabb. A vizsgálat rövid ideig tart, fájdalomtalan, és semmiféle előkészítést nem igényel. A klinikai gyakorlatban elsősorban – ahogy azt az érvényben levő hazai szakmai protokoll is ajánlja - idült vírushepatitisekben az antivirális kezelés indikálásához szükséges májkárosodás igazolására használjuk, és igen alkalmas a kórlefolyás követésére is. Szerzők 6 hónap alatt 348 vizsgálatot végeztek, 84%-át krónikus B (34) vagy C (258) vírus fertőzés miatt. 20, illetve 184 esetben a terápiás döntéshez kérték a vizsgálatot. Krónikus B hepatitisben az esetek 59%-ában, míg krónikus C hepatitisben 84%-ában utalt az eredmény az antivirális kezelést indikáló fibrosisra (F>0). A kis esetszám ellenére említésre méltó, hogy 9 tünetmentes B vírus hordozó közül 4 esetben utalt az eredmény májkárosodásra

62.

IMMUNSUPRESSIO TÖBB TÁMODÁSPONTON-ELŐNYÖK, VESZÉLYEK-COLITIS ULCEROSÁS BETEGÜNK ESETISMERTETÉSE

Horváth G., Gábor Z., Theisz J., Haraszti B., Újszászy L., Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ Bel. Int. Gasztroenterológia

54 éves nőbetegünknel 2000-ben diagnosztizáltuk distalis lokalizációjú enyhe colitis ulcerosáját. Orális SASP th. mellett egyensúlyba került. A fenntartó th-t 2 év múlva felfüggesztette, gondozásra nem járt. 2003. őszén pyogen lábfertőzésre szedett Augmentin kúra után gravis flare-up-pal vettük fel. Mayo score 10, endoscopos subscore 3, a folyamat már a teljes colon-t érintette. 10 napos 1,5 mg/ttkg iv steroid ellenére is septicus lázmenetet észleltünk, de toxicus megacolonra utaló jelet nem, keringése stabil volt.

CYC-A kezelés mellett döntöttünk, 4 mg/ttkg adagban orálisan kezdtük a th-t gyógyszerint ellenőrzés mellett. 2 nap alatt látványos javulást észleltünk, 1 hét múlva emittáltuk.

Távozásakor 2x50 mg Imuran-t is elindítottunk.

Az ellenőrzések során remissióban maradt, a CYC-A th-t fél évig folytattuk, majd felfüggesztettük. Fenntartó th: 3x1 g SASP + 2x50 mg Imuran. Újabb súlyos relapsus 2007. nyarán, de ez steroiddal remissióba volt hozható. 2008. júniusában ismét súlyos relapsussal vettük fel, steroidra nem reagált (10 napig 1.5 mg/ttkg iv.). Ismét CYC-A terapiát indítottunk a fenti módon. Ismét remissiót sikerült elérni. 2008. júliusában 2 héttel emissioja után septicus lázzal, hányással jelentkeztek. Colitisre utaló tünetek nincsenek. Hospitalizációja alatt tartósan fennáll a septicus lázmenet, oliguria mellett acut veselégtelenség tüneteit észleltük. A steroidtól eltekintve az immunosuppressív szerek adását felfüggesztettük. Progressív hyperhydratio miatt 3 alkalommal acut dialysis kezelést is kénytelenek voltunk alkalmazni. Az időközben megérkező haemocultura Klebsiella sepsist jelzett. Célzott antibiotikus kezelés mellett végül is gyógyult. Távozásakor 3x1.5 g 5-ASA és napi 32 mg metylprednisolon theriát javasoltunk

Megbeszélés, kérdések

1. Szimultán több immunosuppressív szer adása megnöveli a súlyos infekciók előfordulását.

2. Steroid refracteritis kérdése

3. Acut veselégtelenség: CYC-A mellékhatás? Miért nem alakult ki a korábbi adagoláskor?

4. Mi legyen a fenntartó terapia?

5. Mit adjunk újabb flare-up esetén?

63.

HOW CORRELATE THE MANOMETRY PRESSURES WITH FECAL INCONTINENCE SEVERITY INDEX AND PRESENCE OF SPHINCTER DEFECTS?

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

Background: Fecal incontinence is a common health care problem affecting 1-7 % of the population. The aim of this study was to determine the relationship between anorectal manometry, fecal incontinence severity and findings at endoanal ultrasound.

Patients and methods: 28 consecutive patients (21 females and 7 males) was enrolled in the program. The severity of incontinence was determined by the Cleveland score system. Endoanal ultrasound were performed to exclude or prove structural damage. Anorectal manometry was performed to detect the perception thresholds and measure sphincter function. Cleveland score and manometry pressures in 18 patients with intact sphincters on ultrasound were compared in 10 patients with sphincter defects. We detect the relationships between resting and squeeze pressures, maximal tolerable volume and severity index.

Results: Mean severity score in patients with and without sphincter defect were 19±0,47 vs. 13,8±0,56 (NS=not significant). The resting pressure and maximal tolerable volume correlated with the Cleveland score. Resting pressures patients with and without sphincter defect were 22,6±4,41 vs. 32,2±4,63 mmHg (NS), maximal tolerable volume were 138±30,1 ml vs. 190±25,59 ml (NS). Significant difference were observed in squeezing pressure between the patients with and without sphincter defect (45,2±10,7 mmHg vs. 67,4±7,45 mmHg, p<0,05).

Conclusions: All patients had similar severity score and resting pressure, but patients with sphincter defects had lower squeezing pressures. Both manometry and ultrasound should be offered to patients with history of sphincter trauma.

64.

A GYAKORLATI DIETETIKA SZEREPE A HASNYÁLMIRIGY GYULLADÁS GYÓGYÍTÁSÁBAN

Imre E.¹, Kalez Z.¹, Hamvas J.¹ Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gasztroenterológia

A pancreas gyulladásos betegségeinek kezelésében elfogadott szerepe van az enterális táplálásnak. Osztályunkon rendszeresen alkalmazzuk a jejunális táplálást. Munkánkban 14 jejunálisan táplált, és parenterálisan táplált beteg dietetikai kezelését hasonlítjuk össze.

Az elemzés célja annak pontos meghatározása és ismertetése hogy a szondatáplálás során mire figyel, mit tehet a dietetikus. Fontosnak tartjuk a tápláltsági állapot meghatározását, táplálkozási anamnézis felvételét, és számítások végzését annak meghatározására, hogy mekkora a beteg energia-és tápanyagigénye. Az osztályos kezelés során lényeges a beteg állapotának figyelemmel kísérése: tolerálja-e a tápszert, milyen mértékű hígítás ideális a gyógyítás menetében, kialakulhat-e szövődés. Felhívjuk a figyelmet a megfelelő adatrögzítésre, az adminisztráció fontosságára.

A mesterséges táplálás legfontosabb pozitív hatásának tartjuk az enyhébb testsúlycsökkenést azokkal ellentétben, akiknél nem alkalmaztunk jejunális táplálást. A betegség dietetodinamikai követésében lényeges szempont a beteg a gyógyulásának azon szakasza, ahol már szájon át „szűk pancreas kímélő étrendet” fogyaszthat. Ebben az esetben fontos meghatározni a dietetikus további teendőjét a beteggel, hogyan történik az étrendi, életviteli tanácsadás, a további étrendbővítés.

A betegek klinikai kontrollvizsgálataival összhangban dietetikai gondozást, nyomon követést gyakorlunk amelynek a hosszú távú eredményeket befolyásoló része a pszichoedukáció.

Összefoglalás: A pancreas betegségek jelentős hányada súlyos következményekkel járó állapot, amelynek kezelésében a dietetika az első lépéstől a folyamatos gondozásig alapvető része, és jelentős szerepet játszik az ismételt fellángolások kialakulásának megelőzésében.

65.

GASTRIC DYSMOTILITY IN CALORICALLY RESTRICTED MICE IS ASSOCIATED WITH DEPLETION OF ICC AND ENTERIC NEURONS

Izbéki F.¹, Lőrincz A.², Bardsley M.², Popko L.², Young D.², Ördög T.², Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Physiology and Biomedical Engineering and Enteric Neuroscience Program, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA²

Background: Dyspeptic symptoms and gastric dysrhythmias commonly accompany chronic caloric insufficiency in patients with primary eating disorders and secondary protein-energy malnutrition. The mechanisms of gastric dysmotility remain unclear. Calorie deficit reduces IGF-I, which may lead to loss of interstitial cells of Cajal (ICC) and other cell types. Aims: We established mouse models of chronic caloric deficit and associated dysmotilities and studied the fate of ICC and enteric neurons in relation to local production of IGF-I.

Methods: Female BALB/c mice (n=6/group) were maintained on different feeding regimens for 140 days: ad-libitum feeding (AL); limited feeding (LF) to prevent natural weight gain (~80% of AL intake); intermittent feeding (IF): no food on odd days and AL feeding every other day. Gastric emptying of solids was monitored by ¹³C-octanoic acid breath test. Electrical slow wave activity was studied by intracellular technique. Density of Kit+ ICC in gastric whole-mounts was determined by confocal microscopy and multithreshold volume rendering. Myenteric neurons were enumerated by counting HuC/D+ perikarya in ganglia outlined by PGP 9.5 immunostaining. Expression of PGP 9.5 and IGF-I mRNA were studied by qRT-PCR.

Results: LF mice had significantly lower body weight than AL mice, whereas weights of IF mice did not significantly differ from the AL group. IGF-I expression was decreased in both LF and IF mice relative to AL controls (P=0.004). LF and IF mice more frequently had delayed gastric emptying than AL mice (P<0.001). Slow waves were accelerated in LF mice and irregular in IF mice. In the LF group, both ICC volumes and neuron counts/ganglion were significantly reduced (P<0.001). PGP 9.5 mRNA was decreased in both LF and IF mice (P=0.015).

Conclusion: Gastric dysmotility in calorically restricted mice is associated with depletion of ICC and enteric neurons. The effects of reduced food intake may in part be mediated by reduced local production of IGF-I. Grant support: NIH DK58185, DK68055 and the Rosztoczy Foundation.

67.

A VASTAGBÉL KAPSZULÁS VIZSGÁLATA

Jánoki M., Lakó K.I. Belgyógyászat-gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr

A vékonybél vizsgálatára alkalmas Given Imaging Ltd. által kifejlesztett- 26x11 mm-es kapszulát 2000-ben mutatták be. A vékonybél kapszulás endoszkópia leggyakoribb indikációs területe a hagyományos endoszkópos vizsgálatokkal nem tisztázható gasztrointesztinális vérzés.

2004-ben a Given Imaging Ltd. kifejlesztette a nyelőcső vizsgálatára alkalmas PillCam ESO kapszulát. Az eddigi vizsgálatok alapján a PillCam ESO kapszulának a Barrett eosophagus szűrésében; nyelőcső varicositas szűrésében és követésében; lehet szerepe a mindennapi gyakorlatban.

A világon az új vastagbél-daganatos betegségek magas száma indokolta a igényt, hogy a vastagbél kapszulás vizsgálatára alkalmas készüléket is kifejlesszenek. 2006 januárjában kezdődtek el a klinikai vizsgálatok a vastagbél vizsgálatára alkalmas PillCam Colon kapszulával. A colon kapszula a vékonybél kapszulával azonos átmérőjű, viszont 5 mm-rel hosszabb. Mindkét végén kamera van és így másodpercenként 4 képet készít. Az elemek 8-10 órás működési időt tesznek lehetővé és a kapszula aktivációja késleltetett.

Az eddigi tapasztalatok alapján a colon kapszula szerepe elsősorban szűrő vizsgálatok esetén lehet jelentős.

2008-ban a Győrben is lehetőségünk volt az első colon kapszulás vizsgálat elvégzésére.

A szerzők ismertetik a vastagbél kapszulás endoszkópia technikáját, kiemelt hangsúlyt fektetve a beteg előkészítésére mint a vizsgálat pontosságának alapfeltételére.

66.

VIRTUÁLIS COLONOSCOPIA A GYAKORLATBAN

Janny G.¹, Szokolóczy O.², Schwab R.³, Daus H.¹, Tarján Z.¹, Radiológiai Diagnosztikus és Terápiás Centrum Egészségügyi Kft. Budapest¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest², Kelen Magánkórház, Budapest³

A vastagbélrák megelőző szűrésre, polipok biztonságos kimutatására a ma egyetlen elfogadott eljárás az endoszkópia, melynek az elmúlt évek fejlődése nyomán a virtuális colonoszkópia reális alternatíváját kínálja költség és megterhelés vonatkozásában.

A virtuális colonoszkópia / CT colonográfia 1994-ben való bemutatása óta sokat változott. A publikált eredmények és tapasztalatok alapján ma már konszenzuson alapuló ajánlások születtek. A vizsgálat előkészítése már nem azonos a colonoszkópia során használatossal, mert száraz tiszta colon elérése mellett egyre inkább ajánlatos a reziduális széklet és folyadékmaradvány jelölése a vizsgálat előtt pár nappal elfogyasztott kontrasztanyaggal. Multislice CT-vel a hason és hátonfekvő helyzetű scannelés 3 mm-nél vékonyabb szeletekkel kívánatos. Ha tünetek miatt készül a vizsgálat, történjen normális dózissal, és i.v. kontrasztanyag adása mellett, amennyiben colon polipot szűrünk, a dózist jelentősen redukálni kell, kontrasztanyag nem szükséges. A leletezés 2 és 3 dimenziós kiolvasáson alapulhat, mindkét módszer elfogadott, de mielőtt leletet adnánk ki, legalább 100 eseten kell tapasztalatot szerezni, gyakorlottnak 700 eset (endoscoposan) kontrollált megírása után mondhatjuk magunkat. A state of the art technika alkalmazása a megfelelő eredmény eléréséhez elengedhetetlen, egyébként a szűrés alkalmassága megkérdőjelezhető. CAD rendszerek javítják a tapasztalatlanabb leletezők biztonságát, de a gyakorlat megszerzését nem képesek helyettesíteni.

Bár a virtuális colonoszkópia név könnyedséget sugall, a CT colonográfia jó eredménnyel való végzése nagy felkészültséget igényel. A közeli jövőben a módszer a colorectális szűrés lehetőségét alapvetően megváltoztathatja, mivel a colonoskopiánál pontosabb lehet úgy, hogy a beteg kellemetlensége minimálisra csökkenthető. A szűrést végző központok felkészítése, akkreditációja ugyanakkor saját gyakorlatunk alapján elkerülhetetlennek látszik.

68.

REGENERATION EFFECT OF CELL-FREE-DNA IN DSS INDUCED MOUSE COLITIS MODEL

Jász O., Spisak S., Valcz G., Sipos F., Tulassay Z., Molnar B., 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Cell Analysis Laboratory

Background: The molecular role of cell-free-DNA is not yet clear. Previous results have shown that the artificial DNA treatment can influence regeneration processes. In order to investigate the molecular basis of colon inflammation, dextrane sodium sulphate (DSS) treatment was used on mice. Our results have shown that the concentration of cell-free-DNA increased. This model gives the possibility to examine the molecular background involved in DNA based regeneration process in colonic diseases.

Aim: We aimed to clarify the importance of cell-free-DNA in regeneration processes of colon inflammation.

Materials and methods:

Moderate and severe inflammation was induced by watering the mice with 1% and 3% DSS solutions. DNA was isolated from peripheral blood, that was given intravenally to animals with moderate and severe colitis and healthy ones. After a 10 days recovery period the mice were sacrificed, and HE sections were made from their colon, which were diagnosed by the rate of the reversal of the erosion by morphological and immunohistochemical parameters. The histological evaluation was performed by using Mirax system.

Results: By the process of inflammation the length of the colon shortens, sporadically becomes thin, transforms into mucous, oedematous structure with colour alteration. We have found alterations among the treated groups in the following parameters: structure, length and diameter of the crypts, the erosion level and thickness of the lamina propria, and the frequency, diameter and cell density of the lymphoid structures. Relying upon these parameters we have found that the animals treated with cell-free-DNA showed regeneration processes, while the control mice with colitis did not regenerate.

Conclusions: In the case of mice that were watered with DSS and also were treated by DNA, regeneration of the mucosa was observed, unlike in those animals that had not got the DNA treatment. According our results it seems that the circulating cell-free-DNA may have a role in the regeneration of DSS induced colitis.

69.

GASTROENTEROSTOMY BY USING MAGNETS ON PORCINE MODELS

Jónás A.¹, Lukovich P.¹, Dudás I.², Kecskédi B.¹, Váradi G.¹, Tari K.¹, Kupcsulik P.¹, st
Department of Surgery, Semmelweis University¹, Department of Diagnostic Radiology
and Oncotherapy, Semmelweis University²

Introduction: Malignancies around the duodenum (e.g.: pancreatic cancer, bile duct cancer) often cause gastric outlet obstruction. Palliation is mostly possible on surgical way, which associates high stress and risk for the patients in poor general condition caused by malnutrition and the malignant disease itself. Gastroenteral anastomoses created by magnets may provide an alternative treatment for these patients. Earlier the technical execution of gastrojejunostomy by using magnets was imitated successfully on biosynthetic model, which was composed of intestinal tract of slaughtered swine.

Materials and method: The biological effects and complications of anastomosis made by rare-earth (NdFeB) magnets were examined in vivo on domestic pigs. The procedures were performed under intravenous general anaesthetization (cetamine, fentanyl) and intubation. Guide wires introduced into the duodenum and the stomach in the course of upper panendoscopy and covered rare-earth magnets were guided to the duodenojejunal flexura and into the stomach. The attachment of the magnets was performed by pushing them down from the wires with a probe under fluoroscopy guidance. During observation the behavior and the appetite of the pigs followed with attention to detect symptoms of the occasional perforation. After two weeks the magnets were removed on gastroscopic way.

Results: No abnormality referred to any complication detected during the examination. In the course of control endoscopy, the gastrojejunal anastomosis was get to the visual field, the afferent and the efferent intestinal loop was visible. The anastomosis evolved securely.

Discussion: On the videos of the experiments the simplicity of technical execution is well demonstrated. The rate of the stricture on the duodenum limits the size of the lower magnet and in this way the size of the anastomosis as well. Therefore further experiments are kept going with different size and shape of magnets.

70.

SYMPTOMATIC AND NEUROPATHIC CHANGES AFTER ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY (EST) IN PATIENTS WITH SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION (SOD) AND ERCP CONTRAST FILLING PAIN (CFP)

Joó L.¹, Kurucsai G.¹, Fejes R.¹, Székely A.¹, Funch-Jensen P.², Madácsy L.¹, 1st Dept. of Internal Medicine, and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, Dept. L Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark²

Introduction: Recently, we proved a significant difference in the sensory current perception threshold (SCPT) ratio between the referred pain cutan area (RPA) and the contralateral area in patients with SOD. In a subgroup of patients with SOD, biliary pain could develop upon ERCP manipulation (tender papilla), or during intraductal contrast injection with ERCP (CFP). The aim of the present study was to prospectively analyse the symptomatic and neuropathic changes before and after EST in this subgroup of SOD patients having CFP.

Methods: CFP evoked during ERCP in 7 patients out of 33 consecutive patients with postcholecystectomy pain and SOD (21%). The remaining 26 patients without CFP served as controls. All patients were investigated by our validated questionnaire with visual analogue pain scale (VAS) and quantitative sensory testing (Neurometer® CPT) before and every 3 months after EST during the follow up. The overall follow up was 18 months, ranged from 9 to 24 months.

Results: Based on the ratio of SCPTs we demonstrated a marked hypersensitivity in the RPAs in both SOD patient groups (with or without CFP), but without significant differences between each of them before EST, 2.18 ± 1.07 vs. 2.34 ± 1.14 at 2000 Hz; 2.22 ± 0.76 vs. 2.34 ± 0.75 at 250 Hz; and 2.26 ± 0.91 vs. 2.16 ± 0.67 at 5 Hz, respectively. Furthermore, no significant differences observed in the improvement of VAS and SCPT ratio between the two groups 3 months after EST. More interestingly, persistent clinical improvement (no pain recurrences after 6 months and during the late follow-up) documented by questionnaire in 28 of 33 (85%) cholecystectomized SOD patients without CFP, versus only 2 out of 7 (28%) in the subgroup of SOD patients having CFP at initial ERCP.

Conclusion: The manifestation of CFP in SOD patients was not associated with a significantly higher level of initial neuropathic changes or with loss of initial responsiveness to EST, but during the long-term follow-up it was a significant risk factor of symptomatic recurrence.

71.

ÚJ, REAL-TIME PCR ALAPÚ ELJÁRÁSOK ALKALMAZÁSA COLORECTALIS DAGANATOK VIZSGÁLATÁBAN

Jóri B.¹, Pintér F.¹, Szabó E.¹, Schwab R.¹, Peták I.¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Kft.¹

Új, nagy érzékenységű real-time PCR alapú technológiák felgyorsíthatják a daganatbiológiai kutatásokat. A daganatok terápiás érzékenységében fontos szerepet játszó ABC transzporterek expressziójának vizsgálatára UPL (universal probe library) alapú real-time PCR panelt állítottunk össze amely a teljes géncsalád vizsgálatára alkalmas. A vastagbélrákok célzott terápiájában fontos gének mutációinak kutatására a nagyfelbontású olvadási analízis (high resolution melting/gene scanning) vizsgálatokat állítottuk be. Az új molekuláris vizsgálati módszerek fontos szerepet kaphatnak új diagnosztikai és terápiás eljárások kifejlesztésében.

72.

TEMPORARY PLACEMENT OF SMALL CALIBER PROPHYLACTIC PANCREATIC STENTS TO PREVENT POST-ERCP PANCREATITIS IN HIGH RISK PATIENTS – A SINGLE CENTER EXPERIENCES

Juhász V., Fejes R., Kurucsai G., Joó L., Székely A., Székely I., Madácsy L., st
Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Country Hospital, Székesfehérvár, Hungary

Background: Post endoscopic retrograde cholangiopancreatography (post-ERCP) pancreatitis is the most common complication of ERCP, which can occasionally become serious or fatal. The aim of the present study was to prospectively evaluate the efficacy of a temporary placement of small caliber prophylactic pancreatic duct (PD) stents to prevent post-ERCP pancreatitis in our endoscopy unit.

Methods: During the last two years prophylactic PD stents were successfully placed during initial ERCP in a total of 65 patients with high risk of pos-ERCP pancreatitis. The most common indications of prophylactic PD stenting were suspected sphincter of Oddi dysfunction, previous post-ERCP pancreatitis or idiopathic acute pancreatitis in the case history, and difficult or prolonged cannulation procedures. We usually applied 3-5 cm long, 4-5 F Geenen prophylactic stents with inner and outer flags (Wilson-Cook). After 3-5 days post-procedure all PD stents were successfully removed during gastroscopy with a polypectomy snare. Complications were determined according to the Cotton consensus criteria.

Results: Placement of the prophylactic PD stent was successful and without complications in all 65 patients. The overall rates of mild, moderate and severe post-ERCP pancreatitis diagnosed were: 6,1%, 3,0% and 0%, respectively. Spontaneous dislodgement occurred within 48 hours in only 5 patients (7,7%), but more importantly in two out of these 5 patients (40%) a moderate post-ERCP pancreatitis developed. No correlation between the length or diameter of the prophylactic stents and the development of complications were detected. With the liberated prophylactic PD stent application no severe post-ERCP pancreatitis developed in our endoscopy unit out of 1800 consecutive ERCP procedures.

Conclusions: Placement of prophylactic PD stents at the time of the initial ERCP is useful and strongly proposed to prevent post-ERCP pancreatitis in high risk settings. Early spontaneous dislodgement may increase the risk of development of complications.

73.

AKUT, VARIXVÉRZÉS ALATT VÉGZETT TIPSS BEÜLTETÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Kacska S.¹, Vitális Z.¹, Papp M.¹, Palatka K.¹, Tornai I.¹, Tóth J.², Péter M.², ifj. Péter M.², Altörjay L.¹ Debreceni Egyetem OEC, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Euromedic Diagnostics Szeged Kft. Debrecen²

A TIPSS beültetés az emelkedett portalis nyomás miatt bekövetkezett varixvérek leghatékonyabb profilaktikus kezelését jelentik. Uralhatatlan varixvérzés esetén szintén igen effektívnek bizonyul, ám tekintettel arra, hogy a beavatkozás ilyenkor nem elektív, általában kevésbé kedvező laborparaméterek mellett végezzük a beavatkozást, a korai komplikációk gyakoribbak.

Klinikánkon az elmúlt években három sürgős shunt-beültetésre került sor. A beavatkozás során mindegyik betegünk aktívan vérzett, vérzéscsillapításra alkalmazott egyéb kezelési módok eredménytelennek bizonyultak. Különös nehézséget ezen esetekben a keringés stabilan tartása, aspiráció megelőzése jelentik. Sengstaken szonda alkalmazásával biztosítottuk a lokális vérzéscsillapítást, az aspiráció megelőzését a beavatkozás alatt. Mindhárom esetben a shunt elkészítése mellett a kollaterálisokat embolizációval zárták. A beavatkozások mindegyike sikeres volt, egyik betegünknek még aznap megtörtént a májtranszplantációja. A másik két betegünkön három napon belül ismételt varixvérzés jelentkezett, melyet endoscopos vérzéscsillapítással uralni lehetett. Az ellenőrzések során mindegyik TIPSS átjárhatónak bizonyult.

Bár az akut vérzés kapcsán az urgens TIPSS behelyezése rutin eljárásnak nem tekinthető, mégis a reménytelennek tűnő csillapíthatatlan varixvérek esetén, utolsó megoldásként célszerű gondolni rá.

74.

POSZTOPEOPERATÍV ERCP VIZSGÁLATOK SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK

Kanyó B.¹, Mályi¹, Benedek G.², Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gasztroenterológia¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészeti osztály²

A szerzők 2 év alatt (2007-2008) elvégzett epeuti műtétek posztoperatív ERCP eredményeit elemezték retrospektíve. Irodalmi adatok szerint a nyitott cholecystectomy 0,2-0,5 % szövődésménnyarája LC esetében 1,5-2,5 % -ra emelkedik, a megoldás az esetek 90% -ban endoscopos úton lehetséges.

Célkitűzés: biztonságos, alkalmas, hatásos-e az ERCP vizsgálat a posztoperatív szövődmények diagnosztizálására és megoldására.

Beteganyag és módszer: A vizsgált időszakban a sebészeti osztályon 30 nyitott cholecystectomy, 631 LC, és 31 konverziós műtét történt, a posztoperatív ERCP-k száma 19 volt, összesen 320 ERCP vizsgálat történt.

17 esetben epékövesség miatt (LC: 12, nyitott cholecystectomy: 1, konverzió: 4) után észlelték szövődésményt, és volt szükség endoscopos beavatkozásra. 1 esetben cholecysta tumor miatti opus, szintén 1 esetben pedig Vater papilla tumor miatti beavatkozás után vált szükségessé az endoscopos vizsgálat.

Műtét után észlelt leggyakoribb ERCP indikációk a következők voltak: epelfolyási zavar, cholangitis, epéüstsérülés, subphrenicus abscessus.

10 esetben az ERCP végleges megoldást jelentett (EST, 1 vagy több endobiliaris stent implantáció), 1 esetben palliatív módon stent behelyezés, (6 betegnél diagnosztikus ERCP után reoperációra volt szükség).

Összefoglalás: A vizsgálati eredmények alapján, a szakirodalmi adatokkal összhangban, az epékövesség LC és nyitott műtéteinek posztoperatív szövődeményeinek esetében az osztályunkon végzett ERCP vizsgálatok mind mint diagnosztikus, mind mint terápiás beavatkozás alkalmasak a posztoperatív szövődmények diagnosztizálására, megoldására.

75.

SUCCESSFULLY TREATED PATIENT WITH VERRUCCOUS CARCINOMA DEVELOPED FROM ANOGENITAL GIANT CONDYLOMA

Kári D.¹, Csorba É.², Szeldeli P.³, Ecsedy G.¹, Ender F.² South-Pest Medical Center of Budapest, Surgery Dept.¹, United St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Institutions, Burn- and Plastic Surgery Dept.², South-Pest Medical Center of Budapest, Urology Dept.³

Introduction: Verrucous carcinoma is a low-grade variant of squamous cell carcinoma. The anourogenital type is called Buschke-Loewenstein tumor. Mostly occurs in men under the age of 50. The pathogenesis is not yet fully elucidated. Often develops from condyloma, theories include HPV infection also, however no presence of HPV could be identified in most cases. Presents as exophytic, cauliflowerlike, well-differentiated lesions with minimal metastatic potential. The tumor may enlarge to enormous sizes, ulceration and bleeding may occur. Lymphadenomegaly is almost always reaction to bacterial superinfection. Treatment in most cases is surgical, but it responds well to chemo and/or radiation therapy as well. Prognosis is good, although local recurrence is not uncommon.

Case: 53 year old male without any co-morbidity, with a two fist size perineal mass expanding onto the scrotum, leaving the anus intact, was admitted to the emergency room due to weakness, stenocardia, generalized edema, bedriddenness and severe anemia.

Patient has been observing the growing mass for 10 years, which became painful and bled recently. Received transfusion. CT scans showed no distant metastases. Primer biopsy justified condyloma acuminata. Authors performed a radical excision and wound was covered with xenograft. Histology proved verrucous carcinoma developed from a giant condyloma. Skin grafts were not required as the wound despite its size healed almost perfectly. Six months later excision and laser vaporization was performed due to local recurrence. Response to radiotherapy was good, thus patient is tumor free for eight months now

Conclusion: Patients often seek medical attention tardily, which may cause difficulties in definitive treatment. Inadequate biopsy is also a pitfall in the diagnostic evaluation. Being so well differentiated the pathologist may misread the tissue. It has a potential to cause substantial morbidity and even mortality, resulting from local skin and soft tissue destruction. Therefore it's necessary to ensure attentive treatment plan and adequate patient follow-up.

76.

A SYMPTOM CHECKLIST-90-R (SCL-90-R) PSYCHOPATHOLÓGIAI TÜNETBECSLŐ SKÁLA FAKTORSTRUKTÚRÁJA GASTROENTEROLÓGIAI BETEGCSOPORTOKBAN ÉS AZ EGYES CSOPORTOK KÖZÖTTI KÜLÖNBBSÉGEK

Kerékyártó O.¹, Kovács Z.², Seres G.³, Túri F.³, Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gasztroenterológia¹, Semmelweis Egyetem Pszichiátriai Klinika², Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet³

Célkitűzés: A széles körben használt pszichopatológiai becslőskála, az SCL-90-R faktorstruktúrájának vizsgálata különböző gasztroenterológiai zavarban szenvedő betegek csoportján, továbbá az egyes betegcsoportok pszichopatológiai tünetprofiljának és a csoportok közötti különbségeknek az elemzése.

Módszer: Gasztroenterológiai osztályon és szakambulancián jelentkező, betegeket (n=279) életkor alapján vizsgáltunk. Betegeink csoportjai: irritábilis bél szindróma (IBS-70), a colitis ulcerosa (CU-55), a nem-erozív reflux (NERD-80), és az erozív reflux (ERD-74). Összehasonlításhoz egy életkor szerint illesztett egészséges kontroll csoport szolgált (n=77). Mérőeszközként a pszichés distressz mérésére széles körben használt pszichopatológiai becslőskálát, a Symptom Check List-90-R (SCL-90-R) skálát használtuk. Az SCL-90-R empirikus faktorstruktúrájának meghatározására az egyes tételek korrelációs mátrixán alapuló faktoranalízist alkalmaztuk, a faktorok számát a Cattell-féle scree-plot elemzés alapján határoztuk meg. Az egyes gasztroenterológiai zavarok pszichopatológiai tünete súlyossága közötti különbségeket az általános lineáris modellel (general linear model, GLM) vizsgáltuk. A faktoranalízis scree-plot elemzése alapján hét faktort azonosítottunk, összesítő a faktorok az összvariancia 50.2%-át magyarázták. Az IBS csoport a faktorok döntő többségében szignifikánsan magasabb pontértékeket ért el a többi betegcsoporthoz és az egészségesekhez képest is. A betegek szignifikánsan magasabb pontértékeket értek el a kontroll csoporthoz képest a szomatizáció és az irritált depresszió területén. A nők súlyosabb pszichopatológiai tüneteket mutattak, mint a férfiak.

Következtetés: Eredményeink alapján az általunk azonosított SCL-90-R faktorok a gasztroenterológiai betegek széles körében használhatók a pszichés distressz és ezen belül az egyes specifikusabb betegcsoportok mérésére. A betegek pszichés distresszének kezelésében különös gondot kell fordítani mind az irritáltságra, mind pedig a hangulati tünetekre.

77.

SIGNAL TRANSDUCTION THERAPY OF COLON TUMORS WITH MULTIPLE TARGET KINASE INHIBITORS

Kéri G.¹, Örfi L.¹, Greff Z.¹, Varga Z.¹, Szokol B.¹, Horváth Z.¹, Ullrich A.², Jóri B.³, Schwab R.³, Peták L.³, Vichem Chemie Research Ltd. Budapest, Hungary¹, Max-Planck Institute of Biochemistry, Martinsried, Germany², KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd.³

Signal transduction therapy is a leading area of modern drug research aiming to inhibit the pathomechanism based validated target molecules in cellular signaling. Selective inhibition of these false proliferative signals via targeting receptor tyrosine kinases and other signaling enzymes, resulting in the induction of apoptosis by depletion of the survival factors is one of the most studied concept of modern chemotherapy. Our Nested Chemical Library™ (NCL) technology is based on a knowledge base approach where focused libraries of kinase inhibitors (KIs) around 108 core structures and hundreds of scaffolds are used for hit finding and to generate pharmacophore models. We established a unique proprietary kinase inhibitory chemistry and developed nM lead molecules against a series of kinases. In order to overcome treatment resistance (to the apoptosis-inducing effects of chemotherapeutic agents) and develop new drugs that target genes and protein products in the apoptosis pathways we developed multiple target KIs to inhibit certain survival factors and induce synthetic lethality in cancer cells. We investigated synthetic lethal interactions for the identification of new and more powerful classes of drug targets. The pro-apoptotic effect of the compounds of Vichem's Chemical Validation Library (CVL) was tested on two isogenic cell lines by sub-G1 flow cytometric apoptosis assay and lead molecules were selected. Our novel "Target Fishing" technology is aimed for selectivity profiling of lead molecules. We employed proteomic methods to characterize the cellular targets of KIs. Besides selectivity profiling of KIs we also perform iterative target re-identification of drug candidates during the early drug discovery phase thus providing tools for pharmacology profiling. Using our kinase inhibitor library for the selected survival factor kinase targets, with biochemical kinase assays we identified several potent hit and lead compounds and generated joint pharmacophores. With cellular kinase and proliferation/apoptotic assays we selected potent multiple target drug candidate lead molecules.

79.

REDUCED EPITHELIAL SODIUM CHANNEL FUNCTION MIGHT CONTRIBUTE TO CHRONIC DIARRHEA IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Király M.¹, Farkas K.², Hegyi P.², Molnár T.², Nagy F.², Rakonczay Z.², Varga G.¹, Zsembergy Á.³ Semmelweis University, Department of Oralbiology¹, University of Szeged, 1st Department of Medicine², Semmelweis University, Institute of Human Physiology and Clinical Experimental Research³

Introduction: The incidence of inflammatory bowel diseases (IBD) has increased significantly in the last decades. Recent data indicate that abnormal Na⁺ transport contributes to diarrhea, a leading symptom in patients with IBD. The aim of this study was to compare epithelial sodium channel (ENaC)-mediated ion transport in enterocytes isolated from individuals with and without IBD.

Materials and methods: Crypts of Lieberkühn were isolated from biopsies taken from patients with Crohn-disease (CD) and ulcerative colitis (UC), as well as from control subjects. Cells were seeded on glass coverslips covered by Matrigel and cultured in standard medium. Cells were used for experiments 2-5 days after isolation. We used whole cell configuration of the patch clamp technique and measured ion currents in voltage clamp mode. Sodium currents were detected by blocking K⁺ currents with TEA and applying low Cl⁻ concentrations in both pipette and bath solutions. Statistical analysis was performed using Student t-test (p<0.05).

Results: Amiloride insensitive basal current density was low in cells isolated from control subjects. Similar data were obtained in cells from CD and UC patients exhibiting even smaller inward currents than in control cells. However, these differences did not reach the level of significance. In control but not in CD and UC cells, administration of the serine protease trypsin significantly stimulated the inward currents. Trypsin shifted the reversal potential of the current towards the equilibrium potential of Na⁺ suggesting opening of ENaCs. In addition, the trypsin-induced Na⁺ current were blocked by amiloride.

Discussion: Our results show that diarrhea in CD and UC could be due to impaired ENaC-mediated Na⁺ transport. Nevertheless, we think that alteration of other ion transport mechanisms and accumulation of local inflammatory mediators also contribute to development of symptoms in IBD.

Supported by OTKA 43066, 69008 and 79189 and MTA.

78.

VALUE OF ANORECTAL MANOMETRY IN PATIENTS WITH IMPAIRED DEFECATION

Király Á.¹, Nagy L.¹, Weninger C.², Illés Á.¹, 3rd Dept. of Medicine, Faculty of Medicine, University of Pécs, Hungary¹, Dept. of Radiology, Faculty of Medicine, University of Pécs, Hungary²

Several guidelines recommend anorectal manometry in patients with functional anorectal disorders, eg. fecal incontinence and chronic constipation caused by outlet obstruction. We retrospectively reviewed tracings obtained between March 2005 and November 2008. A total of 189 patients (80% women; average age 56 years) were included. The main indications were fecal incontinence (21%) and constipation (79%). Patients suffering from incontinence were older (68±6 vs. 52±8 years) and had lower resting (35±8 mmHg vs. 63±5 mmHg P<0.01) and squeeze pressure (54±7 mmHg vs. 112±9 mmHg P<0.01) compared to continent patients, the perceptual thresholds were significantly lower in patients with fecal incontinence (urge: 50±4 ml), compared to those with constipation (137±18 ml, P<0.001). However, the sensitivity and specificity of manometric data seems to be low. An abnormal straining pattern suggesting dyssynergic defecation was seen in 51% of constipated patients compared to 85% of patients with fecal incontinence. Because of the low sensitivity and specificity of manometric parameters endoanal ultrasonography, defecography, balloon expulsion test are suggested to be performed in all patients with defecation disorders in order to make accurate diagnosis. Hypersensitivity which may be due to the beneficial effect on short term visceral pain memory function of the CNS.

80.

CLAUDIN-1 ÉS CLAUDIN-7 EXPRESSZIÓ NÖVEKEDÉSE CIRRHOSISBAN ÉS HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMÁBAN

Kiss Á.¹, Holczbauer Á.¹, Lotz G.¹, Szijártó A.², Kupcsulik P.², Tátrai P.¹, Schaff Z.¹, Semmelweis Egyetem, Budapest, 2. sz. Patológiai Intézet¹, Semmelweis Egyetem, Budapest, 1. sz. Sebészeti Klinika²

Bevezetés: A claudinok számos daganatban eltérő expressziót mutatnak és mind a carcinogenesisben, mind pedig a tumor progresszióban szerepet játszhatnak. A claudin-1 fehérjének a hepatitis C vírus (HCV) hepatocytákba való bejutásában ko-faktorként játszott szerepét nemrég írták le. Célkitűzés: a claudin expresszió jellemzése 30 hepatocelluláris carcinomában (HCC), 30 tumor körüli májszövetben és 6 normál májmintában, különös tekintettel a cirrhosis és a HCV fertőzés jelenlétére.

Anyag-módszer: A claudin fehérje expressziót immunhisztokémia és Western blot analízis segítségével, míg az mRNS expressziót real time RT-PCR-el határoztuk meg.

Eredmények: A claudin-1 és claudin-7 expresszió az etiológiától függetlenül szignifikánsan emelkedett volt a cirrhosisban, a normál májjal, illetve a környező nem cirrhotikus májszövetrel való összehasonlításban (2.86-9.25 x). A cirrhotikus májokban kifejlődött HCC-k még magasabb expressziót mutatnak a környező májhoz képest, míg a claudin-7 expresszió csökkent ebben az összehasonlításban. A claudin-1 és claudin-7 mRNS cirrhosisra kapcsolatos kifejeződése a fehérje expresszióhoz hasonló eltéréseket mutat. A HCV fertőzött májtumorkok és a környező májszövetek nem mutattak szignifikáns eltérést a HCV negatív mintacsoportokhoz képest a claudin-1, -2, -3, -4, -7 mRNS és fehérje expresszió tekintetében.

Következtetések: Adataink arra utalnak, hogy a cirrhosis kialakulása során és a cirrhotikus májokban kialakuló HCC-kben eg yaránt megemelkedik a claudin-1 és -7 expressziója. Mivel a HCV fertőzés jelenléte önmagában nem változtatta meg szignifikánsan a claudin expressziót, vizsgálatunk arra utal, hogy a HCV fertőzés indirekt módon, a cirrhosis indukcióján át vezet a claudin-1 és -7 megnövekedett kifejeződéséhez. Ez a HCV fertőzés új hatásmechanizmusát veti fel, amennyiben a fertőzés következtében kialakuló cirrhosis a vírus hepatocytákba való bejutását hatékonyabbá teszi és ezáltal a fertőzés krónikussá válását seg íti elő. Vizsgálatainkat az OTKA-T049559, az ETT-049/2006 és az ETT-156/2006 kutatási támogatásával végeztük.

81.

THE ROLE OF MDCT IN THE EVALUATION OF COLORECTAL DISORDERS

Kiss L.¹, Rosztóczy A.², Nagy F.², Palkó A.³, Wittmann T.², EUROMEDIC Diagnostics Szeged¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Radiology, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Multidetector CT (MDCT) instruments made possible to develop new diagnostic tools, such as virtual colonoscopy for the evaluation of colorectal disorders. Purpose: to evaluate the diagnostic value of virtual colonoscopy in different colorectal disorders and to establish whether the introduction of this new radiologic method had a significant impact on the diagnostic workup of these diseases.

Patients, methods: Seven hundred and forty-five double contrast colonographies and 396 virtual colonoscopies were performed between 2005 and 2007. The virtual colonoscopies were performed by GE Lightspeed 16 slice CT instrument. For the evaluation 2D (MPR), 3D and virtual reconstruction were applied.

Results: We have performed 314 double contrast colonographies in 2005, 245 in 2006 and 186 in 2007, while 61, 143 and 192 virtual colonoscopies were performed respectively. During the same period 515, 1763 and 1812 colonoscopies were carried out. For polyps larger than 5mm virtual colonoscopy had 88.4% sensitivity, 98% specificity, 0.88 positive predictive value and 0.98 negative predictive value. In the diagnosis of diverticula these results were 95.1%, 99.1%, 0.73 and 0.93 respectively. Tumors and narrowings were diagnosed in 100% with virtual colonoscopies and colonoscopies

Conclusion: The emerging role of MDCT in the evaluation of colorectal disorders, may be explained by the better visualisation of the abnormalities of the colonic wall. Furthermore, it provides information on the mesenterium and on the lymphnodes as well. Due to the high sensitivity and specificity values it became a real alternative of the classical double contrast colonography.

82.

INVAZÍV RADIOLÓGIA JELENTŐSÉGE AZ ACUT PANCREATITIS SZÖVŐDMÉNYEINEK ELLÁTÁSÁBAN

Kiss G.¹, Schäfer E.¹, Rusznyák K.¹, Visnyei Z.¹, Kardos K.², Kocsis B.², Bursics A.³, Doros A.⁴, Gyökörs T.¹, Banai J.¹ HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Radiológia², HM Állami Egészségügyi Központ, Sebészeti³, SE Transzplantációs Klinika⁴

Bevezetés: A percutan intervenciók radiológiai beavatkozások fontos szerepet játszanak, mind a krónikus, mind az akut pancreatitis szövődményeinek ellátásában. A képalkotó vizsgálatok, invazív radiológiai technikák fejlődésével az akut peripancreaticus folyadékgyülemek, pseudocysták, tályogok percutan drainage-a előtérbe került a sebész beavatkozásokkal szemben. Az egyik ritka, alattomosan jelentkező, gyakran fatális kimenetelű szövődmény a peripancreaticus artériákból fellépő masszív gasztrointesztinális vérzés. Az irodalmi adatok alapján a szelektív angiographia, angio-embolizáció sikeressége akut vérzés esetén 67-100% hemodinamikailag stabil betegekben. **Eseteink:** Két betegünk esetét mutatjuk be (33 és 52 éves férfi betegek), akik hematemesis, hasi fájdalom, gravis anaemia miatt kerültek felvételre. Endoszkópos vizsgálatokkal egyértelmű vérzésforrást nem találtunk. Képalkotó vizsgálatok mindkét esetben akut pancreatitist igazoltak, angio-CT vizsgálat egyik esetben az a. lienalis, másik esetben az a. praepancreatica pseudoaneurysmáját igazolta. Az akut pancreatitis konzervatív kezelésével párhuzamosan (nasojejunális tápszonda, enterális táplálás, antibiotikus kezelés), mindkét betegnél sikeres embolizáció történt. Beavatkozás után ismételt vérzést nem észleltünk. Haemostatus rendezés céljából egyik betegnél 7, másiknál 12 E vvt adására került sor.

Konklúzió: A haemosuccus pancreaticus ritka és nehezen diagnosztizálható vérzésforrást jelent. Egyértelmű más vérzésforrás hiányában - pancreatitisen átesett beteg esetében - erre a kórképre is gondolni kell. Az esetek egy részében a vérzés angio-embolizációval sikeresen gyógyítható, így a betegek szükség esetén elektíven kerülhetnek műtétre, melyek gyógyulási mutatói messze jobbak, mint az acutan, vérzéses állapotban végzett műtéteké, melyek mortalitása a 20-25%-ot is eléri. Eseteinkben mind a diagnosztika, mind a terápia sikerességében kulcsszerepet játszott az endoszkópos, sebész együttműködése mellett az invazív radiológia.

83.

„ACCIDENTAL” RECOGNITION OF CLINICALLY INACTIVE CARCINOID TUMORS IN THE CLINICAL PRACTICE

Kiss L.¹, Sepp K.¹, Tiszlavicz L.², Kiss J.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged²

Introduction: Carcinoid tumors are rare, originates from neuroendocrine cells, with typical histological characteristics. Despite their common origin, tumors at different locations have different clinical manifestations.

Case study: 1st case: 36 year old woman was investigated because of anaemia. A polyp has been found in the rectum, and has been removed. Histology proved carcinoid tumor (chromogranin A ++, VIP – neg. somatostatin +, serotonin neg. somatostatin receptor neg). The patient had no typical symptoms to carcinoid. The polypectomy was complete. Serum chromogranin A level was 8.5 ng/ml (in normal range).

2nd case: 60 year old woman underwent investigations because of anaemia, too. Two solid polyps (4 and 9 mm) were detected during gastroscopy. After biopsy, they were proved histologically to carcinoid tumors (chromogranin A ++, p53 neg. COX2 neg. somatostatin neg. insuline neg.). Endosonography proved the intramucosal location of the tumor. Histology showed lymphatic invasion, therefore, the stomach was resected. Pathology proved lymphatic invasion in the submucosa layer. Serum chromogranin A level was 237.7 ng/ml (high).

Discussion: There were no typical symptoms of carcinoid syndrome in either cases. Endosonography and specific immunohistochemistry (chromogranin A, somatostatin, C – kit, serotonin, p53, insuline, VIP) might be helpful planning the therapy. Serum chromogranin A test is recommended in the follow up carcinoid tumors.

Conclusion: After removing small polyps with unusual look, only histology may prove its carcinoid origine. Immunohistochemistry, endosonography and serum chromogranin A level determine the therapy of patients with carcinoid tumors.

84.

CAN RIBAVIRIN-RELATED ANEMIA PREDICT A SUSTAINED VIRAL RESPONSE IN CHRONIC HEPATITIS C TREATED WITH PEGINTERFERON PLUS RIBAVIRIN?

Korom T., Nagy I., Pálvölgyi A., Wittmann T., First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

Introduction: Ribavirin (RBV) synergistically enhances the antiviral activity and the sustained viral response (SVR) rate of interferon-based treatment in pts with chronic hepatitis C (CHC), but may also lead to dose-dependent hemolytic anemia as a major side-effect. The interindividual RBV bioavailability is highly variable, and in some pts treated with the recommended doses of pegylated interferon (PEG-IFN) + RBV neither RBV-related anemia nor SVR can be experienced, suggesting a lower-than-optimal RBV effect.

Aim: To assess whether the lack of anemia or a negligible fall in hemoglobin (hb) level during PEG-IFN + RBV therapy can predict a lack of SVR in pts with CHC. Patients: 174 consecutive CHC pts treated with PEG-IFN + RBV (89 PegIntron + Rebeto and 85 Pegasys + Copegus) for at least 16 weeks, with laboratory controls every 4 weeks. All were abstainers and free from coinfections with human immunodeficiency or hepatitis B virus. None of them received erythropoietin for anemia correction.

Results: In this group of unselected pts, the overall SVR rate was 40.2%. The initial hb level was 144 ± 13 g/l (mean $\pm$ SD). At the end of the 12th week, the average fall in hb was 28.6 g/l (20%; range:-13 to 65 g/l). Thirty one pts (17.8%) had experienced a $\geq 30\%$, and 33 (18.9%) a $\leq 10\%$ fall in hb, respectively. No range of hb alteration exhibited any statistically significant correlation with the attainment of SVR. There was no statistically significant difference in the fall in hb level between the pts with an SVR, non-response or relapse.

Conclusions. The results demonstrate that the hb-lowering effect of RBV does not correlate with the antiviral potency of PEG-IFN + RBV combination therapy, and thus the assessment of hb changes cannot substitute the monitoring of circulating RBV concentration in attempting an antivirally more optimal dosing of the drug.

85.

A NYELŐCSŐ PERFORÁCIÓK DIAGNÓZISÁNAK ÚTVESZTŐ

Kotsis L.¹, Póczi M.² Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján Sebészet¹, Dr. Kenessey Albert Kórház Balassagyarmat Tüdőgyógyászat²

A szerzők a nyelőcső perforációk és rupturák késedelmes vagy téves diagnózisoktól övezett szövőnyes világába kívánnak betekintést nyújtani. Megfigyeléseik háttérét 69 nyelőcső perforált (1964-2005) képezi. Részletekbe menően foglalkoznak a DeMeester féle diagnosztikus algoritmus elhanyagolásának, az eszközös beavatkozásokat követő, alábecsült, ki nem vizsgált fájdalom és tünetek, hiányos vizsgálatok és diagnosztikus tévedések következményeivel. Kitérnek az inadequat sebészi exploratív és az elektív nyelőcső műtétek műtét utáni ilyen jellegű szövődményeinek (nem kevésbé veszélyes) csoportjára is. Külön hangsúlyt kapnak az álnegatív nyelésvizsgálatok csökkentésének módjai és a műtét endoluminális nyelőcső folyadékpróba értéke. Az első 24 órában kezelésbe vett betegek mind meggyógyultak. Az összehalálozás (48 óra - 4 hónap közöttiek is) 17, 5%-ot ért el. Valójában minden, a gyanújelek által kijelölt útról való, akár végzetessé váló letéréssel kezdődik. A késedelmes korai diagnózis, a legtöbb reményre feljogosító, egyénre szabott kezelési taktika időbeni alkalmazásától fosztja meg ezeket az életveszélyes állapotba került betegeket.

86.

A VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA SZÖVŐDMÉNYE A KAPSZULA RETENCIÓ: MIT TEGYÜNK?

Kovács M.¹, Pák P.¹, Pák G.¹, Papp J.² II. Belgyógyászat, Vasváry Kolos Kórház, Esztergom¹, I. Belgyógyászat, Semmelweis Egyetem, Budapest²,

Bevezetés: Az eddigi vizsgálati tapasztalatok azt igazolják, hogy a kapszula elakadása elsősorban indikáció függő. Gyakrabban fordul elő tartósan NSAID-t szedők esetében, Crohn-betegekben, vékonybél tumorok kapcsán, irradiációs enteritis és előzetes hasi műtéteket követően. Ázsiában tuberculosus okozta enteritis esetén is gyakori a kapszula retenciója. Crohn-betegekben végzett vizsgálatok kapcsán a tartós kapszula retenció eléri az 5 %-ot. A legnagyobb európai centrumok összesített adatai alapján a kapszula retenció leggyakrabban (9,7%) vékonybél tumorok diagnosztikájakor észlelhető.

Beteganyag és módszer: Osztályunkon 2003 óta 280 vékonybél kapszulás endoszkópiát végeztünk különböző indikációval. A vizsgálatokat Given Imaging video kapszulás endoszkóppal végeztük kezdetben, majd 2006-tól az Olympus kapszulás endoszkópot is használtuk. 2008-ban 20 vizsgálatot végeztünk a kínai OMOM kapszulával. Jelen munkánkban azokat az eseteket vizsgáltuk, amikor a kapszula vékonybél retencióját észleltük

Eredmények: A vizsgálatok 2,85%-ában (8/280) észleltünk tartós kapszula retenciót. Minden esetben az előzetesen elvégzett követéses báriumos rgt vizsgálat negatív volt. Az obstrukció hátterében leggyakrabban Crohn-betegség és vékonybél tumor állt. 3 beteg esetében műtétre került sor, 3 esetben a kapszula spontán távozott és egy beteg esetében kettős-ballonos enteroszkópiával távolítottuk el a retinálódott kapszulát. Egy betegünkben a kapszula a két éves után követés során spontán szétesett.

8 alkalommal használtunk Crohn-betegekben és vékonybél műtéteket követő radiológiailag felmerülő szűkületek esetén a „patency” kapszulát. Mind a 8 esetben a „patency” kapszula nem retinálódott a szűkületek magasságában, ezért sor került a vékonybél kapszulás vizsgálatára, melyet sikerrel végeztünk el ezt követően.

Következtetések: Obstrukció gyanúja esetén a kapszula retenciójának rizikóját az előzetesen elvégzett „patency” kapszula használata csökkenti. Vizsgálataink alapján a követéses báriumos rgt vizsgálat nem alkalmas a vékonybél kapszula retencióját okozó szűkületek előzetes megítélésére.

87.

SHOULD WE SACRIFICE EVERYTHING FOR A CHILD?

Kovács G.¹, Schandl K.², Gervain J.³, Szent György Hospital 4th Department of Internal Medicine Székesfehérvár¹, Szent György Hospital Department of Obstetrics Székesfehérvár², Szent György Hospital 4th Department of Internal Medicine Székesfehérvár³

Introduction: Our department often provides hepatology consultation in the case of patients who are treated on other wards and have abnormal liver functions. The responsibility of the hepatologist is increased if the patient is an expectant woman. In this case study, we present a pregnant woman with drug induced progressive ovarian hyperstimulation syndrome and toxic hepatitis.

Case study: The 33-year old woman had been investigated with infertility over a decade when she underwent preliminary hormone therapy (gonadotropin) followed by in vitro fertilisation and embryo transfer. As the side effect of the hormone therapy, she developed severe ovarian hyperstimulation syndrome with ovaries measuring 7-8 cm in diameter. She was eventually admitted to intensive care with breathing insufficiency due to peripheral oedema, hydrothorax and ascites where she started to show moderately elevated levels of liver function enzymes. She received albumin and fluid replacement therapies and intermittent abdominal drainage. Although her complaints ceased and the overall clinical picture improved, her liver functions further deteriorated which could not be explained with the earlier HCG therapy. As serological, bacterial and other laboratory tests also excluded hepatitis with infectious or immunological origin, we assumed a progesterone (which she received to help maintaining a potential pregnancy) induced toxic hepatitis as the underlying cause and initiated the reduction of the dose of the drug. Her continuously improving liver status supported our diagnosis and treatment. Her progesterone treatment was eventually stopped by our obstetrician colleagues and the woman was discharged with an alive pregnancy and close to normal liver functions. Unfortunately, she lost the baby between discharge and the following check-up.

Discussion: It is very important to pay increased attention to the general health of women who undergo fertility treatments. The liver functions of all women planned to receive hormone therapy should be checked beforehand to help the timely diagnosis and treatment of any potential consequent liver damage.

88.

PIMER GASTROINTESTINALIS NON-HODGKIN LYMHOMAS BETEGANYAGUNK

Kovács Z.¹, Kollár B.¹, Egved M.¹, Rajnics P.¹, Graffits É.¹, Bajzik G.², Kereskai L.³, Hunyady B.¹, Belgyógyászati Osztály, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár¹, Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvári Egyetem, Kaposvár², Patológiai Intézet, PTE, Pécs³

Bevezetés: A felnőttkori non-Hodgkin lymphoma előfordulása az elmúlt évtizedekben jelentősen nőtt. A leggyakoribb nodalis érintettség mellett az extranodalis formák, azon belül a gastrointestinalis tractust érintő non-Hodgkin lymphomák kezelési stratégiája változott az elmúlt évtizedben. Saját beteganyagunk kapcsán tekintjük át a primer GI non-Hodgkin lymphoma diagnosztikát, szövettani típusait, a betegek rizikófaktorait jellemző prognosztikai indexet, kezelését ill. annak eredményeit.

Adatok és módszerek: Kaposi Mór Oktató Kórházban kezelt 34 gastrointestinalis tractust érintő non-Hodgkin lymphomás beteg közül 20 nő és 14 férfi, átlagéletkoruk 67,2 év volt. Összesen 11 betegnél észleltünk buccá, tonsillá, nyálmirigy ill. garat lokalizációt, 23 betegnél gyomor, vékony- ill. vastagbél lokalizációt, egy betegnek kettős lokalizációjú NHL-t lehetett igazolni. A leggyakoribb lokalizáció a gyomor (15 beteg), a leggyakoribb szövettani típus a diffúz nagy B-sejtes lymphoma (DLBCL) volt. A betegek rizikófaktorait a nemzetközi prognosztikai index (IPI) alapján állapítottuk meg. Kezelésként kemo-immunoterápiás kezelést, sugárkezelést, Helicobacter pylori eradikációt vagy műtétet alkalmaztunk.

Eredmények: A betegek többségénél (64%) sikerült komplett remissziót elérni (egy részük relabált); 18% mutatót parciális remissziót, ugyan ilyen arányban voltak a non-responderek. Összesen 13 betegnél következett be exitus. A legmagasabb a komplett remisszió arányt (79%) a gyomor lymphomás betegeknél láttuk.

Következtetések: Az IPI a legelfogadottabb mutató a non-Hodgkin lymphoma prognózisának megítélésére. Kemo-immunoterápiával a betegek gyógyulási esélyei javultak az elmúlt évtizedben, a gastrointestinalis tractust érintő non-Hodgkin lymphomák jelentős hányada meggyógyítható.

PYOGEN MÁJTÁLYOG KEZELÉSI LEHETŐSÉGEINEK BEMUTATÁSA HÁROM ESET KAPCSÁN

Kovalcsik Z.¹, Bruszt K.¹, Al-Assaf A.², Kovács É.², Bende M.³, Garamszegi M.¹
Gastroenterológia Osztály, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház, Szekszárd¹,
Belgyógyászat Osztály, Komló Egészség Centrum Nonprofit Kft. Komló²,
Röntgen- és Ultrahang Diagnosztikai Osztály, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház, Szekszárd³

Bevezetés: A pyogen májtályog napjaink modern diagnosztikus képalkotó módszerei és széles spektrumú antibiotikus kezelési lehetőségei ellenére is súlyos, életet veszélyeztető betegség, 6-14% közötti mortalitással. A betegség kezelésének alapját szisztémás - lehetőség szerint célzott - antibiotikus kezelés jelenti. Az 5 cm-nél nagyobb abscessusok esetén az utóbbi évtizedekben egyre elterjedtebbé vált, minimál invazív, percutan, CT v. UH kontroll mellett végzett aspiratio, ill. katéter drainage segítségével az antibiotikum kúra hatékonysága növelhető, a kezelés ideje rövidülhet. A biztonságos és költséghatékony percutan technikák mellett a nyílt sebészti beavatkozások száma csökken, de továbbra is elsődleges sebészti megoldást igényel a tályog ruptura és az önállóan is műtéti beavatkozást igénylő biliaris v. egyéb intraabdominalis kórképekkel társult forma. Betegek: I. betegünket multiplex abscessusok miatt kezeltük. UH vezérelt aspiratio, majd tartós célzott antibiotikus kezelés mellett teljes gyógyulást értünk el. II. betegünknek cholecystitist, cholangiogen máj- és haematogen léptályogot, vena portae thrombosit diagnosztizáltunk. Elestett állapota és fokozott műtéti rizikója miatt a nyílt sebészti megoldást elvetettük. Empirikus széles spektrumú, kombinált antibiotikus kezelés mellett a megfelelő epe elfolyás biztosítása érdekében ERCP, EST történt, majd a kisebb tályogok összeolvadása után percutan drain került behelyezésre. III. betegünk percutan punctiora alkalmatlan, a rekeszt infiltráló és a mediastinumba propagáló abscessusát sebészti onkotomia és drainage segítségével sikerült gyógyítani.

Eredmények: Mindhárom esetben az adott kezelési móddal szövődmenymentes teljes gyógyulást sikerült elérnünk.

Következtetések: Fontosnak tartjuk a tályogok számának, méretének, elhelyezkedésének és a kísérő elváltozások (primer góc, szövődmeny) jelenlétének képalkotó vizsgálattal történő gyors feltérképezését, majd a társbetegségek és a kezelést befolyásoló egyéb tényezők figyelembe vételével az optimális kezelési mód kiválasztását és a mielőbbi célzott antibiotikus terápiát.

BIZMUTH SUBNITRAT HOZZÁADÁSA FOKOZZA A HELICOBACTER PYLORI (HP) ERADITÁCIÓ SIKERESSÉGÉT

Kovács-Megyesi A.¹, Simon K.², Molnár S.³, Burai M.⁴, Tarpay Á.⁵, Pap Á.⁶
Gastroenterológia, Europ-Med Egészségügyi Központ, Budaörs¹, II. Belgyógyászat, Nyíró Gyula Kórház, Budapest²,
Patológia, Szent Imre Kórház, Budapest³, Gastroenterológia/Endoscopia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁴,
Gastroenterológia/Endoscopia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁵,
Gastroenterológia/Endoscopia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁶

A különböző bizmuth sók in vitro és in vivo gátolják a Hp szaporodását a fehérje és sejtfal szintézis akadályozásával és a különböző membran funkciók és az ATP szintézis gátlásával. Ráadásul csökkentik az antibiotikum rezisztencia kifejlődését és cytoprotektív sajátossággal is rendelkeznek.

Korábban a kettős terápiák (PPI+1 antibiotikum) majd a hármas kezelések (PPI+2 antibiotikum) kiegészítéseként, majd a ranitidin bizmuth citrát kifejlesztésével H2 receptor blokkoló alapú eradikációban bizonyultak hatékonynak a bizmuth sók, de a PPI alapú protokollokat kizárítani nem tudták. A hazánkban gyakori clarithromycin+amoxicillin és amoxicillin+metronidazol kombinációban a baktérium rezisztencia ellensúlyozására a bizmuth kezelésnek fontos szerepe lehet.

Beteganyag és módszer.

Egy év alatt járóbeteg szakrendelésünkön 409 betegben végeztünk Hp eradikációt. A Hp pozitívítást biopsia módosított Giemsa festéssel vagy C13 UBT teszt igazolta. A 123 pozitív eset (78 nő, 45 férfi) többsége Pantoprasol+ Clarithromycin+ amoxicillin kezelést kapott, penicillin allergia esetén az amoxicillin helyett metronidazol kezelést alkalmaztunk.

Egyéni meggyőződés alapján a team egy része a kezelést bizmuth subnitrattal egészítette ki, hasmenés esetén CaCO₃-tal, székrekedés-hajlammal MgO-dal kevert antacidát alkalmazva.

A hagyományos hármas kezelés 87,5 %-os (35/40) eradikációs rátát, a bizmuth-tal kiegészített négyes kombináció 94,7 % (72/76) eredményt ért el. Sikertelen eradikáció után a 6 héti önmagában alkalmazott bizmuth kúra 7 betegből 6-ban az ismételt C13 UBT teszt alapján hatásos volt.

Összefoglalás: A bizmuth kezeléssel kiegészített PPI alapú eradikáció hatékonyabb, mint a klasszikus hármas kúra. A sikertelen eradikáció után alkalmazott bizmuth kúra önmagában is sikeres lehet. A cytoprotectio a gyulladás és fekély gyógyulását elősegítheti.

SUCCESSFUL COMPLEX THERAPY OF CROHN DISEASE INDUCED RECTO-VAGINAL FISTULA

Köveskúti Á.¹, Schäfer E.², Gyökeres T.², Banai J.², Bursics A.¹
Polyclinic of the Hospital Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹, HM-ÁEK Department of Gastroenterology²

Introduction: The surgical therapy of Crohn induced perianal fistulas provide little success for the surgeon. This is especially true for recto-vaginal fistulas.

Case-report: We diagnosed Crohn disease at a 48 years old lady in 2006. The disease affected all the colon but the final 5 cm-s of the rectum. After the colonoscopy she developed acute abdomen and we had to perform laparotomy. During the operation we found rupture of the cecum and concomitant peritonitis. The right side of the colon was removed and a ileostomy was constructed. At that stage we recognized her recto-vaginal fistula which was 1 cm in diameter and was situated 4 cm from the anal verge. The established elementary diet, mesalazine, azathioprine and methylprednisolone treatment was ineffective in respect of the fistula. Thus the closure of the ileostomy was impossible. Procto-colectomy with abdominoperineal excision was considered. But the distal 10 cm of the rectum was spared - apart from the fistula - so we decided further active treatment. She was given 5 cycles of infliximab therapy and we proceeded with surgery. A Lehoczy-type fascio-cutaneous flap was used to close the fistula in December 2007 - with success. After the operation she received further infliximab maintenance therapy. We removed the diseased left colon in August 2008 and constructed a ileo-rectostomy with the intact 10 cm rectal stump. She is continent, she has 3-5 bowel movement per day and has no recurrent recto-vaginal fistula.

Conclusion: In selected cases recto-vaginal fistulas in Crohn disease can be treated with the hope of success. It requires close cooperation between gastroenterologists and surgeons.

FUNCTIONAL LUMEN IMAGING PROBE (FLIP) TO STUDY THE THREE-DIMENSIONAL PROFILE OF THE HUMAN SPHINCTER OF ODDI (SO)

Kurucsi G.¹, Kunwald P.², Kjaer D.³, Gregersen H.², Roland F.¹, Drawes A.², Funch-Jensen P.³, Madácsy L.¹
1st Department of Internal Medicine and OMCH Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, Department of Gastroenterology, Aalborg Hospital, Aarhus University, Aalborg, Denmark², Department of Surgery L, Aarhus Hospital, Aarhus University, Århus, Denmark³

Introduction: Currently endoscopic perfusion manometry (ESOM) is the gold standard method to evaluate SO motility. However, in biomechanical terms the ability of the SO to seal, distend or release is related to a numerous factors including three-dimensional muscle tone, passive viscoelasticity (ie. resistance), and propulsive peristalsis evoked by perception of bolus transport, which are could not be assessed by ESOM. Our aims were to develop a new method for functional imaging of the SO and to assess the in vivo distensibility of SO with FLIP in a pilot study.

Methods: The FLIP was designed to assess three-dimensional SO geometric profile, SO stiffness and peristalsis. FLIP was constructed as to measure 8 cross-sectional areas (CSA) at 1mm intervals inside a saline filled bag with a maximum of 8 mm in diameter. After calibration, the FLIP was stationed in the SO, and during controlled distension the actual time related changes of the three-dimensional geometric profile of the SO was generated by the computer using impedance planimetry. Capillary channels inside the bag were perfused and bag pressure was continuously monitored.

Results: The feasibility and safety of the FLIP method to study SO function assessed in 5 consecutive patients with suspected SOD. The FLIP measurement was successful in all patients without complications. Prophylactic pancreas stents were applied in all patients. Balloon distension was gradually increased from 0 to 70 cmsH₂O during 10 minutes. Phasic peristaltic activity of the SO could be visualized at perfusion pressures less than the SO basal pressure (10-15 cmsH₂O). At higher balloon distension pressures (20-40 cmsH₂O) different three dimensional distensibility and variable stiffness profile of the SO could be visualized with the FLIP technique.

Conclusions: The FLIP technique is feasible and useful to study patients with SO dysfunction. In addition to perfusion ESOM, FLIP may offer new data to understand SO function, and also may offer better guidance to endoscopic therapy. (Supported by grant EU DIAMARK WP3-2008)

93.

THE BEHAVIOR OF MATRIX METALLOPROTEINASE-9 IN LYMPHOCYTIC COLITIS, COLLAGENOUS COLITIS AND ULCERATIVE COLITIS
 Lakatos G., Herszényi L., Sipos F., Miheller P., Hritz I., Juhász M., Pregon I., Molnár B., Tulassay Z. SE AOK, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Background: Matrix metalloproteinases play an important role in extracellular matrix remodeling. It has been proposed that matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) is involved in epithelial damage in ulcerative colitis (UC). However, to our knowledge, no data are available in terms of MMP-9 expression in microscopic colitis.

Aim: Determination of mucosal protein expression levels of MMP-9 in lymphocytic colitis (LC), collagenous colitis (CC) and UC.

Materials and methods: MMP-9 immunohistochemical expressions were analyzed in a total of 136 paraffin-embedded tissue samples by immunohistochemistry including patients with LC (n=64), CC (n=28), UC (n=34) and healthy control subjects (n=10). UC was also subgrouped according to the severity of inflammation (mild: n=11, moderate: n=11, and severe UC: n=12). Immunostaining was determined semiquantitatively (expressed as means±standard deviations of the labeling indices, %). Statistical analysis with one-way ANOVA and LSD tests were performed. P value of <0.05 was considered significant.

Results: MMP-9 mucosal expression was significantly higher in UC (26.7±19.5%) compared to LC (6.6±9.3%), CC (6.4±7.6%) and controls (6.3±2.6%) (P<0.001). The immunohistochemical expression of MMP-9 in LC and CC was similar as compared to controls. MMP-9 expression was significantly higher in each inflammatory group of UC compared to controls (mild: 11.0±2.8%, moderate: 23.9±3.7%, severe UC: 52.6±3.9% and 6.3±2.6%, respectively, P<0.005).

Conclusions: MMP-9 seems to play no role in the inflammatory process of LC and CC. In contrast, the mucosal up-regulation of MMP-9 correlated with the severity of inflammation in UC. The increased MMP-9 expression could contribute to the severity of mucosal damage in active UC.

94.

ADHERENCE TO THERAPY AND USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Lakatos L.¹, David G.¹, Gemela O.², Palatka K.³, Kristof T.⁴, Nagy F.⁵, Salamon A.⁶, Lakatos P.² 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³, 2nd Department of Medicine, Miskolc County Hospital, Miskolc, Hungary⁴, 1st Department of Medicine, Szeged University, Szeged, Hungary⁵, 2nd Department of Medicine, Szekszard County Hospital, Szekszard, Hungary⁶

Background/Aims: Previous studies have suggested an increasing use of complementary and alternative medicine (CAM) in patients with inflammatory bowel disease (IBD). Furthermore a significant number of IBD patients fail to comply with treatment. The aim of our study was to evaluate the prevalence of non-adherence the use of CAM in Hungarian patients with IBD.

Patients: A total of 448 consecutive IBD patients (CD:234,m/f:109/125,age:41.1(14.0)years,duration:7.8(SD7.0)years, last follow up visit by specialist:6.3(6.7)months; UC:214,m/f:91/123,age:41.7(14.5)years, duration:10.3(8.1)years, last follow up visit:8.1(8.6)months) were interviewed during the specialist visit by self-administered questionnaire included demographic and disease-related data as well as items analysing the extent of non-adherence and CAM use. Patients taking more than 80% of each prescribed medicine were classified as adherent.

Results: The overall rate of non-adherence (UC:23.8%, CD:21.8%) and CAM (UC:34.2%,UC:31.9%) use was not different between CD and UC. The most common causes of non-adherence were: forgetfulness (14.5%), to many/unnecessary pills(10.9%), being afraid of side effects(8.5%), too complicated administration schedule(1.3%). Most common forms of CAM were: herbal tea(21.7%), homeopathy(6.7%), special diet(5.6%), acupuncture(4.7%). In CD, advanced age (>40years,OR:2.02,p=0.03), lower educational level (high:10.2% vs. low:37.5%,p=0.02) and previous surgeries (no surgery:26.8% vs >2 surgery:6.8%,p=0.02) were predicting factors for non-adherence. In UC, adherence was less in males (OR:2.4,p=0.007), young patients (OR:2.0, p=0.037), but not according to the medication type used. Alternative medicine use was associated in both diseases with more advanced age (ORUC: 2.8,p=0.001; ORCD:1.9,p=0.03), and in UC with immunosuppressor/steroid use (OR:2.8 and 2.2,p=0.001 and 0.014).

Conclusions: Non-adherence and CAM use is common in patients with IBD. Special attention should be paid to explore these factors during follow-up visits and to improve adherence to therapy.

95.

PERIANAL DISEASE, SMALL BOWEL DISEASE, SMOKING, PRIOR STEROID OR EARLY AZATHIOPRINE/BIOLOGICAL THERAPY ARE PREDICTORS OF DISEASE BEHAVIOR CHANGE IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Lakatos P.¹, Czeglédi Z.², Szamosi T.², Banai J.², David G.³, Zsigmond F.², Pandur T.³, Erdelyi Z.³, Gemela O.¹, Papp J.¹, Lakatos L.³ 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary², 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary³

Background&aims: Our aim was to assess the combined effect of disease phenotype, smoking and medical therapy (steroid, azathioprine[AZA], AZA/biological) on probability of disease behavior change in a Caucasian cohort of patients with Crohn's disease.

Pateints&methods: Three-hundred-forty well-characterized, unrelated, consecutive CD patients were analyzed (m/f:155/185,duration: 9.4±7.5years) with a complete clinical follow-up were included. Medical records including disease phenotype according to Montreal classification, extraintestinal manifestations, medication use and surgical events were analyzed retrospectively. Patients were interviewed on their smoking habits at the time of diagnosis and during the regular follow-up visits.

Results: A change in disease behavior was observed in 30.8% of patients with an initially non-stricturing non-penetrating behavior after a mean disease duration of 9.0 ± 7.2 years. In a logistic regression analysis, corrected for disease duration perianal disease, smoking, steroid, early AZA or AZA/biological use were independent predictors of disease behavior change. In a subsequent Kaplan Meier survival analysis and a proportional Cox-regression analysis disease location (p=0.001), presence of perianal disease (p<0.001), prior steroid (p=0.006), early AZA (p=0.005) / AZA/biological use (p=0.002) or smoking (0.032) were independent predictors of disease behavior change.

Conclusions: Our data suggest that perianal disease, small bowel disease, smoking, prior steroid, early azathioprine or azathioprine/biological therapy are predictors of disease behavior change in patients with Crohn's disease.

96.

DO WE TREAT PATIENTS OR DO WE POISON THEM?

Lambert M., Gajdán L., Gervain J., Dept. of Gastroenterology, St. George County Hospital, Székesfehérvár

Introduction: The polypragmatic drug intake of multimorbid patients need special attention due to common drug interactions and the potential occurrence of organ damages. In this case study, we present a severe toxic hepatitis developed as the result of taking normal, recommended levels of multiple medications.

Case study: A 62-year old man presented with a medical history of only occasional alcohol consumption, hypertension, diabetes mellitus, diffuse liver lesions and traumatic pneumothorax. Previously in 2008, he was also treated with angina pectoris when he already showed the initial signs of impaired liver functions. Two months later, he was admitted to our department in a frail health state with fever and icterus. Liver function tests showed extremely elevated transaminase levels and abnormal levels of obstructive enzymes. The clinical picture suggested acute hepatitis. Further tests excluded viral origin, while abdominal ultrasound did not show any morphological abnormality. Based on these results and knowing that two months earlier his metformin+glimepirid+atorvastatin therapy was supplemented with pioglitazone, we assumed a drug induced hepatitis in the background. After discontinuing his statin and replacing his oral antidiabetic drugs with insulin treatment, his complaints stopped and his liver functions returned close to normal.

Discussion: Patients who take potentially hepatotoxic drugs and show the signs of impaired liver function need very strict control. After the initiation of antilipidaemic drugs, follow-up is compulsory in one month. Although in this case, a control check of the liver functions was suggested two weeks after the original alteration of the patient's medications, this was missed due to the ignorance of the patient and his general practitioner.

97.

TREATMENT OF BILE DUCT INJURIES AT OUR DEPARTMENT

Lauf L., Mészáros P., Fekete A., Topa L., Bély M., Bursics A. Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery

Introduction: The conversion rate during laparoscopic cholecystectomy is between 3 and 5% according to the data in the literature. The incidence of bile duct injury during LC is around 0.5%. This data is still much higher than that of after open cholecystectomy (0.1%).

Patients: We performed 281 laparoscopic cholecystectomies in 2008 and converted 11 cases (3.8%). We did not have any bile duct injuries during laparoscopic procedures. In one of the converted cases we realized that the gall bladder penetrated to the common bile duct. We had to resect the affected part of the duct to restore the continuity of the biliary tree with Roux-Y hepatico-jejunostomy. Histological examination of the gall bladder and the resected duct proved adenocarcinoma arising in the gall bladder. One other patient was referred to our department for bile duct reconstruction after having laparoscopic cholecystectomy and diagnostic ERCP done in a different institution. We also used Roux-Y hepatico-jejunostomy with Voelker drainage to reconstruct the biliary tree. Both patients had uneventful recovery. They did not develop anastomotic stricture nor cholangitis since the operation.

Conclusion: The conversion rate during laparoscopic cholecystectomy is in concordance with the data in the literature. We did not have bile duct injury during the laparoscopic operations, but had to resect 1 bile duct due to oncological reason (0.3%). Roux-Y hepatico-jejunostomy with Voelker drainage is suitable procedure for biliary reconstruction, but requires experienced operating team.

98.

PATIENT'S ADHERENCE TO MEDICATIONS AND QUALITY OF LIFE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Legány N.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Lakatos L.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, 2solnoky Ferenc County Hospital, Veszprém²

Introduction: One of the most important goals of any treatment for inflammatory bowel disease (IBD) is the overall improvement of the patients' quality of life (QOL), because both Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC) are chronic diseases, mostly necessitating lifelong drug treatment in order to maintain remission. The poor adherence of patients to the long-lasting medical therapy is one of the most important factors of the treatment failure.

Aims: The aim of our study was to assess the medication adherence in connection with the QOL in our patients with IBD in order to identify how the patients' condition affects the attitude to maintenance therapy.

Patients and methods: Health-related QOL and medication adherence were measured by questionnaires posted to 150 IBD patients treated at our department. After the assessment of the questionnaires, patients were classified into three groups on the basis of their answers related to the QOL. Relationships between different predictors and the QOL and the medication adherence were statistically analyzed in every group. P values < 0.05 were considered statistically significant.

Results: 69 IBD patients (23 CD, 46 UC) completed the questionnaires. There was no significant difference between the QOL of CD and UC patients. 23% of the IBD patients were classified into the good, 45% into moderate and 32% into bad groups of QOL. 5-ASA compounds were the most frequently unused therapeutic agents. Forgetfulness was the most common comment of the non-adherence. Disease activity, reduced work productivity, low income and disability were the strongest predictors of QOL impairment. The significantly highest proportion (31%) of non-adherence was observed in the IBD patients being in remission.

Summary: IBD contributed to moderate or bad QOL in 77% of our patients. Patients in remission had the highest risk for becoming non-adherent to their prescribed treatment regimen. Improving QOL should be very important in the care of IBD patient; however, without increasing the compliance, there is no chance to modify the long-lasting outcome of IBD.

99.

EVALUATION OF PROLIFERATIVE/APOPTOTIC RATIO IN ADULT ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE AND IN HISTOLOGICALLY INTACT CHILDREN COLON SAMPLES

Leiszter K.¹, Sipos F.¹, Galamb O.², Krenács T.³, Spisák S.², Veres G.⁴, Kiss A.⁵, Wichmann B.¹, Tóth K.¹, Vácz G.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University,³ 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest⁴, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest⁵

Background: The renewal of gut mucosa takes 3-5 days. The imbalance of epithelial proliferation and apoptosis may result age related gastrointestinal alterations like sporadic colorectal cancer whom incidence increase over age of 40.

Aims: The determination and comparison of proliferative/apoptotic ratio (PAR) and gene expression profile in colorectal adenoma-dysplasia-carcinoma sequence (ADCS) and in healthy samples from children.

Materials and methods: Colonic biopsies from 10 healthy adults and 4 healthy children, 10 adenomas, 10 colon cancers were collected, fixed in formalin and embedded in paraffin. Proliferation was detected by Ki-67 immunohistochemistry, apoptosis by TUNEL method. After digital scanning of the slides, the PAR was determined. Gene expression profile was determined by whole genomic microarray analysis.

Results: In adult samples PAR continuously increased in line with the colorectal ADCS progression. The ratio was significantly higher in tumor samples compared to adenoma or healthy adult samples (p < 0.001). PAR was low in healthy epithelium (0.88 ± 0.23) while a bit higher in adenomas (1.43 ± 0.89). The highest ratio was found in tumors (7.62 ± 3.64). There was no difference in the ratio between healthy adult and healthy children (0.745 ± 0.14) samples. According to the gene expression results the number of active genes was significantly higher in healthy child samples than in the different steps of ADCS in adults.

Conclusions: The PAR was in correlation with colorectal ADCS progression in adults and the given steps of colorectal ADCS may be characterized by the PAR. The number of active genes in children was significantly higher than in ADCS in adults.

100.

NUTRITIONAL STATUS AND NUTRITIONAL REHABILITATION IN NURSING HOMES

Lelovics Z.¹, Figler M.² 1st Institute of Human Nutritional Sciences and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs¹, 2nd 2nd Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs²

Introduction: nutritionDay in nursing homes was organized second time in European volunteer nursing homes on 31st of January, 2008. Altogether from 111 institutions 3775 residents took part in this. From them 2272 residents represented 57 Hungarian social homes.

Aim: The aims were to characterize residents based on general and specific indicators, to monitor changes in body weight and to screen nutritional status.

Methods: 3775 volunteering adults (age > 18) who met the criteria in the protocol took part in the research. The recording of the residents' data was done on a form anonymously; 3 different persons supplied the data. The screening of risk was partly done with anthropometrical measurements. The statistical analysis was performed with Cox and logistic regression by the Medical Statistics Institute of the University Vienna.

Results: There were 2014 (53.4%) women and 1761 (46.6%) men participating in the survey. The mean age was 82.0 years (range: 19–106 years). The mean BMI was proved to be 25.2 ± 5.8 [kg/m²]. The care causing diagnosis was related to the brain and nerves in 64.7%, to cardiovascular and lung diseases in 47.6%. Decline in cognitive function in 57.0%, low appetite in 15.5%, chewing problems in 33.4% of the residents were present. Thirty-four point five percent of the residents lost weight in the last year. By staff estimation the malnutrition was present in 6.44% of the residents, while 16.8% were malnourished according to BMI (< 20 kg/m²). In contrast, evaluation of 3 criteria together revealed that the prevalence of mild and severe risk of malnutrition was 81.3%.

Conclusions: The present results reflect that for assessing nutritional status one tool is not enough, there is a need for multiple sources of information to explore more complex the real situation. The database made following the research can serve as a base for social institutions to develop measures with scientific background for optimizing nutrition and feeding of the residents.

Nestlé HealthCare Nutrition supported the realization of the survey.

101.

KATÉTER ASSZOCIÁLT FUNGOSEPSIS MORBUS CROHN-BAN

Lippai D., Miheller P., Lakatos G., Tulassay Z., Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika

Bevezetés: A katéter asszociált sepsisek incidenciája 0,76 megbetegedés/1000 beteg nap, ennek 15%-a gombasepsis, a két legfőbb kórokozó a *Candida albicans* és a *Candida parapsilosis*. A Crohn betegségben használt immunmoduláló szerek opportunisták fertőzésekre hajlamosítanak, különösen kórházi körülmények között.

Klinikai összefoglalás: A 29 éves cachexiás, fistulaképző Crohn beteg hányással, lázas állapotban érkezett 2 nappal az infliximab indukciós kezelés második infúziója után. Az elvégzett hasi-UH, hasi CT suprapubicus abscessust és kiterjedt bélkonglomeratumot, interintestinalis fistulákat írt le. A tályogbennékből kórokozó nem tenyésztett ki. Subclavia katéteren keresztül, empirikus antibiotikus kezelés és parenterális táplálás történt. Ápolása 19. napjától ismétlődő hidegrázást és lázat észleltünk. Gyulladásos-, májfunkciós paraméterei romlottak, thrombocytopenia jelentkezett, összességében sepsis képe bontakozott ki. Haemocultura-ból sarjadzó gomba tenyésztett ki. Centrális véna katéter cseréjével egyidejűleg antifungális kezelést kezdtünk, a korábbi antibiotikus terápiát és - a folyamatos hányás miatt - a parenterális táplálást leállítottuk. A beteg tünetei megszűntek, a gyulladásos -, a májfunkciós paraméterek és a vérkép 1 hét alatt rendeződött. A későbbi azonosított katétervégből is kitenyésztett *Candida parapsilosis* érzékeny volt a megkezdett antifungális kezelésre, így azt 2 hétig folytattuk. Az újonnan behelyezett kanült eltávolítottuk, ennek mikrobiológiai tenyésztése negatív lett. Habár a tályogbennéki tenyésztése negatív lett, a konglomeratumra tekintettel nem folytattuk az infliximab kezelést.

Következtetés: A behelyezett, hosszú ideig fenntartott centrális vénás katéter egy gyakori opportunista, nosocomialis gomba által okozott sepsis kiváltójává vált. Infliximab kezelés megkezdése előtt fokozott körültekintéssel kell kizárni a megbúvó hasi tályogokat. Esetünkben a sepsis forrása végül mégsem a hasi tályog, hanem a centrális vénás kanül volt.

103.

NANOMEDICINA LEHETŐSÉGEI A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Lőrincz A., Peták L., Semmelweis Egyetem, I. Patológiai És Kísérleti Rákkutató Intézet

A nanomedicina eredményei az elmúlt években új lehetőségeket kínálnak a gasztrointesztinális daganatok célzott terápiájában. Az ezidáig legismertebb és legelfogadottabb nanohordozó, a liposzóma mellett számos új nanopartikulum jelenthet új lehetőséget a hatóanyagok célzott eljuttatásában, a megfelelő farmakodinamikai mutatók elérésében. Gasztrointesztinális szempontból különbséget jelentenek az orálisan alkalmazott, a bélcsatornán át fel nem szívódó, hatását a lumenben közvetlenül kifejtő hatóanyagok és hordozók illetve a vérben levő, a gyógyszer-molekula keringésben töltött életidejét meghosszabbító, a bomlását és clearance-ét csökkentő nanopartikulumok. Előadásunkban összegezzük a területen végzett klinikai vizsgálatokat elsősorban a daganatokkal kapcsolatban.

102.

THE NEGATIVE ROLE OF INSULIN RESISTANCE FOR SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS

Lombay B.¹, Szalay F.², Szent Ferenc Hospital, Department of Internal Medicine, Miskolc¹, Semmelweis University, 1st Clinic of Internal Medicine, Budapest²

Background: The response to pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) treatment in chronic hepatitis C (CHC) is influenced by various factors. Insulin resistance (IR), hepatic steatosis and overweight are associated with poor results.

Aim: to analyze the association between the parameters of IR and the response to the antiviral treatment in CHC patients.

Patients and methods: 87 CHC patients (37 male, M/ 50 female, F; each genotype 1), mean age 46.8 (18-65) years were involved into the study. 19 patients had type 2 diabetes mellitus. Body weight, BMI (body mass index), waist circumference, HOMA (homeostasis assessment model) index, serum glucose and insulin levels were measured before the treatment. Liver biopsy was performed in 80 patients. Liver steatosis proved histologically was also considered. We compared these parameters both groups of responder and nonresponder patients.

Results: The mean body weight was 74.5 kg; BMI 26.4; waist circumference 94 cm (M); 88 cm (F). The mean HOMA index was 4.6 (high). Overall sustained viral response (SVR) rate was 36% (M:27%, F:42%). High waist circumference was associated with low (33%) SVR, especially in males (21%). In patients with high HOMA values (>2.5) the rate of SVR was low (18/58, 31%) and hepatic steatosis was more common (47/55, 85%). SVR rate among the diabetic patients was only 16% (3/19). Poor SVR was detected in patients with abnormal ALT levels at week 12 (7/44, 16%).

Conclusion: IR and diabetes mellitus, high HOMA index, hepatic steatosis, high waist circumference and abnormal ALT at week 12 are the best negative host predictors of the sustained virological response beyond the virological factors (genotype, viral load). Prospective, large patient number studies are needed to evaluate the accurate role of the IR in sustained virological response in CHC patients.

104.

LONG-TERM RESULTS OF ENDOSCOPIC MUCOSECTOMY FOR EARLY ESOPHAGEAL CANCER

Lukovich P., Tari K., Kupcsulik P., 1st Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine

Introduction: In Hungary most of esophageal tumors detected at the stage of T2-T4. Chance to recognize an early cancer usually offers at control examinations for Barrett esophagus and for esophageal varices, or at examinations for suspicion of GERD.

Patients and method: Endoscopic mucosal resection was performed in 8 patients with early esophageal cancers between 2002 and 2008. By endoscopic ultrasound carried out before the procedure neither submucosal spreading of the tumor, nor pathological regional lymph nodes were detected. The indication of endoscopic mucosectomy was the high risk of the surgical treatment because of age, severe co-morbidity, etc. The "lift and cut" technique was used for resection. There were no early complications; the histological evaluation showed total excision in all cases. After the procedure - except in case of contraindication - patients have undergone adjuvant oncological treatment.

Results: Five of the 8 patients are still alive free of tumor. Two patients died because of independent reasons from diseases. The average disease free survival is 31 months.

Discussion: Owing to the development of endoscopic ablative therapy the endoscopic submucosal dissection takes the place of mucosectomy, because it ensures more safety vertical and horizontal resection surface. Therefore better survival results could be expected. Based on the favorable results, endoscopic ablative therapy considers curative treatment for early esophageal cancer; it is alternative of surgical intervention, not only for high risk patients.

105.

MINIMAL INVASIVE SURGICAL THERAPY OF EARLY OESOPHAGEAL CANCER: TOTALLY LAPAROSCOPIC TRANSHIATAL EXSTIRPATION

Lukovich P., Papp A., Kupcsulik P. 1st Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine

Introduction: The minimal invasive extirpation of the oesophagus is a real alternative to the conventional operation techniques in the surgery of oesophagus tumours.

Patient and method: 51 year-old female patient had endoscopy due to her vague stomach complaints. The examination found an oesophagus tumour of approximately 2 cm, located at 32 cm. EUS and CT examinations showed an early esophageal cancer which involved the submucosa, but no regional lymph node metastasis was detected. The intraluminal flexible endoscopic ablation (endoscopic submucosal dissection) of the tumour was not executed therefore totally laparoscopic transhiatal oesophagus extirpation was done. The oesophagus was replaced intracorporally by the tubulated stomach in the posterior mediastinum.

Result: In the postoperative period a ventriculo-pleural fistula evolved in the middle third of the stomach which healed as a result of conservative treatment (thoracic drainage, Salem probe). The phlegmone which developed next to the feeding jejunostomy - at the place of a trocar - was healed, and later was sutured because of persisting leakage of the small intestine. 6 months after the operation the patient was asymptomatic and had taken up 4 kg.

Conclusion: The laparoscopic transhiatal oesophagus excision has all the advantages (less postoperative pain, early mobilisation, less pulmonary complication) of the minimal invasive method at the same time it makes it possible to do more radical operations than the traditional transhiatal operations.

106.

ENDOSCOPIC BILIARY SPHINCTEROTOMY AND SMALL-CALIBER PANCREATIC STENTING VERSUS SPHINCTEROTOMY ALONE IN PATIENTS WITH ACUTE GALLSTONE PANCREATITIS – A PROSPECTIVE NONRANDOMIZED STUDY

Madácsy L., Fejes R., Kurucsai G., Juhász V., Joó I., Székely A., 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, OMCH Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György Country Hospital, Székesfehérvár, Hungary

Introduction: Patients (pts) with acute biliary pancreatitis (ABP) may benefit from early endoscopic sphincterotomy (EST) and pancreatic ductal decompression. The aim of the present pilot study was to assess the feasibility and safety of emergency ERCP and pancreatic duct (PD) stenting with small-caliber stents in ABP patients (pts) after biliary EST.

Methods: 88 consecutive non-alcoholic pts with ABP (gallbladder stones or dilated CBD or CBD stones and concomitant early elevations ($>1.5N$) of obstructive LFTs) were referred for emergency ERCP. In 60 of these ABP pts, ERCP, EST and stone extraction were performed without PD stenting. In the remaining 28 pts, small-caliber (4-5 F, 4 cm, Geenen) pancreatic stent insertion was applied after biliary EST. All pts were hospitalized for medical therapy with best supportive care and were followed up.

Results: The mean ages, the initial symptom to ERCP times, the Ranson scores, and the peak amylase and CRP levels at initial presentation were not significantly different in the ERCP+EST with PD stent group vs. ERCP+EST without PD stent group: 59+15 vs. 65+15 years; 22+24 vs. 28+20 h; 3,0+1,2 vs. 3,1+1,2; 1617+1198 U/l vs. 1300+1145 U/l; and 114+92 vs. 125+123 U/l, respectively. More importantly, the complication rate was significantly lower in the EST with PD stent group vs. the EST without PD stent group (7.1% vs. 25%); while the mortality rates (0% vs 6.7%) were comparable and reasonably low. Removal of the PD stents was successfully done a week after the resolution of the ABP in all pts.

Conclusions: Temporary PD stenting with small-caliber stents after biliary EST is a feasible procedure that may improve PD decompression to reverse the process of ABP, and not only serve as a bridging procedure in severe ABP pts with failed or contraindicated biliary EST, but also may improve the overall outcome after successful EST and gallstone extraction. Prospective, randomized, controlled trials are awaited to support this innovative approach.

107.

NON-CONJUGATED BILE ACID INDUCES MITOCHONDRIAL DAMAGE IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELL

Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Rázga Z.³, Tiszlavicz L.³, Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged³

Background. Exposure of the pancreas to bile acids is considered to be one of the possible causes of acute pancreatitis. We have recently shown that a high dose (1 mM) of non-conjugated chenodeoxycholate (CDC) had strong inhibitory effects on the activities of acid/base transporters (Na⁺/H⁺ exchanger (NHE), Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter (NBC), Cl⁻/HCO₃⁻ exchanger (CBE)) on pancreatic ductal epithelial cells (PDEC). However, the same dose of conjugated glucochenodeoxycholate (GCDC) had no effect on the ion transporters. Our aim was to characterize the intracellular mechanisms of the inhibitory effects of bile acids.

Methods. Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from the pancreas of guinea pig. High dose (1 mM) of CDC or GCDC was administered basolaterally for 1-10 minutes. Intracellular calcium concentration ([Ca²⁺]_i), pH (pHi) and ATP level (ATP)_i of PDEC were measured using microfluorimetry. Morphological changes of PDEC were evaluated by electron microscopy.

Results. Administration of 1 mM CDC strongly inhibited the acid/base transporters (NHE, NBC and CBE) of PDEC. Neither removal of extracellular Ca²⁺ nor the Ca²⁺-chelator BAPTA-AM prevented the inhibitory effects of CDC. GCDC had no effects on the ion transporters. High dose of CDC evoked a toxic sustained [Ca²⁺]_i elevation. Morphological evaluation revealed that high dose of CDC strongly damages the mitochondria. Administration of 1mM CDC for 1 min had no effects on the intracellular organelles, however, exposure for 10 min killed almost all of the mitochondria. GCDC did not damage the intracellular organelles. Importantly, high dose of CDC decreased the (ATP)_i in PDEC.

Conclusion. These results suggest that non-conjugated bile acids damage the mitochondria resulting in a marked ATP depletion of the cell. The lack of ATP will result in a global sustained Ca²⁺ signal and a total inhibition of NHE, NBC and CBE. Conjugation of bile acids may represent a defence mechanism against the toxicity of bile acids.

This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

108.

METASTATIC SMALL CELL RECTAL CANCER - A RARE CASE OF MALIGNANCY, AS A CHALLENGE FOR THE CLINICIAN

Maráz A.¹, Tiszlavicz L.², Fazekas O.¹, Varga Z.¹, Thurzó L.¹, Department of Oncotherapy, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged²

A 54-old patient was operated on in a secondary center with rectal neuroendocrine adenocarcinoma NSE and cgA positive (pT3 pN2 /5/10/ M0) two years ago. After the operation the patient was treated with 5 cycles of 5FU-LV adjuvant chemotherapy.

Multiple liver metastasis and local recurrence was found on an early CT staging which was made for pelvic pain. An ectopic, presacral left kidney was also observed on this CT scan. Than the patient was referred to our department because of progressive disease. The histological revision of the original tumour revealed not a neuroendocrine nor a typical adenocarcinoma, but a small cell rectal cancer. This tumor type is very rare (<1% colorectal cancer) and similar in morphology, immunophenotype and behavior to small cell carcinoma of the lung and highly aggressive with 70% having liver metastasis at the time of diagnosis. The thoracic CT was negative. According to the new pathological findings, a cisplatin-vespidine chemotherapy was given, but it had to be finished after 7 cycles because of nephrotoxicity and complete remission on the PET-CT scan. Pelvic radiotherapy was planned too, but the ectopic left kidney (which was responsible about 80% of the total amount of filtration, according to the camera-renography) could not be saved even with CT-based, 3 dimensional IMRT technique. According to our small cell pulmonary tumour protocol, a preventive whole brain irradiation (15x2 Gy) was also performed.

After two-year follow-up the patient's disease is in complete remission.

Our case report highlights the importance of precise histology of the rare cases of the unusual colorectal cancers

109.

GIST SEBÉSZI KEZELÉSE OSZTÁLYUNKON (2007-2009 12ESET)

Máté M., Pfahler P., Bálint A., Szent Imre Kórház Általános Sebészeti Profil, Budapest

A GIST ritka előfordulása daganat, incidenciája 15-20/millió fő/év, a szám azonban évről évre kissé emelkedik részben a pontosabb diagnosztika, részben a valóban növekvő előfordulás miatt. Az emésztő traktus daganatainak kb. 0.5%-a GIST, a leggyakoribb lokalizáció a gyomor. A betegek jellemzően nem specifikus tünetek miatt kerülnek orvoshoz, gyakori, hogy a daganat előrehaladott stádiumban ismerjük fel, és az is, hogy akut beutalás során aspecifikus tünetek mögött találjuk okként az elváltozást. A késői diagnózis miatt betegek 60-70% a magas rizikójú csoportba tartozik.

Osztályunkon 2007. januárjától 12 beteget operáltunk GIST miatt (gyomor 10 eset, vékonybél 2 eset). Az Ő kórtörténetük feldolgozása során bemutatjuk a preoperatív staging intézetünkben bevett gyakorlatát, az így kapott leletek összevetését, és az ennek alapján választott sebészeti megoldásokat. A postoperatív kezelés során igen nagy hatékonyságú tirozinkináz gátló gyógyszer mellett a GIST kapcsán a sebészeti szemlélet is változott. Célunk természetesen továbbra is a kuratív beavatkozás elvégzése, ám ha ez nem kivitelezhető, akkor R1 vagy R2 resectio is elvágandó, mert tirozinkináz gátló kezelés hatásossága miatt még ez is évekkel nyújthatja meg a túlélést jó életminőség mellett. A fenti beteganyagban végzett műtétek során 4 esetben minimal invazív technikával sikerült az elváltozást eltávolítani, 6 tervezett és 2 akut laparotómiát végeztünk. Egy exploratio, 4 curatív R0 és 5 R1 és 2 R2 resectio történt, a betegek a postoperatív onkológiai kezelés során 8 esetben kaptak Glivec-et. Betegeinket követjük, a 12-ből 1 beteget vesztettünk el kardialis ok miatt, 8 tünet és panaszmentes, 3 betegnél a re-staging folyamatos regressziót mutat.

Tapasztalatunk szerint a GIST komplex terápiával a relatíve jól kezelhető malignus elváltozások közé tartozik. A sebészeti cél a daganat ép széllel történő eltávolítása-amennyiben lehet endoscopos műtéttel- és kiegészítő gyógyszeres kezelés, ha nem lehet kuratív beavatkozást végezni. A betegek szoros követése hosszú ideig fontos, a gyakori és akár igen későn jelentkező recidívák miatt.

111.

CELIAC DISEASE AND RISK OF SUBSEQUENT TYPE 1 DIABETES

Micskey É.¹, Pánczél P.², Blatniczky L.¹, Lukács K.³ Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Északbudai Egyesített Kórházai, Budai Gyermekkórház Telephely, Budapest¹, Semmelweis Egyetem III. Belgyógyászati Klinika, III. Belosztály, Budapest², Semmelweis Egyetem, Cellscreen Alkalmazott Kutatási központ, Immunogenomikai Laboratórium, Budapest³

Earlier studies suggest that children with type 1 diabetes (T1D) are more likely to have a subsequent diagnosis of celiac disease. However, research is sparse on the risk of subsequent T1D in the population with celiac disease.

Aim: to determine the risk of subsequent T1D in children, adolescents and their first grade relatives.

Patients and methods: We have determined in celiac patients (n:61) and their asymptomatic family members (n: 128) the islet cell antibody (ICA /JDFU with indirect immune-fluorescence assay), glutamic acid decarboxylase autoantibody (GADA/ U/ml, RIA) C-peptide (ng /ml, RIA) levels and the occurrence of the gene protein tyrosine phosphatase, non-receptor type 22 (PTPN22, TaqMan® SNP Genotyping Assay).

Results : We have found 2 elevated ICA levels (> 10 JDFU) in the celiac group and one in the family members under 10 years, 1 elevated (<10 years) and 14 (>10 years) results in the control groups. Their iv. glucose challenge has proven an exact early insulin response. The other assays didn't prove any alterations. The PTPN22 polymorphism was equal to that in the normal occurrence.

Conclusion: Our celiac patients following a careful gluten free diet regimen have not shown a marked risk for subsequent type 1 diabetes mellitus.

a mikrobákkal szembeni megváltozott érzékelés szerepét a CD patogenezisében.

110.

ADVANCED LAPAROSCOPY IN OUR GASTROENTEROLOGIC SURGICAL PRACTICE

Mészáros P., Masszi L., Perduk A., Bencz L., Megadja B., Pörnczi B., Bursics A., Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery

Introduction: Laparoscopy has gained wide acceptance for the treatment of gall bladder diseases. Despite the good international data the use of advanced laparoscopy is spreading quite slowly in Hungary. We publish the results of our first series of patients operated with advanced laparoscopic technique.

Patients: Between October 2008 and February 2009 we performed 7 laparoscopic colorectal resections. We did 1 right hemicolectomy, 4 left sided resections, 1 anterior rectal resection and 1 abdominoperineal rectal exstirpation. We did not have intra-operative complication. The mean operating time was 220 minutes. Only one patient had to be transfused. We experienced early bowel movements and discharged our patients on the 6th postoperative day. Besides the colorectal operations we also performed two Nissen-Rosetti fundoplication for GERD and sliding hiatal hernias. One patient underwent right laparoscopic adrenalectomy and cholecystectomy. Also, one 23 year old female patient who developed a nodule between the celiac trunk and the upper border of the pancreas had her tumor removed via laparoscopy. The tumor proved to have neuroendocrine origin. The key steps of the operations will be presented in video.

Conclusion: The spread of the advanced laparoscopy in Hungary can be anticipated. In our practice these procedures could be performed within reasonable operating time. We did not have any serious complications so far. The advantages of laparoscopy (shorter hospital stay, quicker bowel recovery, diminished postoperative pain, better cosmetic result) can be observed in our material.

112.

COMPARISON OF THE EFFECTS OF 1,25 DIHYDROXYVITAMIN D AND 25 HYDROXYVITAMIN D ON BONE PATHOLOGY AND DISEASE ACTIVITY IN CROHN'S DISEASE PATIENTS

Miheller P.¹, Müzes G.¹, Hritz I.¹, Lakatos G.¹, Pregun L.¹, Lakatos P.², Hersényi L.¹, Tulassay Z.¹ Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest²

Background: Vitamin-D is essential in therapy of osteopenia in Crohn's disease. Active form of vitamin-D (aVD) is the 1,25(OH)₂D. There are no data available whether aVD or plain vitamin-D (pVD) has any advantage in managing osteoporosis in Crohn's disease or has any effect on the activity of the disease itself.

Aim: Our work is a prospective study to compare effects of aVD and pVD on bone metabolism and the clinical course of Crohn's disease.

Patients and methods: 37 inactive Crohn's disease patients were involved to the study and divided into two age-, gender- and t-score matched groups. Group A was treated with aVD while group B received pVD. Osteocalcin, beta-crosslaps, osteoprotegerin and receptor activator nuclear factor kappa-B ligand concentrations were estimated at the start of the study and at 6th weeks, 3rd and 12th months. Activity of Crohn's disease was also measured clinically and by laboratory parameters

Results: At week 6 scores of CDAI and concentration of CRP decreased (69.44±58.6 vs. 57.0±54.89 and 15.8±23.57mmol/L vs. 7.81±3.91mmol/L, resp. p<0.05) parallel with markers of bone turnover (beta-crosslaps: 0.46±0.21ng/mL vs. 0.40±0.25ng/mL, and osteocalcin: 32.29±15.3ng/mL vs. 29.98±14.14ng/mL, p<0.05), however osteoprotegerin concentration (marker of osteoblast activity) increased (3.96±2.1pg/mL vs. 4.58±2.19pg/mL) in group A, but didn't change in group B. Osteocalcin and beta-crosslaps concentrations changed more significantly by the 3rd month, however these changes disappeared by the 12th month.

Discussion: According to our study aVD has a more prominent short term beneficial effect on the bone metabolism and disease activity in Crohn's disease as compared with the pVD

113.

COLORECTAL CANCER AND ADENOMA MARKER DETECTION IN PERIPHERAL BLOOD BY MRNA EXPRESSION ARRAY TECHNOLOGY-RELATION TO LOCAL EXPRESSION PATTERNS AND IDENTIFICATION OF MIGRATING CELL POPULATION

Molnár B.², Galamb O.², Solymosi N.¹, Tóth K.¹, Németh A.¹, Zágonyi T.¹, Miheller P.¹, Juhász M.¹, Spisák S.², Tulassay Z.² 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ²

Background and aims: High-density oligonucleotide microarray can contribute to the determination of distant blood markers of local alterations in colorectal diseases. Our aim was to identify peripheral blood (PBL) expression markers on migrating cells for classification of local colorectal diseases. Determination of correlation between disease specific PBL and local expression patterns and identification of cell compartments.

Methods: Whole genomic gene expression profile (WGGE) was evaluated from PBL samples (11 CRC, 11 adenoma, 11 inflammatory bowel disease (IBD), 11 healthy (HE)). WGGE analysis of biopsies (11 HE, 22 CRC, 20 AD, 21 IBD), then of the laser microdissected (LMD) epithelial, stromal and follicular tissue compartment was performed. Chip results were confirmed by array real-time PCR. Biopsy microscopic analysis of male bone marrow (BM) transplanted females with colitis and normal histology was evaluated using immunofluorescent labeling (CD45) for the infiltration rate of PBL MNC cells.

Results: CRC could be classified from all of the others by 86% sensitivity and 86% specificity depending on the expression of 34 genes. ADs were detected by 95% sensitivity and 91% specificity in relation to the HE using 21 classifiers, while IBD and HE could be discriminated using 13 genes by 94% sensitivity and 93% specificity. Array real-time PCR confirmation yielded a highly reproducible gene set that worked on an independent set of patients (sensitivity 87%, specificity 88%) and was present in MNC cells. Correlation to local expression pattern could be verified in the stroma of AD, CRC and IBD, but the highest recovery was in the follicles. The infiltration of male MNC CD45+ PBL cells was found in correlation with the degree of local inflammation in female BM transplants.

Conclusions: Multivariate PBL expression markers were identified that reflect local colonic diseases. These markers could be confirmed in independent samples and in local LMD MNC cell compartments.

114.

PARANEOPLASTIC INDUCTION OF DKK2 GENE EXPRESSION IN GASTRIC CANCER

Molnár J.¹, Selgrad M.¹, Schreiber S.¹, Kuester D.², Hoffmann J.¹, Bornschein J.¹, Fini L.¹, Wex T.¹, Tulassay Z.³, Malfertheiner P.¹ Department of Gastroenterology, Hepatology and Infectious Diseases, Otto-von-Guericke University Magdeburg, Magdeburg, Germany ¹, Department of Pathology, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany ², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³

Introduction: Activation of the Wnt signaling pathway resulting in a cytoplasmic accumulation of β -catenin has been demonstrated to play a major role in the pathogenesis of gastrointestinal cancer. Secreted proteins of the dickkopf family (dkk), dkk1-4 modulate the Wnt signaling pathway. The aim of our study was to evaluate the gene expression of dkk 1-4 in gastric cancer (GC) and normal gastric mucosa.

Materials and methods: Twenty-three patients with GC of the intestinal (n=16) and diffuse (n=7) type and 20 healthy individuals participated in the study after informed consent was obtained. From cancer patients, tissue specimens from tumor and adjacent normal mucosa were retrieved during surgery while healthy volunteers provided multiple biopsies from antrum and corpus, obtained by upper GI endoscopy. Dkk 1-4 and β -catenin transcript levels were quantified by realtime RT-PCR and statistically analyzed according to clinical and histopathological parameters by Mann-Whitney U-Test using the Origin software package.

Results: Dkk-1 and 3 were ubiquitously expressed in normal antral and corpus mucosa (100% of samples) while dkk-2 and 4 were differentially expressed (dkk2: 3% and 5%; dkk4: 68% and 3% for antrum and corpus, respectively, $p < 0.001$). Dkk-2 was the most upregulated member of the dkk-family in GC tissue. Dkk-2-transcript levels were 14- and 52-fold increased in GC of the intestinal and diffuse type, respectively compared to the adjacent tumor-free mucosa ($p = 0.001$). The expression levels of dkk-2 and β -catenin correlated significantly in tumor tissue specimens ($r = 0.57$, $p < 0.0001$). Dkk-1, 3 and 4 transcript levels were mostly unchanged in normal gastric mucosa compared to tumor tissue and adjacent mucosa.

Conclusions: Dkk2 is specifically upregulated in GC. The uniform induction of dkk2 in tumor and non-malignant adjacent mucosa in patients with GC compared to healthy subjects, furthermore its correlation with increased β -catenin expression implies a functional role of the Wnt-signaling pathway in gastric carcinogenesis.

115.

IDŐS NŐBETEG B-SEJTES GYOMOR LYMPHOMÁJA /ESETISMERTETÉS

Molnár S.¹, Simon K.², Pap Á.², Molnár Z.³, Tarpay Á.², Kovács Megyesi A.⁴, Burai M.², Nyíró Gyula Kórház II. Belgyógyászat Budapest ¹, Országos Onkológiai Intézet Gasztroenterológia Budapest ², Országos Onkológiai Intézet Kemothérapie A Amb. Budapest ³, Budaörsi Eüropted ⁴

A 81 éves nőbeteg 2008 novemberében fokozódó felső hasi, gyomortáji fájdalmak, néhány kg fogyás panaszai miatt került ambulanciánkra. A gastroscopos vizsgálat során a gyomor corpus-antrum határon a nagygyömböletű oldalon 1,5 cm átmérőjű széli részén sáncszerűen előemelkedő közepén mélyen excavált laesiot találtunk. Endoscopos diagnosis: GIST? LYMPHOMA? A HE-festéssel végzett hagyományos szövettani vizsgálat korrekt diagnózist nem adott. A biopatumok immunhisztokémiai vizsgálata Non-Hodgkin B-sejtes lymphomát igazolt, Helikobakter pylori pozitívítás mellett. A hasi Ultrahang vizsgálat a gyomor corpus ventralis falának megvastagodását írta le, egyéb eltérés nélkül.

A nyaki mellkasi, hasi régióról készített CT vizsgálat a gyomor corpus nagygyömböletű oldalán 1,3 cm-es falmegvastagodáson kívül, kórosan megnagyobbodott nyirokcsomókat nem talált. Hp pozitívítása miatt pantoprazol, klaritromycin, clindamycin + Bizmut por eradikációs kezelést kapott. 2009 januárjától az Országos Onkológiai Intézet Kemothérapie Ambulanciáján R-CHOP séma szerinti kemothérapie kezelésben részesült, melynek eredményeként ventricularis folyamata sanalódott.

Esetünk tanulsága, hogy az immunhisztokémiai vizsgálatok által korrektül diagnosztizált Non-Hodgkin B-sejtes lymphoma időben felismerésre került melyet a beteg idős kora ellenére sikerült kemothérapie kezelése segítségével meggyógyítani tapasztalatokat alkalmazni tudjuk.

116.

PREGNANCY OUTCOME IN WOMEN WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ACCORDING TO THE ACTIVITY OF THE DISEASE AND THE DRUG TREATMENT

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Nagy F.¹, Miheller P.², Nyári T.³, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹ First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest ², Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged ³

Introduction: Inflammatory bowel diseases (IBD-Crohn's disease [CD]; ulcerative colitis [UC]) affect young adults in their reproductive ages. According to literature data, women with IBD, even with inactive disease and low risk medications are at increased risk for adverse pregnancy outcome compared to women without IBD.

Aims: The aim of our study was to assess whether disease activity and medical treatment of IBD during the pregnancy affect the outcomes and complications of pregnancy in women with CD and UC.

Patients and methods: 64 pregnancies in women with IBD (20 CD; average age at delivery: 27.5 [20-40] years and 44 with UC; average age at delivery: 28.4 [21-38] years) were included in our study. Influence of disease activity and medical treatment during the pregnancies on gestational age, birth height and weight and health state of newborn infants and the children nowadays were statistically analyzed. P values lower than 0.05 were considered statistically significant.

Results: Our results did not reveal relationship between any type of drug treatment for IBD and serious adverse outcome of pregnancies both in CD and UC. Considering normal outcomes (healthy infants) in the UC group, significantly greater number of women was treated continuously during their pregnancies than in case of abnormal outcomes. No significant increase in serious adverse outcomes related to disease activity was found, only reduced birth height of the infants was detected more frequently in CD. Disease activity did have an effect only on the late growth of children in case of active maternal UC.

Conclusion: Although literature data suggest that women with IBD are more likely to have an adverse outcome related to pregnancy, disease activity and medical treatment did not predict serious adverse outcomes in our study, except for reduced birth length in CD.

117.

PANCREAS PSEUDOCYSTA ENDOSZKÓPOS DRAINAGE SAJÁT GYAKORLATUNKBAN

Molnár T., Nagyné Budai N., Tóthné Lestár A., Madácsy L., Fejér Megyei Szent György Kózház I. Belyógyászat Gastroenterológia OMCH Endoscopos Labor

Bevezetés: A pancreas pseudocysták hámbélissel nem rendelkező álcysták. Nagyságuk igen széles skálán mozog, 3-4 cm-től akár 10-12 cm-es nagyságot is elérhetik. A 4-5 cm-es cystákkal a megfigyelésen kívül más teendő nincs, viszont az ettől nagyobbakat a szövödmények elkerülése érdekében – abscessus, ruptúra, ill. vérzés – endoszkóposan vagy sebészileg drainálni kell.

Módszer: Az elmúlt 3 évben összesen 21 betegnél végeztünk endoszkópos pseudocysta szájaztatást. A pseudocysták átlagos nagysága 90 mm volt. Először minden esetben hasi UH ill. laborvizsgálatok történtek. EUS vizsgálatra a pontos lokalizálás ill. a benyomat hiánya miatt 7 betegnél volt szükség. Az első vizsgálatok során a legoptimálisabb pozícióban tűkés papillotommal átégetve a falat jutottunk a cysta üregébe. Kanül segítségével mintát vettünk a bennéből. Ezt követően a nyílást megtágitva, plasztik stentekkel biztosítottuk az ürülést. Technikai módszereink lassanként megváltoztak. Először is hígított Tonogen-es alóltást alkalmaztunk, majd a leszívott mennyiséggel azonos kontrasztanyaggal feltöltöttük a cystát. Ezután a papillotomot felváltotta a cystostom, majd a tágitást. Ezzel a módszerrel egyre több stent behelyezését részesítettük előnyben. Az egyik cső biztosította a cystabennék elfolyását, a másikba nasocysticus öblítő draint vezetünk be.

Eredmények: Az elvégzett beavatkozások során két alkalommal lépett fel vérzéses szövödmény. Mindkét vérzés uralható volt coagulatioval, hígított Tonogenes infiltratioval és fémklipepekkel. Az egyik esetben repozicionálás után készítettük el a végleges nyílást. A másik esetben sebészi cystogastrotomiát végeztünk. A stenteket a cystából átlagosan 2 hónap elteltével távolítottuk el. Az endoszkópos cysta szájaztatás a többi 20 esetben sikeres volt, recidív cystát nem észleltünk.

Következtetések: A kezdeti technikánkat felváltó cystostom használata lehetővé tette a biztosabb és pontosabb bejutást a cysta üregébe. A dupla stentelés pedig módot adott arra, hogy bevezessük az antibioticus öblítő drainage-t abban az esetben amikor purulens váladék ürült a cysta belsejéből.

118.

KORAI VÉKONYBÉL ADENOCARCINOMA KIMUTATÁSA KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIÁVAL

Nádas B.¹, Tolmácsy B.¹, Papp J.⁴, Gombás P.³, Iványi A.², Harnos F.², Gyökér T.¹, Banai J.¹, Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológiai Osztály¹, Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ, Sebészeti Osztály², Honvédelmi Minisztérium Állami Egészségügyi Központ, Patológiai Osztály³, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belyógyászati Klinika⁴

Bevezetés: A vékonybelek hagyományos képalkotó vizsgálatokkal történő vizsgálata sok esetben elégtelen. A közelmúltban megjelent új képalkotó módszerek, mint a kapszulás endoszkópia és a dupla ballonos enteroszkópia segítségével jóval korábbi diagnózis érhető el.

Esetismertetés: Egy 67 éves nőbeteg transzfúziókat igénylő vashiányos anaemiája és széklet Weber pozitívítása a hagyományos endoszkópos vizsgálatokkal nem volt megmagyarázható, a gyanúba került vékonybél területek CT vizsgálata pedig nem mutatott ki eltérést. A tünetek kezdetétől eltelt 9 hónap alatt a betegben 3 kolonoszkópiát és 2 gasztroszkópiát, valamint egy szelektív enterográfiát végeztek, kórjelző eltérés nélkül más intézetekben. Mivel a vérzés folytatódott, ezért kapszulás vékonybél vizsgálatot végeztünk. Ennek során a jejunum mély szakaszán egy vérző polypoid elváltozást láttunk. A kettős ballonos enteroszkópia során a tumoros küllemű képletet elértük, a biopszia adenocarcinomát igazolt. A sebészi beavatkozás során egy 17 cm-es jejunum szakasz került eltávolításra, közben egy mindössze 4 cm-es adenocarcinomával, mely lokális nyirokcsomó propagációt sem adott még.

Következtetés: A korai diagnózis és sebészi eltávolítás lehetőségét nyújtó kapszulás endoszkópia esetünkben is igazolta kiváló hatékonyságát a más módszerek számára nem látható vékonybél elváltozások diagnosztikájában. A kettős ballonos vékonybél enteroszkópia primer vizsgálatként a beteget megterhelő volta és nehéz kivitelezhetősége miatt nem látszik ideálisnak, de a már felderített, vagy legalábbis erősen gyanított mély vékonybél lokalizációjú elváltozások mibenlétének, szövettani jellegének tisztázására jól használható eljárás.

119.

IRON REDUCTION IN CHRONIC HEPATITIS C BY REPEATED PHLEBOTOMY: A STUDY USING A LESS AGGRESSIVE PROTOCOL

Nagy I., Pálvölgyi A., Korom T., Wittmann T., 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary

Background. Iron accumulation is common in chronic hepatitis C (CHC), and iron depletion through phlebotomy may serve as a kind of alternative therapy for CHC patients (pts) who are unsuited for interferon plus ribavirin treatment.

Aim: To acquire experience with this therapeutic modality using a novel phlebotomy protocol which is less aggressive than those described earlier.

Subjects: 27 CHC pts (17 men, 10 women; age: 37 to 68 ys) with pathological serum alanine aminotransferase (ALT) levels and a transferrin saturation (TFS) of >25%. They were nonresponder or intolerant to or on a waiting list for interferon-ribavirin therapy. None of them had hemochromatosis. **Methods.** The pts underwent 400 ml phlebotomy monthly until an iron deficiency (TFS <20%) was achieved, and thereafter less frequently in order to keep the iron saturation around 10% with acceptable hematocrit levels. They were treated for 6 months and laboratory tests were performed every 3 months. A more than 50% decrease in serum ALT was considered a good biochemical response. The circulating levels of tumor necrosis factor- α (TNF- α); a major proinflammatory cytokine contributing to hepatic necroinflammation) and procollagen III N-terminal peptide (PIIINP; a marker of fibrogenesis) were also determined.

Results. The phlebotomy protocol was well tolerated by the pts, and led to significant ($p < 0.05$) decreases in the mean serum ALT and gamma-glutamyltransferase activities, serum iron concentration and TFS. Moreover, it did not hamper subsequent use of interferon + ribavirin. Treatment for 6 months led to statistically significant ($P < 0.05$) decrease in the mean serum ALT activity (from 176 ± 108 to 83.1 ± 55.6 IU/L). A good therapeutic response was associated with significant decreases in the circulating concentrations of TNF- α and PIIINP, too.

Conclusion. This study indicates that iron depletion by this well-tolerable phlebotomy protocol may exert a beneficial effect on hepatic necroinflammation and fibrogenesis and can lead to a substantial biochemical improvement in a part of pts with CHC.

120.

TRAIL ÉS BORTEZOMIB KOMBINÁCIÓ LEHETSÉGES SZEREPE A VASTAGBÉLDAGANATOK TERÁPIÁJÁBAN

Nagy K., Barti-Juhász H., Árvai K., Kopper L., Peták L., Semmelweis Egyetem I. Patológiai Intézet, Budapest

A vastagbél-daganatok kezelésének lehetőségeit jelentősen csökkenti azok primer, illetve szerzett rezisztenciája a kemoterápiás kezelésekkal szemben. Korábban sikerült kimutatni, hogy vastagbél-daganatok esetében a TRAIL (TNF-related-apoptosis inducing ligand) citokint kombinálva hagyományos kemoterápiás szerekkel jelentős daganatellenes hatást érhetünk el. A sejtelhalást szabályozó fehérjék expressziós szintjét a proteaszóma aktivitása jelentősen befolyásolja. A bortezomib (Velcade) proteaszóma gátló szer tehát újabb lehetőséget kínál vastagbél-daganatok esetében is a TRAIL kezeléssel szembeni rezisztencia letörésére. In vitro vastagbél-daganat sejtvonalak felhasználásával vizsgálni kívántuk a TRAIL és a bortezomib kombinált alkalmazására aktiválódó molekuláris jelpályákat az apoptózis folyamatában.

Kísérleteinkben kimutattuk, hogy a vastagbél-daganat sejtvonalak TRAIL és bortezomib érzékenysége között nincs szoros korreláció, azonban a TRAIL rezisztens sejtvonalak mindegyike alacsony koncentrációban alkalmazott bortezomibbal érzékenyíthető. A jelenség hátterében kimutattuk az apoptózisgátló XIAP fehérje szerepét. Egyrészt bortezomib alkalmazásakor a mitokondriumból a Smac/Diablo fehérje szabadul ki, amely ismert antagonistája az XIAP fehérjének. Másrészt a Smac/Diablo expresszióját siRNA-s gátlóval a kombinált kezelés apoptotikus hatása is csökkent. Harmadrészt, a XIAP expressziójának gátlása siRNA-sal érzékenyíti a vastagbél-daganat-sejteket TRAIL-lel indukálható apoptózissra.

TRAIL és bortezomib daganatellenes hatása tehát szinergikusan fokozódik kombinált alkalmazáskor. Nem daganatos sejtkultúrák alkalmazásával modellezni szeretnénk a továbbiakban a terápiás ablak kombinációval történő szélesíthetőségének lehetőségét. A konferencián beszámolunk a TRAIL és a bortezomib klinikai kísérletekben történt alkalmazásáról is.

121.

AZ ÖNTÁGULÓ NYELŐCSŐ STENTEKKEK SZERZETT TAPASZTALATAINK
 Nagyné Berecz M., Horváth K., Pikóné Babos G., Smausz E., Forgóné Bodnár É., Buti J., Papp G., Altörjay L., Debreceni Egyetem OEC, Gasztroenterológiai tanszék,

Inoperabilis nyelőcső tumorok palliatív kezelése során kiemelkedő szerepe van a nyelőcsői öntáguló fémstenteknek. A táplálás biztosítása, valamint az esetleges fisztulák fedése az élettartamot, és az életminőséget is jelentősen javítja. Klinikánkon évi 20-25 esetben történik öntáguló fémstent beültetése. A átlag túlélés a stentbeültetés után kb. fél év volt. A kezelés során a fisztulák megjelenése onkológiai szempontból igen rossz prognosztizált a kialakuló pneumonia, ill. mediastinitis miatt. Tapasztalataink alapján a fisztulák gyors fedése közel hasonló élettartamot, és életminőséget biztosít, mint a fisztulával nem rendelkező betegek esetén.

122.

MARGINÁLIS DONOROK ÉS MÁJÁTÜLTETÉS

Nemes B., Gelley F., Zádori G., Pápai S., Görög D., Fehérvári I., Maléth A., Nagy A., Borsodi E., Piros L., Kóbori L., SE, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: a szervhiány a májtranszplantációs program további fejlődésének jelentős korlátozó tényezője. Marginális donorok elfogadása a donor-pool bővítésének egy módja. **Betegek és módszer:** donoradatok retrospektív feldolgozása 2003 január és 2008 december között. A marginális donor-kritériumrendszer irodalmi adatok adaptációja alapján állítottuk fel. Az alábbi kritériumok közül 3 teljesülése esetén soroltuk be a graftot a marginális csoportba: életkor > 60 év; BMI > 27; újraélesztés során beadott dopamin mennyisége > 10 µg/ttkg/min, vagy dopamin és arterenol együttes használata; serum Na > 156 mmol/l; GOT/GPT > 40 U/l; GGT > 60 U/l; serum Bi > 17 µmol/l; tartós hypotensio (>1 óra, RR<80 Hgmm) vagy reanimatio; intenzív osztályon töltött napok száma > 3. **Eredmények:** marginális májgraftok beültetése esetén az 1, 3, 5 éves betegtúlélés 82%, 82%, 82%, a nem marginális graftok beültetése esetén 90%, 86%, 85%, a különbség nem szignifikáns. Különbségek marginális vs. nem marginális donorok esetén: intenzív osztályon töltött napok száma (3.6±2.5 vs. 1.8± 1.3 p<0.001), alkalmazott dopamin mennyisége (µg/ttkg/perc): 5.5 ±6.6 vs. 2.9 ±4, p=0.023, donor szérum Nátrium szintje (mmol/l): 154.3 ±9 vs. 145.1 ±17, p=0.001, donor GOT (U/l): 53.2 ±39 vs. 25.6 ±18, p<0.001, donor GPT (U/l): 73 ±73 vs. 39.1 ±32, p<0.001. Nem volt különbség a posztoperatív PNF, IPF, sepsis, sokszervi elégtelenség, akut rejekció, epéüti szövődmények gyakoriságában. A korai HCV rekurrencia gyakoribb volt a marginális graft beültetése esetén.

Következtetések: marginális májgraftok használata esetén a betegek morbiditása és mortalitása nem különbözik számottevően a standard donorokból származó májgraftok beültetése után tapasztalt eredményektől. HCV esetén nem javasolt marginális májgraft beültetése. A donorok életkori limitje bővíthető

123.

SORAFENIB TREATMENT OF PATIENTS WITH INTERMEDIATE AND ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA-INSTITUTIONAL EXPERIENCE

Németh H., Petrányi Á., Tamas K., Farkas M., Babics J., Bodoky G., Szent László Hospital, Department of Oncology, Budapest

Introduction: Hepatocellular carcinoma is the third leading cause of cancer related death globally with gradually growing incidence. In more than 80 % of the cases it develops in cirrhotic liver. During the course of the treatment we have to take in account the stage of the underlying liver disease. In 60-70 % of the patients hepatocellular carcinoma is diagnosed at intermediate or advanced stage, when the prognosis of the disease is poor because of the lack of effective treating options. Sorafenib is a new drug for the systemic treatment of hepatocellular carcinoma; it inhibits tumor cell proliferation and angiogenesis. As proven by a phase 3 trial, it prolongs the median survival of patients with advanced hepatocellular carcinoma by nearly three months.

Methods: From August 2008, twenty-seven patients with intermediate or advanced hepatocellular carcinoma received sorafenib treatment in our hospital. We examined the time to radiological progression and the side effect profile by physical examination, laboratory tests and CT-scans.

Results: Diarrhea and weight loss proved to be the most frequent side effects. Furthermore, with less frequency, we experienced hand-foot-skin reaction, nausea, fatigue, hoarseness and hair loss. We had to disrupt treatment because of hand-foot-skin reaction, toxicoderma and decompensation of liver cirrhosis. Diarrhea warranted dose reduction. We didn't experience serious hematological toxicity or hypertension. We are also going to present the results of the CT-scans performed every two months.

Conclusions: During the treatment of patients with hepatocellular carcinoma the stage of hepatic cirrhosis influences the available treatment options. Sorafenib, although it has many side effects, can safely be used in patients with intermediate or advanced hepatocellular carcinoma with good hepatic functions in order to prolong survival.

124.

NONVARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN BÉKÉSCSABA COUNTY, EXAMINED IN 2001 AND IN 2006: A MULTICENTRIC RETROSPECTIVE STUDY

Novák J.¹, Hudák J.², Varga M.³, Rácz B.¹, Bordás L.¹, Gurzó Z.¹, Ilyés S.¹, Somos B.², Papdi N.², Fodor I.², Csefkó K.³, Pink T.³, Pándy K. Hosp. 3rd Dept. of Int.Med.Gyula¹, Orosháza VÖ. Hosp. Dept. of Int. Med. Orosháza², Réthy P. Hosp. Dept. of Int.Med. Békéscsaba³

Background: According to the literature the rate of gastrointestinal bleeding in the last decade not changed, in spite of the fact that new medical and endoscopic therapeutic modalities have been introduced. On the basis of endoscopic findings obtained in 2001 and in 2006 the authors made a comparative analysis of the changes in frequency, quality, source of gastrointestinal bleeding in hospitalised patients.

Methods: In course of the retrospective analysis the upper gastrointestinal endoscopy data of three endoscopic centers in Békés County (Gyula, Békéscsaba, Orosháza) were processed (2001/9013, 2006/8399 examinations), the results of different disease groups were compared and statistically evaluated with χ^2 test.

Results: Upper gastrointestinal bleeding was diagnosed in 3% (279) in 2001 and also 3% (265) in 2006 of the examined cases. The number of bleeding from gastric ulcer decreased significantly (105 v.59, $\chi^2=38.2$ p=0,001) In contrast the tendency of duodenal ulcer bleeding increased not significantly (39 v.52 $\chi^2=2.22$ p=ns.). Although the proportion of upper gastrointestinal erosions decreased (92 v.51). The rate of usage of antithrombotic medication increased (134 v.177 $\chi^2=5.33$ p=0.05) significantly. Although the prevention with PPI/H2RA was reduced in this period (47 v.38).

Conclusions: The results of this study indicate that the investigated inpatients tended to be older, with higher comorbidity and were more likely to have a bleeding ulcer or tear. The number of most frequently occurring nonvariceal upper gastrointestinal disorders show a decreasing tendency, but at the same time these disorders induce bleeding more often than earlier.

125.

ANALYSIS OF PEROXISOME PROLIFERATOR-ACTIVATED RECEPTOR POLYMORPHISMS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Palatka K.¹, Poliska S.², Papp M.¹, Penyige A.³, Lakatos P.⁴, Miheller P.⁵, Molnár T.⁶, Altörjay L.¹, Nagy L.²

Dept. Gastroenterology, University of Debrecen, Medical and Health Science Center ¹, Biochemistry and Molecular Biology, University of Debrecen, Medical and Health Science Center ², Institute of Human Genetics, University of Debrecen, Medical and Health Science Center ³, 1st. Dept. Medicine, Semmelweis University, Budapest ⁴, 2nd Dept Medicine, Semmelweis University ⁵, 1st Dept Medicine, University of Szeged ⁶

Peroxisome proliferator-activated receptor gamma (PPARγ), is a ligand-activated transcription factor which regulates gene expression. PPARγ is highly expressed in the colon, inhibiting the NF-κB activated pathway, an anti-inflammatory effect of PPARγ is observed. 5-aminosalicylic acid (5-ASA) is a PPARγ ligand which can induce inflammatory genes repression.

Our goal was to characterize some of these SNPs in a cohort of Crohn's disease (CD), ulcerative colitis (UC). A Hungarian Cohort study of 629 CD and 103 UC patients and 491 controls were investigated.

We examined two PPARγ SNPs: Pro12Ala (exon B) and His447His (exon 6). The Pro12Ala (rs1801282) is a non-synonymous polymorphism; in which cytosine/guanine transition causes a proline/alanine substitution. The His447His (rs3856806) is a synonymous SNP where the cytosine/thymine transition does not cause amino acid substitution.

The genomic DNA was isolated from whole blood. For the genotyping we ran TaqMan assays on ABI HT7900 QPCR instrument.

The genotype frequency, Hardy-Weinberg (H-W) equilibrium (Fisher exact test) and odds ratios (OR) with 95% confidence interval were calculated.

In the case of rs1801282, we found significant difference in the allele frequency between CD and control group (p=0.026). However we got high odds ratio (OD) value 13.9, it was not significant (CI 0.767- 251.6). When we analyzed the diseased patients (CD+UC vs control), we found association of the major allele as risk factor (OD 5.3, CI 1.005-27.005, p=0.02). Analysis of rs3856806, results did not show association to the disease.

We found the minor allele of Pro12Ala, which cause a proline alanine substitution in exonB, has protective effect in homozygote genotype.

The effect of His447His SNP, a synonymous polymorphism with cytosine (C) to thymine (T) transition is unknown. Our results show a slight protective effect of T allele when we compared healthy patients to diseased patients, but we did not find any significant association when separated the CD and UC groups.

127.

FIVE YEARS EXPERIENCE OF PEGYLATED INTERFERON (PEG-IFN) PLUS RIBAVIRIN (RBV) THERAPY IN CHRONIC HEPATITIS C

Pálvölgyi A., Korom T., Nagy L., Árva M., Wittmann T., First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary

Introduction: PEG-IFN combined with RBV is currently regarded as the best antiviral treatment for chronic hepatitis C (CHC). Aim: To survey our experience with this treatment modality between 2004 and 2009.

Patients and methods: The pts were treated for 12 months with once-weekly injections of PEG-IFN combined with 1.0-1.2 g RBV daily. To date, 222 pts were enrolled in this course of therapy and the 6 months follow-up period. One hundred and fifty-five (70%) had not participated in previous IFN treatment (88 women, 67 men, age range (17-65 years, mean: 46.8 +/- 9.7), bodyweight 40-120 kg (mean: 75.4 +/- 15.0). Sixty-seven (30%) had taken part in various previous treatment modalities, which had proved unsuccessful, e.g. IFN monotherapy, PEG-IFN monotherapy, standard IFN + RBV therapy or PEG-IFN + RBV therapy (36 women, 31 men, age range (23-63 years, mean: 46.8 +/- 9.7), bodyweight 40-120 kg (mean: 75.4 +/- 15.0). Of the 155 treatment-naïve pts, 115 (74.2%) completed the course of therapy, while 40 (25.8%) dropped out because of the "stopping rule" (25), the spontaneous cessation of therapy (3) or various adverse events (12), such as septic infections, photosensitivity, hyperthyroidism, psychiatric disorders or cytopenias.

Results: Among the treatment-naïve 155 pts, 69 pts (44.5%) displayed a sustained virological response (SVR). On the other hand, there was a SVR in only 15 of the 67 previously unsuccessfully treated pts (22.4%). A PEG-IFN dose reduction was necessary in 19 treatment-naïve pts because of neutropenia or thrombopenia, and a RBV dose reduction was needed in 44 treatment-naïve pts because of anemia, as compared with 4 and 11, respectively, in the previously unsuccessfully treated group.

Conclusions: This survey of our data demonstrates that this treatment modality with PEG-IFN + RBV may be effective in around half of treatment-naïve CHC pts and in a somewhat smaller proportion of previously unsuccessfully treated CHC pts. The side-effects are mostly tolerable. An RBV dose reduction was necessary more often than in the case of PEG-IFN

126.

TRYPSIN INHIBITS A CHLORIDE INDEPENDENT PANCREATIC DUCTAL BICARBONATE SECRETION VIA PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR 2

Pallagi P.¹, Rakonczay Z.¹, Takács T.¹, Venglovecz V.², Lonovics J.¹, Wittmann T.¹, Borka K.³, Özsvári B.¹, Sahin-Tóth M.⁴, Hegyi P.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³, Department of Molecular and Cell Biology, Goldman School of Dental Medicine, Boston University, Boston, MA, USA. ⁴

Background: Low doses of ethanol and bile acids stimulate pancreatic ductal bicarbonate secretion, whereas in high concentrations they will cause global inhibition of ion transport.

Aim: To investigate the effects of trypsin on pancreatic duct cells. Methods: Pancreatic protease-activated receptor 2 (PAR2) expression was determined by immunohistochemistry. Intracellular pH (pHi) and Ca2+ concentration ([Ca2+]i) were measured on isolated intra/interlobular microperfused guinea pig pancreatic ducts by microfluorimetry.

Results: PAR2 expression was found on the luminal membrane of intralobular, but not on interlobular ducts. Luminal administration of trypsin or PAR2 activating peptide (AP) had no effect on pHi in HCO3--free solution, however in the presence of HCO3-, a marked pHi elevation was observed suggesting an inhibitory effect of a HCO3- efflux mechanism. Removal of extracellular Cl- did not diminish the level of alkalosis caused by trypsin or PAR2-AP. Trypsin and PAR2-AP, even at low concentrations, activated Ca2+ signaling from the basal and luminal membranes of duct cells. The soybean trypsin inhibitor or the Ca2+ chelator BAPTA-AM totally blocked the effect of trypsin on [Ca2+]i, whereas Ca2+-free external solution did not prevent this effect.

Conclusion: Our results suggest that the inhibition of pancreatic HCO3- secretion during the onset of acute pancreatitis may be mediated by the activation of PAR2.

This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

128.

NOVEL TREATMENT FOR WALLED-OFF NECROSIS (WON)

Pap Á., Burai M., Tarpay Á., Dept. of Gastroenterology/Endoscopy, National Institute of Oncology, Budapest

WON in necrotising pancreatitis is established by a thickened wall without epithelial living between the necrosis and the adjacent surviving tissue. For decompression of this fluid collection it is recommended to implant at least two 10F drains with nasocystic drain for continuous lavage. The most common complication is occlusion of the drains with debris.

Case I: a 75 years old female was admitted to the hospital for acute necrotising pancreatitis some weeks earlier. WON occurred at the tail of pancreas with sepsis, and an EUS guided cystogastrostomy was performed. The irregularly shaped pancreatic collection was punctured at the fundus of the stomach with a needle knife. Using a stiff guidewire we have dilated the opening with a 8mm ballondilator, and we have placed a 10mm diameter covered metal stent into the anastomosis. We have fixed the stent to the gastric wall with a clip, then placed a 5F nasocystic drain into the lumen for lavage. At the same time we have introduced another guidewire into the jejunum through the working channel of the scope for jejunal feeding tube placement. The patient became feverless, and ameliorated gradually. Later on gastric perforation occurred and the old lady died from surgical complications.

Case II: a 44 years old male presented with acute necrotising pancreatitis. Despite of long lasting jejunal feeding a 10cm diameter WON developed. It was not bulging into the stomach and the thickness of the wall was more than 2 centimeters, thus EUS guided drainage was chosen. After implantation of two 10F pigtail stents with a nasocystic drain, high fever occurred, so we have implanted further 2 stents. In spite of tailored antibacterial treatment the fever continued, so we decided to change the 4 pigtail stents for a 2,2cm wide uncovered intestinal metal stent with nasocystic drain. After 8 weeks with continuous lavage the WON regressed and we have removed the stent without complications.

Conclusion: Selfexpandable metal stents give a large outlet of WON for successful lavage of debris and infected materials. However, thorough supplementary treatment with tailored antibiotics and jejunal feeding is mandatory.

129.

CENTRAL AND PERIPHERAL MECHANISMS INVOLVED IN THE AGMATINE-INDUCED GASTROPROTECTION IN THE RAT

Pap B., Kirsch P., Zádori Z., Shujaa N., Gyires K., Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet, 1089, Budapest, Nagyvárad tér 4.

Introduction: In 1994 the biosynthesis of agmatine in mammalian brain has been reported. Agmatine was described as an endogenous ligand of the imidazoline binding sites, however, several data indicates that it can also interact with numerous other receptors, like α 2-adrenoceptors, NMDA- or serotonin 5-HT3 receptors. It is widely distributed in the CNS and exerts several central (e.g. antidepressant or anxiolytic) effects. Moreover, agmatine and imidazoline receptors have also been identified in the gastrointestinal tract.

Aims: We analysed the effect of centrally injected agmatine on gastric mucosal injury induced by a necrotizing agent.

Methods: The ethanol-ulcer model was used. After 24 h starvation, male Wistar rats were given 0.5 ml acidified ethanol orally. The mucosal lesions were evaluated 1 h later. Agmatine was given intracerebroventricularly (i.c.v.) 10 min before the ethanol challenge. Antagonists were injected peripherally (s.c. i.v. or per os) or centrally (i.c.v.) before the administration of agmatine.

Results: 1. Agmatine induced dose-dependent gastroprotective effect after central (0.044 - 1.76 nmol/rat i.c.v.) administration. 2. The imidazoline I1 receptor antagonist efaroxan (4 nmol/rat i.c.v.) as well as the non-selective α 2-adrenoceptor antagonist yohimbine (5 μ mol/kg s.c.) antagonized the agmatine-induced mucosal protection. 3. Similarly, the effect of agmatine was abolished after bilateral cervical vagotomy. 4. The nitric oxide synthase inhibitor N(G)-nitro-L-arginine (L-NNA, 13.7 μ mol/kg i.v.) and the cyclooxygenase inhibitor indomethacin (56 mmol/kg p.os) also reduced the protective effect of agmatine.

Conclusions: Agmatine via activation of central imidazoline I1 receptors and α 2-adrenoceptors may initiate a chain of events which result in the gastric mucosal protection. The effect is conveyed by the vagal nerve to the periphery, where nitric oxide and prostaglandins may mediate it.

130.

INCREASED IL-10, TNF- α , IFN- γ PRODUCTION OF ACTIVATED NK CELLS IN CHRONIC HCV INFECTION

Pár G.¹, Szereday L.², Miseta A.³, Hegedűs G.⁴, Szereday Z.⁴, Vincze Á.¹, Pár A.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pécs², Department of Laboratory Medicine, University of Pécs³, Department of Pathology, Baranya County Hospital, Pécs, Hungary⁴

Background: Altered NK cell activity in chronic HCV infection is still controversial, since both impaired and intact NK cell function have been described. The aim of the study was to analyse cytokine production of activated NK and cytotoxic T cells in patients with chronic hepatitis C infection compared to healthy controls.

Methods: Twenty patients with chronic HCV infection (10 chronic HCV hepatitis, 10 HCV RNA+ patients with normal ALT) and 10 healthy controls were enrolled. CD56+CD3- NK cells, and CD8+CD3+ cytotoxic T cells were separated by magnetic beads from peripheral blood and after PMA+ionomycin stimulation their IL-2, IL-4, IL-5, IL-10, TNF α , IFN γ production were determined by FACS-CBA assay.

Results: NK cells produced significantly higher amount of IL-10, TNF α , IFN γ in chronic HCV hepatitis (IL-10: 3 ng/ml, TNF α : 1184 ng/ml, IFN γ : 1219 ng/ml) compared to controls (IL-10: 1 ng/ml, TNF α : 496 ng/ml, IFN γ : 1022 ng/ml). Activation of the cytotoxic T cells resulted in increased production of all cytokines in chronic HCV hepatitis (IL-2: 1707 ng/ml, IL-4: 92 ng/ml, IL-5: 207 ng/ml, IL-10: 20.2 ng/ml, TNF α : 1262 ng/ml, IFN γ : 1016 ng/ml) compared to controls (IL-2: 1375 ng/ml, IL-4: 9.3 ng/ml, IL-5: 32.5 ng/ml, IL-10: 5.9 ng/ml, TNF α : 524 ng/ml, IFN γ : 974 ng/ml). NK cell and cytotoxic T cell IL-4, IL-10, TNF α production were significantly higher in HCV RNA+ patients with normal ALT compared to chronic HCV hepatitis patients.

Conclusion: In chronic HCV hepatitis activated NK cells IL-10, TNF α and IFN γ production was enhanced. Since in chronic HCV infection, normal ALT was associated with increased IL-4, TNF α production of NK cells and increased IL-10 production of cytotoxic T cells, it suggests that the cytokine production of these cells might play important role in the pathogenesis of liver inflammation.

131.

DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL, GASTRIC AND DUODEAL CAUSTIC BURNS IN CHILDHOOD

Pásztai I.¹, Bazsika A.², Máté M.³, Bitvai K.⁴ Pediatric and Traumatological Surgical Department of Saint John's Hospital¹, Pediatric Intensive Care Unit of Saint John's Hospital², Intensive Care Unit of Heim Pál Children's³ Hospital, Radiological Department of Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary

In the Pediatric Surgical and Traumatological Department of Heim Pál Children's Hospital and the Pediatric Surgical and Traumatological Department of Saint John's Hospital 350 endoscopies of the upper intestinal tract were performed on 195 patients (from 1992 to May 2002 in Heim Pál and from June 2002 to December 2008 in Saint John's Hospital) patients were given nil by mouth, but treated by total parenteral nutrition until diagnostic endoscopy had performed within 6-36 hours after ingestion. All endoscopies were performed under general anaesthesia using fiberoptic Olympus (XP20, XP160) endoscope inspection of the esophagus, stomach and duodenal bulb. The chest X ray before endoscopy were performed. Severity of lesions was values according to Holinger. The 1st degree: Mucosal hyperaemia, edema, superficial sloughing. The 2nd degree: Mucosal transmucosal ulceration, exudation extension into muscle. The 3rd degree: Ulcers and necrosis of all layers, perforation into periesophageal tissue, mediastinitis, peritonitis potentially. Further therapy depended of the degree of lesions. The 1st: diet, H2 blockers, antacids, cortisone (3 days). The 2nd degree: parenteral nutrition (C.V.C) Catheter (stomach, duodenum, jejunum) using early enteral feeding, antibiotics, cortisone (initial 4 mg/kg/die (3 days), 2 mg/kg/die 3 weeks, H2 blockers, antacids. The 3rd degree: parenteral feeding (C.V.C.), early enteral feeding by catheter, antibiotics, cortisone, antacids, gastrostoma, endless thread for further bouginage. The patient's age were 6 months to 14 years. 1st degree 15.2%, 2nd degree 73.4%, 3rd degree 11.4%. Endoscopic control after 5- to 7 days, 2 weeks, 3 months after injury. Operative treatment (8 P) (esophageal replacement) were performed by resection of esophagus, gastric interposition (retrosternal, right chest), colon interposition (retrosternal), GEA, antropyloroplasty, gastrostomy. Early upper endoscopy is the most effective investigation for the classification of caustic burns.

132.

RECIDIVÁLÓ HEVENY PANCREATITIS RITKA ETIOLÓGIÁVAL

Péceli A.¹, Pák G.¹, Horváth Ö.², II. Belgyógyászat Vasváry Kórház Esztergom¹, Pécsi Tudományegyetem Sebészeti Klinika²

A szerzők egy fiatal nőbeteg esetét mutatják be, akinél a több alkalommal előforduló heveny pancreatitis hátterében egy ritka fejlődési rendellenesség került igazolásra.

A 25 éves nőt sürgősséggel, zsíros étel fogyasztását követően kialakult heveny pancreatitis miatt vettük fel osztályunkra 2007. júniusában. Kórelőzményében különösebb megbetegedés ezt megelőzően nem szerepelt. Alkalmazott terápia mellett állapota gyorsan javult, képalkotó vizsgálatok negatív eredménnyel zárultak, a szóba jöhető okok közül elsősorban fertőzős eredet merült fel, szerológiai vizsgálattal azonban ezt alátámasztani nem tudtuk. 2008. áprilisában ismételt heveny pancreatitis miatt kerül felvételre, ekkor azonban a képalkotó vizsgálatok már cholelithiasisra utaltak, a szövegben a diverticulum kivizsgálásunk során a duodenum leszálló szájától kezdődő, a pars horisontalis inferiorig mintegy 7 cm hosszan terjedő duodenum diverticulumra derül fény. A diagnózis képalkotókon alapult, ez alapján került sor a műtéti indikáció felállítására. A beteget más intézménybe irányítottuk, ahol a műtét során többszörös fejlődési rendellenességet találtak: a duodenumban intraluminalisan elhelyezkedő diverticulum mellett inkomplett pancreas anulare, valamint a Treitz szalagnál belső sérv került igazolásra. A diverticulum resectióját és a sérv ellátását követően a beteg máig panaszmentes.

133.

NYELŐCSŐ DAGANATOS BETEGEKNÉL A NEOADJUVÁNS CÉLÚ KONKOMITTÁNS KEMO-IRRADIÁCIÓS KEZELÉSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Petrányi Á.¹, Székely J.², Kupcsulik P.³, Tamas K.¹, Ágoston P.², Farkas M.¹, Babics J.¹, Németh H.¹, Bodoky G.¹

Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház és Rendelőintézet, Onkológiai Osztály, Budapest¹, Országos Onkológiai Intézet, Sugárterápiás Osztály, Budapest², Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Sebészeti Klinika, Budapest³

Célkitűzés: Retrospektív vizsgálatunk során a nyelvcsődaganatos betegeknél a neoadjuváns, concomittáns kemo-irradiáció hatékonyságát, tolerálhatóságát, biztonságát, valamint a helyileg előrehaladt betegek operábilissá válásának arányát kívántuk felmérni.
Módszerek: 2005. április 1. és 2009. március 15. között osztályunkon és az OOI Sugárterápiás Osztályán 50 (39 (78%) fí, életkor:44-77 év, medián: 60 év valamint 11 (22 %) nő, életkor 57-72 év, medián: 65 év) az SE I. Sebészeti Klinikán történt konzultáció után szövettannal igazolt nyelvcső rosszindulatú daganatos betegnél alkalmaztunk neoadjuváns célú kemo-irradiációs kezelést.

Eredmények: A szövettani eredmény 34-nél (68 %) planocell.cc. 14-nél (28 %) adenoccc. és 2 beteg (4 %) esetében rosszul ill. alacsonyan diff. cc. volt. 9 (18 %) felsőharmadi, 19 (38 %) középsőharmadi és 20 (40 %) esetben alsóharmadi kiindulású volt a daganat, 2 (4 %) esetben kettős tumor igazolódott. 17 (34 %) esetben volt a daganat a kezelés megkezdésekor a TNM klasszifikáció alapján II. stádiumú, ezek közül 13 (76 %) esetben történt meg a műtét, ebből 1 esetben a műtét során irresecabilisnak bizonyult a folyamat. 2 beteg a neoadjuváns kezelést követően a műtétbe nem egyezett bele, 1 esetben pulmonalis áttétek kerültek kimutatásra. 33 (66 %) esetben a TNM klasszifikáció szerint III. stádiumú folyamat miatt kezdtük a neoadjuván kombinált kezelést. 5 (15 %) esetben a beteg a kezelést mellékhatás vagy állapotrosszabbodás miatt nem tudta komplettnélni, 18 (54.5 %) esetben került műtetre sor, melyből 2 esetben volt a folyamat irresecabilis, R0 rezekció 14 betegnél volt elvégezhető. Perioperatív halálozás 1 (2 %) betegnél következett be. Az összes betegre vonatkoztatva komplett remisszió 7+2 (18 %) esetben igazolódott, melyből 2 esetben azonban a beteg a műtétől a kontroll vizsgálatot követően elzárkózott.

Konklúzió: Tapasztalataink alapján nyelvcsődaganatos betegeknél a neoadjuváns kemo-irradiáció hatékony, jól tolerálható kezelés. Betegeink 18 %-nál a kombinált kezelést komplett remissziót eredményezett.

135.

LOCALIZATION OF SUBSTANCE P WITH TUMOR NECROSIS FACTOR-ALPHA IN THE IMMUNOCYTES IN THE EXPERIMENTAL GASTRITIS

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

Background: Increasing evidence indicates that the substance p (SP) is involved in the immune system, increasing the release of the multifunctional cytokine tumor necrosis factor alpha (TNF- α) and influencing the inflammation of the gastrointestinal tract. The aim was to investigate the immunoneural communication in experimental gastritis. Confocal laser microscope was used to help to assess the functional identity of colocalization of SP and TNF- α in the immunocytes.

Methods: Iodoacetamide-induced gastritis was used in the rats. Primary antibodies of SP and TNF- α were developed in rabbit. For detecting the colocalization of these antigens in the immunocytes SP labeling with secondary fluorescein (FITS) conjugated donkey anti-rabbit IgG antibody (green), followed by secondary antiserum raised in donkey (Alexa) for TNF- α (red) were used. The data were quantitatively analyzed in terms of the cell counts.

Results: In the control gastric mucosa only the SP-containing fibres showed immunoreactivity and only a few immunocytes were positive for TNF- α . In gastritis the number of SP-IR fibres as well as the number of immunoreactive immunocytes (lymphocytes, plasma cells and mast cells) increased significantly ($P < 0.001$). A large number of immunocytes (lymphocytes, mast cells, macrophages) showed immunoreactivity also for SP and TNF- α . Confocal laser microscope investigations revealed that dense green reaction end products were distributed throughout the cytoplasm of some immunocytes and the red reaction was absent, where in the other immunocytes the reaction was opposite. The colocalization of SP and TNF- α was also demonstrated in some of them: 23,9% $\pm$ 1,30% immunocytes were immunoreactive for both SP and TNF- α .

Conclusions: SP release from the immunocytes together with TNF- α can multiply the development of a gastric inflammation. The increase of TNF- α might probably further maintain the inflammatory processes. The strong inhibition of TNF- α production with SP antagonists could be important in future therapy for inflammatory diseases.

134.

ADENOKARCINÓMÁK ANTI-EGFR TERÁPIÁJÁNAK PREDIKCIÓJA SZOMATIKUS (KRAS ÉS EGFR) MUTÁCIÓK SZEKVENÁLÁSSAL TÖRTÉNŐ DETEKTÁLÁSÁVAL

Pintér F.¹, Szabó E.¹, Kánya M.², Pápay J.², Kövesdi A.¹, Várkonyi E.¹, Sági Z.², Micsik T.², Koper L.², Schwab R.¹, Peták I.¹ KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest²

2004 novembere óta végezzük archivált tumoros minták szomatikus mutációinak (EGFR, KRAS) rutinszerű vizsgálatát PCR reakciót követő szekvenálással, célzott anti-EGFR terápia prediktív diagnosztikájaként. 2007 októberé óta a klinikusok leginkább a K-ras gén mutációs vizsgálatát igénylik, legtöbbször bél- és tüdő adenokarcinómák esetében. 378 mintát vizsgálva 95%-ban (359 esetben) volt sikeres a KRAS mutáció vizsgálata. Utóbbi mutáció gyakorisága a béladenokarcinómákban 44,7%-os (34/76), a tüdőadenokarcinómákban 18%-os volt (51/283). A tüdődaganatok esetében a gyakoriság nagy összefüggést mutatott a dohányzási anamnézissel: dohányosokban a mutáció gyakorisága 35% (19/54), míg a sosem dohányzottakban 8,9% (4/45) volt. Az EGFR gén mutációs státusa reciprok összefüggést mutatott a dohányzási anamnézissel: dohányosokban a mutáció gyakorisága 4% (2/51), míg a sosem dohányzottakban 42% (13/31) volt. A bél- és a tüdőadenokarcinómák KRAS mutációs mintázata jelentős eltérést mutatott: Béladenokarcinómák esetében a G35T, G35A, G38A volt a három leggyakoribb mutáció, a hét leggyakrabban vizsgált mutáció aránya (12. kodon mutációi + G38A=G13D) 94% (32/34) volt. Tüdőadenokarcinómák esetében a G34T, G35T, G37T volt a három leggyakoribb mutáció és az említett hét mutáció aránya csak 82% volt (42/51). Béladenokarcinómák EGFR-gátló terápia hatékonyságának előrejelzésében a KRAS mutáció vizsgálata – a tüdőkarcinómák esetétől eltérően – nagy jelentőséggel bír.

136.

HUMÁN FOGGYÖKÉRHÁRTYA EREDETŰ PROGENITOR SEJTEK IN VITRO IDEGI DIFFERENCIÁLTATÁSA

Porcsalmy B.¹, Király M.¹, Szabó E.¹, Molnár B.², Gera I.², Bernhard G.⁴, Gerber G.³, Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Parodontológiai Klinika, Budapest², Semmelweis Egyetem, Szövet és Fejlődéstan Intézet, Budapest³, CIHR Group in Matrix Dynamics, University of Toronto⁴

Bevezetés: Szöveti őssejtek/progenitor sejtek jelenléte mutatható ki a legújabb kutatások szerint fogeredetű szövetekben, így a parodontális ligamentumban. Vizsgálataink során primer sejtenyésztet kívántunk létrehozni emberi fog gyökérhártya szövetből. Ebben klonogén, progenitor tulajdonságokkal bíró sejteket igyekeztünk azonosítani. Ezt követően megvizsgáltuk a sejt kultúrák differenciálódási képességét.

Anyag és módszer: A sejteket emberi bölcsességfogak gyökérhártyájából izoláltuk. A szövetenyésztést standard körülmények között végeztük. Az oszteogén differenciálódást korábban kidolgozott protokollok felhasználásával indukáltuk. Neuronális differenciálathoz 5-azacytidin kezelést követően az intracelluláris cAMP szint megnövelésével (IBMX, forskolin, dbcAMP), a PKA-PKC rendszer aktiválásával (TPA), továbbá növekedési faktorokkal történő kezeléssel (bFGF, EGF, NGF és NT3) indukáltuk a sejteket, majd neurogén médiumban (Neurobasal) idéztük elő további érésüket. Eredmények: A PDLSC sejtek elnyújtott, fibroblast-szerű morfológiát mutattak. Ezek a tenyészetek több passzálon keresztül képesek megőrizni a proliferációs képességüket. Oszteogén médium hatására mineralizálódást tudunk kimutatni kalcium tartalmú depozitok festésével. Neurogén indukciós protokollunk idegsejtekre emlékeztető morfológiai kép megjelenését eredményezte. Kimutattuk, hogy a mesenchymalis vimentin mellett korai neuronális markerek (N-tubulin, nestin) is expresszáálódtak már a differenciálatlan sejtenyésztetben is. Emellett minimális szinten a késői neuronális markerek (NFM, NSE) is detektálhatóak. Az idegi differenciáltság ideje alatt ezek szintje jól követhető módon, differenciálisan változott.

Megbeszélés: Eredményeink azt mutatják, hogy az emberi parodontális ligamentum idegi differenciálódásra is képes sejt populációt tartalmaz. Folyamatban lévő kutatásaink célja, ezen sejtek patch clamp technikával történő vizsgálata során, igazolni, hogy a morfológiai változások összhangban vannak-e a funkcionális tulajdonságokkal.

Köszönetnyilvánítás: A munka az OTKA támogatásával készült (61543 és 67250)

137.

URGENT ERCP REDUCE COMPLICATIONS IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Pozsár J., Sahin P., Brandhuber L., Kövesdi Z., Topa L., Szent Imre Kórház, Gasztroenterológia, Budapest

Background: Acute biliary pancreatitis (ABP) is a serious complication of biliary stones disease and is associated with relative high mortality. Early endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) with endoscopic sphincterotomy (EST) has been advocated to reduce complications in patients presenting with ABP. In this study we're going to demonstrate the importance of urgent ERCP in patients with acute biliary pancreatitis.

Methods: 78 patients (♂37/♀41) from Jan. 2006. to Dec 2008. were revised. We collected data of age, hospital stay, duration between admission and urgent ERCP, the complications, the necessity of intensive care and surgery intervention. Both severe (Ranson score ≥ 3) and mild (Ranson score= 1-2) ABP were included. Patients were divided into three groups by the duration between admission and successful urgent ERCP. (1.group: $t < 12$ h, 2. gr.: $t = 12-24$ h, 3. gr.: $t > 24$ h) and compare them to mean hospital stay, the percent of patients who had complications, necessity of intensive care and surgery intervention.

Results: First group: 31 patients (15/16), on average 55,35 years old, mean hospital stay 10,84 days, in 32,26 % of the cases occurred complications, 6 patients (19,35%) required intensive care and 1 patient (3,22%) surgery intervention. Second group: 28 patients (12/16), on average 57,07 years old, mean hospital stay 16,75 days, in 42,86 % of the cases occurred complications, 8 patients (27,57%) required intensive care and 6 patients (21,05%) surgery intervention. Third group: 19 patients (10/9), on average 63,89 years old, mean hospital stay 10,42 days, in 52,63 % of the cases occurred complications, 4 patients (21,05%) required intensive care and 1 patient (5,26%) surgery intervention.

Conclusion: Urgent ERCP significantly reduce complications in acute biliary pancreatitis, and also narrow the hospital stay. The necessity of intensive care and surgery intervention could be decreased too.

139.

INCREASED SERUM CHROMOGANIN A LEVEL AFTER SHORT-TERM PROTON-PUMP INHIBITOR THERAPY

Pregun L., Herszényi L., Miheller P., Juhász M., Lakatos G., Hritz L., Rácz K., Tulassay Z., 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

Background: Chromogranin A (CgA) has been shown to be a useful marker in the diagnosis of neuroendocrine tumours (NETs). Enterochromaffin-like (ECL) cell hyperplasia secondary to hypergastrinemia also leads to increase of serum CgA. It's well established that medium- or long-term proton-pump inhibitor (PPI) therapy significantly increases serum CgA via hypergastrinemia, but the effect of short-term PPI treatment (as used during PPI-test) has been scarcely evaluated.

Aim: To analyze the effect of short-term PPI therapy on serum CgA levels.

Patients and methods: Fourteen patients with newly diagnosed erosive reflux esophagitis (5 males-9 females, mean age 50 years, range 30-68) were enrolled in this prospective study. Pathologic conditions associated with elevated CgA levels (e.g. renal insufficiency, malignancy, atrophic gastritis) were excluded. Esomeprazole therapy (40mg once daily) has been started after upper gastrointestinal endoscopy. Serum CgA levels were determined in all subjects after 12 hours fasting before (0.day), after one day (1.day), five days (5.day), ten days (10.day) and twenty-eight days (28.day) of PPI therapy. A solid phase, two site immunoradiometric assay (CIS Bio International, Gif-Sur-Yvette, France) was used for the determination of serum CgA levels. Statistical analysis with Kruskal-Wallis test (nonparametric ANOVA) was performed. P value of $< 0,05$ was considered significant.

Results: CgA level (mean, $\pm$ S.D.) was $62,03 \pm 46,14$ ng/ml before starting PPI therapy (0. day) and a significant stepwise increase was observed during the study period (1.day: $97,49 \pm 86,17$ ng/ml; 5.day: $132,73 \pm 132,2$ ng/ml; 10.day: $158,13 \pm 146,15$ ng/ml, 28.day: $193,53 \pm 181,1$ ng/ml, respectively) (Kruskal-Wallis, $P=0,0027$).

Conclusions: We demonstrate that CgA increases rapidly after PPI administration. This indirectly can suggest the rapid onset of gastric acid inhibition during PPI-test.

138.

SURGERY FOR LIVER AND BILIARY LEASIONS AT OUR DEPARTMENT BETWEEN 2005 AND 2008

Pörnczi B.¹, Gyökeres T.², Pap Á.³, Köveskúti Á.¹, Pápai Z.², Bursics A.¹, Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St.John of God in Budapest, Department of Surgery ¹, HM-ÁEK Department of Gastroenterology ², HM-ÁEK Department of Oncology ³

Introduction: Authors evaluate the experiences gained with liver and biliary tract surgery between June 2005 and December 2008.

Patients: During this period 38 patients were operated for liver or biliary tract lesion at our departments. 6 of these were benign whereas 32 were malignant. Amongst the malignant cases there were 8 gall bladder, 7 Klatskin, 4 primer hepatocellular carcinoma and 13 metastatic liver (colorectal, pulmonal, gynaecological) tumours. The benign cases were 1 echinococcal cyst, 1 liver adenoma and 4 haemangiomas.

Discussion: We performed 10 major anatomical resections: 6 right and 4 left hepatectomies of which 6 due to metastatic tumours and 4 due to primer HCC. Five patients had metastasectomies, 1 had trisegmentectomy. We performed 4 nonanatomical resections for haemangiomas and 1 pericystectomy for echinococcal cyst. 4 patients with Klatskin tumour had resection of the tumorous bile duct with hepato-jejunostomy. A 6 cm in diameter liver adenoma was accidentally recognised and laparoscopically resected during laparoscopic cholecystectomy. We treated 8 gall bladder tumours. 5 of those were T1 tumours accidentally diagnosed during the routine histological examination of laparoscopic cholecystectomy specimens. We did segmental liver resection for 2 other gall bladder tumours. We had 5 patients (1 gall bladder, 3 Klatskin and 1 metastatic tumor) where the disease was technically and/or oncologically inoperable. We experienced one major complication which required reoperation, and we lost one patient due to cardiac and hepatic insufficiency.

Conclusion: Liver and biliary tract surgery seems to be feasible and safe at our department.

140.

COLITIS ULCEROSÁHOZ TÁRSULÓ GRAMM NEGATÍV SZEPSZIS ÉS D.I.C. SYNDROMA

Rácz B.¹, Ilyés S.¹, Szalai L.¹, Guszó Z.³, Fazekas I.¹, Novák J.¹, BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, III. Belgyógyászat/Gastroenterológia ¹, BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, Patológia ², BMKT Pándy Kálmán Kórház Gyula, Endoszkópos Labor ³

Bevezetés: A szerzők egy 23 éves beteg kórtörténetét mutatják be, ahol a kivizsgálás során komoly differenciál diagnosztikai kérdések mellett, az életet veszélyeztető gramm (-) szepszis talaján D.I.C szindróma alakult ki. E colitis ulcerosás beteg kivizsgálása, kezelése és nyomon követése során szerzett tapasztalataikat taglalják.

Esetismertetés: A fiatal nőbeteg kezelését és kivizsgálását 1 hete tartó napi öt- hatszori időnként véres székletürítés miatt kórházunk fertőző osztályán kezdték el. IBD gyanúja merült fel, ezt az endoszkópia alátámasztotta, míg a hisztológia nem specifikus colitist véleményezett. A kezelés során átmeneti panasz és tünetmentesség, majd 3 hét után magas láz jelentkezett otthonában. Romló szomatikus állapot miatt került a Gasztroenterológiai osztályra felvételre. Az elvégzett kolonoszkópos vizsgálat colitis ulcerosa regresszióját igazolta. Míg a súlyos toxicus tünetek és a bal oldali hasi rezisztencia egyéb kórkép lehetőségére utalt (lymphoma, M.Crohn, abscessus). A klinikai képet tovább színezte egy Gramm (-) szepszis talaján kialakult DIC szindróma. Sebészeti beavatkozás nem jött szóba, csak konzervatív lehetett kezelni az aggasztó állapotban levő beteget. A steroid th. folytatása és a katasztrófa kombinációban alkalmazott antibiotikum, trombocytapótlás, friss fagyasztott plazma mellett végül a beteg láztalan lett. A később elvégzett enteroklysis CT a vékonybél Crohn betegségét nem támasztotta alá. Az endoszkópos és a hisztológiai eredmények újbóli feldolgozása és kiértékelése után a kiváltó ok nagy valószínűséggel colitis ulcerosa lehetett.

Összefoglalás: Esetünk igazolja, hogy a súlyos szövődőmyes colitis ulcerosa komplex klinikusi szemléletet igényel.

141.

COLON CANCER DETECTION BY A "RENDEZVOUS COLONOSCOPY"; SUCCESSFUL REMOVAL OF STUCK COLON CAPSULE BY CONVENTIONAL COLONOSCOPY

Rácz L., Jánoki M., Hussam S., 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr

Background: Although capsule retention is a known complication of small bowel capsule endoscopy initial studies with colon capsule endoscopy (CCE) have not reported any capsule retention or sticking neither in the small bowel nor in the colon. We report a complication of CCE when the stuck colon capsule was passed through the malignant colon stricture and removed by the aid of flexible colonoscope. **Case report:** A 76 year old woman with a history of percutaneous coronary stent implantation was admitted because of worsening dyspnea and cardiac chest pain. Medications included 75 mg clopidogrel and 100 mg aspirin daily. At admission the Hb was 4.8 g/dL. There was no hematochezia or melaena however the FOBT was positive. The patient received 6 units of packed red cells transfusion. EGD was negative for a source of bleeding. With the suspicion of large bowel bleeding origin the PillCam Colon capsule endoscopy (Given Imaging Ltd.) was chosen initially because of its noninvasive nature.

During the CCE procedure a real-time viewing was performed with Rapid Access Real Time Tablet PC to determine the location of the capsule. By this method an actively bleeding obstructive tumor mass was detected in the ascending colon which blocked the capsule passage for 2.5 hours. To avoid capsule retention and to complete the diagnosis colonoscopy was performed with a standard colonoscope. Colonoscopy revealed a 10 cm long ascending colon tumor leaving only a 10-12 mm lumen in diameter. The stuck capsule was caught by a polypectomy snare, passed through the tumorous stricture and finally removed from the colon without further complications.

Conclusion: The current case describes the usefulness of the real-time viewer system. Similar situations may occur during the forthcoming spread of CCE and the present case is an example how to manage the potentially risky stuck colon capsule condition.

142.

PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA MIMICKING PRIMARY RETROPERITONEAL FIBROSIS.CASE REPORT

Rédei C.¹, Eszes N.², Hajnal P.³, Máté M.³, Bálint A.³, Simon K.⁴, Pozsár J.¹, Topa L.¹, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Kórház, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, Budapest ², Általános Sebészeti Profil, Szent Imre Kórház, Budapest ³, Patológiai Osztály, Szent Imre Kórház, Budapest ⁴

Introduction: One of the defining feature of pancreatic ductal adenocarcinoma (PDA) is the presence of extensive desmoplasia. The volume of stroma production can be disproportionate relative to mass of the tumor. Primary retroperitoneal fibrosis (PRF) is characterized by progressive accumulation and spread of connective tissue in the retroperitoneal space often leading to entrapment of ureters and/or the distal part of the duodenum. The large amount of stroma can mimic the radiologic features of PRF. We present a case when the diagnosis of pancreatic ductal adenocarcinoma was delayed because of the tumor showed retroperitoneal spread and imaging studies were distinctive for PRF.

Case report: The past medical history of the 77 year old patient was significant for chronic renal failure of postrenal origin diagnosed one year before. The abdominal CT-scan performed six month ago was unremarkable except for focal stricture and upstream dilation of both ureters. After a relatively uneventful course during the past six months, the patient presented with abdominal distension and vomiting of five days period. Abdominal CT-scan revealed an extensive infiltration of the retroperitoneal space by a tissue with radiologic features characteristic for PRF. The fibrotic tissue involved the perirenal fascia, both ureters, and the third part of the duodenum. Duodenoscopy disclosed complete duodenal obstruction caused by an external compression at the level of ligament of Treitz. At surgery, a hard, fibrous tissue extending from the hepatic hilum down to the pelvis have been seen. The infiltrating tissue also entrapped the distal duodenum leading to its obstruction. Histologic evaluation of specimens taken at surgery showed features of fibroplastic PDA.

Conclusion: PDA may present as a extensive retroperitoneal fibrosing process without detectable intrapancreatic tumor on radiologic studies. Obstructive signs of any retroperitoneal organ (ie. ureters, duodenum) should raise the possibility of retroperitoneally expanding PDA.

143.

A BETEGNEK NEHEZEBB", KOMMUNIKÁCIÓS KÉSZSÉGFEJLESZTŐ TRÉNING

Rohánszky M.¹, Molnár M.², Főv.Önk.Egyesített Szt István Szt László Kórház ¹, Kecskeméti Onkoradiológiai Központ ²

A vizsgálat célja az onkológia területén dolgozó orvosok kommunikációs hatékonyságának fejlesztése a "rossz hír" függvényében, valamint érzelmi terhek feldolgozásának segítése. **Módszerek:**A vizsgálatban 22 orvos vett részt.A 30 órás tréning alapjául John Heron "hat kategóriájú felajánlások" rendszere szolgált.J.Heron rendszerében a cél a beteg önműködésének növelése, melyet az orvos tudása és a betegben rejlő lehetőségek felszínre hozása tesz lehetővé. Ennek szellemében autoriter és facilitatív készségeket sajátítanak el a hallgatók, valamint segítséget kapnak saját érzelmi működésük tudatosításához,az érzelmi terhek feldolgozásához.A készségek elsajátítását szerepjátékok és a játékok elemzése segíti. **Eredmények:**a vizsgálatban résztvevők átlag életkora 41.7 év,a Maslach féle burnout skálán(MBI)elért értékeik szerint:54.5%érzelmileg kimerült,36.3% magas depersonalizációs értékeket mutat,13.6% saját munkájával való elégedettség alacsony. A 10 fokú "Linkert skálán"önértékelésük szerint:kommunikációs készségükkel való elégedettség:7.4 átlagpontpont,a diagnózis közlés nehézségét 4.2 átlagpont jelzi,a kezelésváltás közlése 5.4,az állapot előrehaladása,romlása miatti kezelés befejezés közlése 6.2 átlagpont nehézségű. Az érzelmi kifáradás,kiégés megelőzésére alkalmazott tevékenységek között az aktív pihenés, testmozgás-sport, szociális és kulturális eseményeken való részvétel, a családi együttlét, esetmegbeszélések, megosztások, valamint az alkohol és az édességek fogyasztása a leggyakrabban megjelölt. A tréning befejezése után három hónappal nyomon követjük a kommunikációs nehézségek változásának szubjektív meg tapasztalt mértékét és a burnout értékek változását.

Konkluzió:Tapasztalataink szerint a John Heron féle,autoriter és facilitatív felajánlások rendszere hatékonyan alkalmazható a kommunikációs készségek fejlesztésére,a betegcentrikus attitűd erősítésére, ezen keresztül a páciensek gyógyulásban való aktív részvételének és együttműködésének befolyásolására. A burnout mérése mellett fontosnak mutatkozik a pszichés állapot mérése is.Ezzel kiegészítve folytatjuk tovább a vizsgálatot.

144.

"DIFFERENT FECAL MATRIX METALLOPROTEASE PROFILE IN ULCERATIVE COLITIS, INFECTIOUS DIARRHEA AND DIARRHEA PREDOMINANT IRRITABLE BOWEL SYNDROME PATIENTS

Róka R.¹, Annaházi A.², Gecse K.¹, Dabek M.², Ferrier L.², Eutamene H.², Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Fioramonti J.², Bueno L.², Wittmann T.¹ 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, UMR 1054 INRA/El-Purpan NGN Unit, Toulouse, France ²

Introduction: Our recent study demonstrated that in the absence of increased inflammatory markers in the stool, elevated fecal serine-protease activity could differentiate between patients with diarrhea predominant IBS (IBS-D) and subjects with ulcerative colitis (UC), therefore could have a diagnostic potential in IBS-D. Other proteases, the matrix metalloproteases (MMPs) have been implicated in tissue damage associated with inflammatory bowel disease, thus fecal MMP levels could also have theoretical benefit in the differential diagnosis of diarrhea.

Aims: The aims of this work were (i) to determine the level of MMPs (MMP 1, 2 and 9) in fecal samples from healthy controls, IBS-D and UC patients (pts), and pts with infectious diarrhea (INF), and (ii) to establish characteristic discriminative profile.

Methods: Fecal samples of healthy subjects (n=10), IBS-D (n=21), UC (n=18) and INF pts (n=12) were analyzed. MMP-1 was measured by fluorometric assay, while MMP-2, MMP-9 by ELISA. **Results:** MMP-1 (11.1±3.2 vs. 3.9±0.7 ng/mg protein) and MMP-2 (275.2±96.1 vs. 49.7±31.2) activities were significantly elevated in fecal supernatants of INF pts compared to healthy subjects (P<0.05). In contrast, no significant increase of MMP-1 and MMP-2 activities were found either in UC (5.0±0.7; 38.6±20.5, respectively) or in IBS-D pts (6.6±0.4; 16.4±10.2, respectively) in comparison with healthy subjects (P>0.05). MMP-9 was present in fecal supernatants from UC (4.2±2.6) and INF pts (8.8±5.8), while none of the samples from healthy subjects and IBS-D pts had any detectable expression of MMP-9.

Conclusions: While all fecal metalloproteases investigated are increased in infectious diarrhea, only MMP-9 is elevated in UC and none of them are significantly heightened in IBS-D. In diarrheic pts, the panel of fecal metalloproteases investigated exhibits a distinct profile depending on the nature of the disease underlining the interest of such biomarker screening in the assessment of the diagnosis.

145.

EXPRESSION OF PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-2 (PAR-2) IN BARRETT'S ESOPHAGUS

Rosztóczy A.¹, Németh I.², Izbéki F.¹, Vadász K.¹, Róka R.¹, Gecse K.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged²

Background: Protease-activated receptor-2 mediates a variety of gastrointestinal functional processes, including the ability to induce tissue regeneration and cell proliferation. The metaplastic process resulting in Barrett's esophagus is considered as a regenerative answer to mixed duodenogastric reflux. In our present preliminary study we hypothesized that PAR-2 may have a role in the metaplastic-dysplastic changes in the columnar lined esophagus. Materials and methods: Mucosal biopsy samples were taken during upper gastrointestinal endoscopy from 57 patients with endoscopically suspected esophageal metaplasia. Sixteen patients had cardia/oxynthic (CO), 18 had intestinal metaplasia (IM) without dysplasia, 12 had IM with low grade dysplasia (LGD), and 11 had IM with high grade dysplasia (HGD) or adenocarcinoma. PAR-2 expression was determined by immunohistochemistry and scored blindly, by two independent pathologists from 0 to 4.

Results: PAR-2 expression in CO metaplasia was significantly lower than in IM (1.19±0.24 vs. 1.78±0.10, p<0.01). Patients with IM dysplasia had further increase in their PAR-2 expression (LGD: 2.83±0.21, HGD/adenocarcinoma: 3.36±0.20, p<0.01 to IM without dysplasia). Correlation analysis showed a significant association between PAR-2 expression and the histological stage of the disease (p<0.001).

Conclusion: The marked presence of PAR-2 in esophageal metaplasias and its correlation with the histological stage may refer to the importance of PAR-2 in the metaplasia-dysplasia sequence of esophageal carcinogenesis.

The study was organized by the South Hungarian Regional Surveillance Group for the Study of Barrett's Esophagus (B Bod, L Czákó, J Csanádi, K Csefkó, Zs F.Kiss, P. Fritz, C Góg, J Hudák, K Intzedy, K Jármay, Zs Kálló, M Karácsony, Gy Lázár, Zs Lénárt, K Lovik, T Molnár, F Nagy, L Oczella, A Paszt, S Radics, L Szalay, K Szentpáli, A Szepes, Z Szepes, Gy Szlovák, A Tiszai, A Titz, M Varga, A Váry, J Zombori). Grant support: ETT T02-515/2006.

146.

MELLKASBA TÖRŐ PANCREAS PSEUDOCYSTA - ESETISMERTETÉS

Rusznay K.¹, Schäfer E.¹, Bursics A.², Gyökres T.¹, Banai J.¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, Budai Irgalmasrendi Kórház, Sebészet²

Egy 60 éves, évek óta ismert epekövességben szenvedő nőbetegben diétahibát követően acut biliaris pancreatitis alakult ki. A más intézetben kezelt necrotizáló folyamat a fej-test és test-farok régióban pseudocystákat képzett, mely nasojejunalis szondatáplálás mellett a kontroll UH-ok tanúsága szerint (CT, ERCP nem történt) felszívódott. Halasztott LC során abscedáló, ulcero-phlegmonosus cholecystát távolítottak el. A beteg felvételére folyamatos felhási panaszai miatt került sor intézményünkbe. A CT-n, az aorta körül és az ismert hiatus hernia mentén a mediastinumba törő, valamint paracolicus, pararenalis lecsorgást mutató, mellüregi folyadékkal társuló többrekeszes pseudocysta rendszert igazolt. Nasojejunalis szondatáplálás, octreotide, antibiotikus kezelés mellett javulást nem észleltünk. ERCP során pancreas divisum igazolódott, a sekunder papillába azonban elővágás ellenére több alkalommal sem sikerült bejutnunk. A mellkasi, nagy amiláz tartalmú folyadék miatt bilaterális mellüri drainage történt, mely később ismételt visszateleldött. Konzervatív terápiánk eredménytelensége miatt minimal invazív eljárással retroperitonealis cysta feltárását, külső cystadrainage-t végeztünk, ezt követően később hozzátápláltuk, diétáját felépítettük. CT továbbra is portális nyomásfokozódás jeleit: splenomegáliát, kiterjedt kollaterális képződést, thrombotizált v. lialist verifikált, azonban pseudocystái és pulmonalis statusa regrediált. Külső cysta drainjét az ürülő bennél amylase tartalma, volumencsökkenése alapján fokozatosan kifelé húztuk, majd közel nullás outputot elérve eltávolíthatuk 4 hónapos kezelés után.

Összefoglalás: A beteg 14 hónapig állt kezelés alatt, több alkalommal hospitalizálva. Amennyiben már kezdetben CT vizsgálatot végeznek képalkotóként, előbb felfedezésre kerülhetett volna a többrekeszes pseudocysta rendszer, így annak adekvát kezelése korábban kezdődhetett volna. Türelmes konzervatív kezeléssel, beteg általános állapotának megerősítésével a beteg egy lényegesen kisebb megterheléssel járó műtéti eljárással sikeresen gyógyult.

147.

PARENTERAL NUTRITION SUPPORT: IS THERE A CHANCE BEYOND INTENSIVE CARE UNITS?

Sahin P.¹, Futó J.², Bajor J.³, Molnár C.⁴, Kriván G.⁵, Fenyvesi A.⁶, Hamvas J.⁷, Rédei C.¹, Aradán A.¹, Topa L.¹, Department of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest¹, Casualty Department, Central Operating Theatre and Anaesthesiology Service, St. Imre Hospital, Budapest², Department of Medicine and Gastroenterology, Baranya Country of Hospital³, Department of Gastroenterology, Jávorszky Ödön Hospital, Vác⁴, Department of Pediatric Hematology and Stem Cell Transplantation, St. László Hospital, Budapest⁵, Department of Gastroenterology, Yahn Ferenc Hospital, Budapest⁶, Department of Gastroenterology, Bajcsy Zsilinszky Hospital, Hungary⁷

Introduction: It is necessary to feed patients(pts) suffering from intestinal failure originated from short bowel syndrome(SBS). In Hungary, we should treat around 100-200 pts yearly, but this doesn't occur partly because of the legal and organizational difficulties and partly because of the imperfect medical attitude.

Aim: We present how it is still possible to realize long term parenteral nutrition(PN) in general hospital units or as an ambulant health provision.

Patients, methods: We treated 3 pts with functional and 4 pts with anatomic SBS in the last 10 years. In ambulant cases the PN was accomplished in hospital or at home. We administered all-in-one parenteral solutions with additional nutrients daily or nightly in 12 hours. Energy requirement was calculated and later modified according to real demand. Nutritional status was controlled monthly.

Results: We have been treating our first SBS patient- operated for benign tumor-for 10 years. Her body mass index(BMI) is 19. We have been treating our second patient-operated for malignant gynecological tumor then reoperated because of adhesions - having a small bowel stoma for 2 years. Her BMI is 20. Our third patient had an operation for a benign gynecological disease, then a reoperation because of adhesions. Her BMI is 20. We have been treating 2 pts suffering from common variable immune deficiency with enteral nutrition and intermittently PN. Their BMI is 16-17!. Two of our pts are able to administrate the PN themselves. These 2 pts had been provisionally nourished partly at home, illegally. We lost 2pts.

Conclusion: At present, no sufficient conditions to administrate PN to pts exist in hospitals outside intensive care units or at home and the adequate attitude is still missing. The home parenteral nutrition(HPN) could be safely accomplished with a professionally convenient and committed patient-education, but the legal terms are still absent. The pts' fixity to the hospital worsens their quality of life. The individual financing of the PN is complicated. Regarding these facts, it is urgent in Hungary to introduce and apply HPN.

148.

SECONDARY AORTOENTERIC FISTULA: 3 CASE REPORTS AND REVIEW

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

Secondary aortoenteric fistula is a rare but well-known delayed and life-threatening complication of previous aortic reconstruction which is as difficult to diagnose as it is to treat. A combination of esophagogastroduodenoscopy and computed tomography (CT) or MR may offer the best chance of detecting a fistula, but the most important tool to achieve diagnosis is clinical suspicion in patients who have undergone aortic surgery and present classically with either signs of infection or gastrointestinal hemorrhage.

The authors report 3 cases of aortoenteric fistulas presenting during 10 months to the 3rd Dept. of Internal Medicine and discuss the modern management of this challenging complication of aortic surgery. The individual patients had a mean age of 63 years at time of complication, mean time from primary operation to fistulation was 9 years, the time from the first symptoms to diagnosis varied between hours and two months. In all of our cases the involved bowel segment was the third portion of the duodenum and all patients were reoperated successfully.

Because of the increasing number of elective aortic aneurism repairs in the aging population, more patients will present to our practice, therefore the authors emphasize the importance of this uncommon cause of obscure GI bleeding.

149.

DOES HYPERLIPIDAEMIA, OBESITY AND EARLY HYPERGLYCAEMIA CONFER AN INCREASED RISK AND/OR MORE SEVERE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS? RETROSPECTIVE ANALYSIS IN OUR DEPARTMENT

Schäfer E.¹, Rusznay K.¹, Visnyei Z.¹, Sándor J.², Varga G.³, Iványi A.³, Bursics A.³, Arva I.⁴, Karner T.⁴, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Gyökres T.¹, Banai J.¹, Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, Állami Egészségügyi Központ, Radiológia², Állami Egészségügyi Központ, Sebészet³, Állami Egészségügyi Központ, Intenzív Terápiás Osztály⁴

Introduction: Early hyperglycaemia, obesity are risk factors for severe pancreatitis, hypertriglyceridaemia is a well-known cause of acute pancreatitis (AP). Our aim is to study the role of parameters of metabolic syndrome, such as obesity, hyperglycaemia, hyperlipidaemia, hypertension in modulating disease course, developing systemic complications.

Patients&methods: During a 24-month period 240 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 different scoring systems. A BMI > or = 30 kg/m² was defined as obese and used as a cutoff point in this study. 92 pts were obese, 4 extreme obese (BMI >35 kg/m²), 40 pts were undernourished, 104 pts of normal weight. Pts who developed organ failure had significantly higher BMI, than without (44/5). Patients were divided into hypertriglyceridaemia (HTG) group (n=42 TG>1,7 mmol/l, n=22 TG>9,0 mmol/l) and control group (n=144 TG<1,7 mmol/L), hypercholesterinaemia (HCS) group (n=68 chol>5,0) and control group (n=140 chol<5,0), respectively. HTG group was younger with mostly diet-associated etiologies, including high-fat diet and alcohol abuse. Pts with TG<1,7, 1,7-9,0 and >9,0 had a similar incidence of a severe pancreatitis (23,8%, 22,7% and 23,6%). Early hyperglycaemia was found in more than half of the pts (n=144). Early hyperglycaemia was found in most of the obese patients (n=80), 24 of them previously treated with oral antidiabetic, 12 of them were on ICT therapy. In case of biliary pancreatitis (n=120) early endoscopic sphincterotomy followed by stone extraction if needed, was performed within 36hs. Enteral feeding was started in 36 hours in most of the patients (n=160).

Conclusion: Hyperlipidaemia (HCS and/or HTG) was not an independent risk factor for organ failure, had no correlation of overall outcome of AP. Obesity with newly developed early hyperglycaemia has a correlation to complications of disease, increase of need of pancreatic surgery.

151.

MÁJÁTÜLTETÉS - AZ INDIKÁCIÓ FELÁLLÍTÁSÁTÓL A SIKERES MŰTÉIG

Schuller J.¹, Görög D.², Kóbori L.², Fehérvári I.², Gerlei Z.², Nemes B.² Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház III. Belgyógyász¹, Semmelweis Egyetem Sebészeti és Transzplantációs Klinika²

A májátültetés 1995. óta Magyarországon is rutinszerűen, magas színvonalon végzett beavatkozás, mely reális túlélési esélyt jelent a korábban gyógyíthatatlan végstádiumú májbetegeknek. Ezen májbetegek száma és a megvalósuló transzplantációk száma között azonban hazánkban is – csakúgy, mint az egész világon – jelentős szakadék tátong. Emiatt, valamint a transzplantáció súlyos tétje (a közeli biztos halál helyett a túlélés esélye) és magas költsége miatt a májátültetés olyan eljárás, amelynek indikálásában – de az indikáció fel nem állításában is – a májbeteg gondozó orvos felelőssége óriási. Az előadásban áttekintjük a felnőttkori és gyermekkori májátültetés indikációs területét, az egyes kórképekben az optimális időzítés szempontjait. Részletesen bemutatjuk a májátültetés menetét a javallat felállításától a kivizsgáláson át a műtéig, hangsúlyozva a beteg szoros ellenőrzésének, gondozásának, a beteg lehető legjobb állapotban tartásának fontosságát, az esetleges szövődmények mielőbbi felismerésének és kezelésének szükségességét. Elemezzük a májátültetés indikációjának felállításában előforduló két legfontosabb tipikus hibát; egyfelől azt, amikor az egyébként helyes indikáció felállítása túl későn történik meg, amikor a beteg állapota már kétségessé teszi a műtét eredményességét, ill. egyáltalán azt, hogy eljusson a műtéig, másfelől azt, amikor a valóban végstádiumú májbeteg esetében nem vesszük figyelembe a páciens kísérőbetegségeit, motivációjának, vagy a stabil, támogató családi háttér esetleges hiányát. Végezetül a hazai májátültetés eredményeit tekintjük át, mindezzel szolgálni kívánva azt a célt, hogy minél több beteg, minél eredményesebben kerülhessen májátültetésre Magyarországon.

150.

ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR SZINDRÓMA: ÉR-ANOMÁLIA GASZTROINTESTINÁLIS ÁLRUHÁBAN

Schnabel R.¹, Palik É.² II. Belgyógyászati Osztály, Fővárosi Önkormányzat Nyíró Gyula Kórháza, Budapest¹, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest²

Bevezetés: Megmagyarázhatatlan krónikus, szimptomatikus hasi panaszok és vészes fogyás hátterében az esetek 0.2%-nál állhat arteria mesenterica superior szindróma. Az AMS-szindróma pontosan meghatározott klinikai és radiológiai jelekkel bír, a helyes diagnózis felállítása mégis gyakran éveket késik, mert a betegség a szakmai köztudat perifériájára szorult. Betegünk az AMS-szindrómára jellemző ér-anomáliát egyértelműen kimutató CT-felvételek ellenére 6 éven keresztül pontos diagnózis és hathatós orvosi segítség nélkül maradt.

Módszer – Esetbemutató: Egy 35 éves nőbeteg esetét ismertettük, akinél 20 kilós súlyvesztése hátterében AMS-szindróma igazolódott. A szindrómát a duodenum alsó harántzárának vaszkuláris kompressziója okozza, amely az arteria mesenterica superior rendellenes lefutása és a Treitz-szalag kranialis irányú rövidülése miatt alakulhat ki. A klinikai képet postprandialis émelygés, hányinger, epés hányás és lassult passage határozza meg. Az időben felismert vaszkuláris kompresszió konzervatív kezeléssel gyógyítható. Előrehaladott állapotban duodenojejunosztómia vagy Strong-műtét hozhat gyógyulást.

Eredmények: Betegünknel a kompressziós folyamatot egy Epstein-Barr vírus fertőzés által indukált súlycsökkenés indította el. Predisponáló anatómiai faktorként az aorta és az AMS által bezárt rendellenesen hegyes szöglet és a Treitz-szalag szoros kranialis illesztését azonosítottuk. A konzervatív kezelési kísérletek kudarca után a betegnél duodenojejunosztómia készült.

Következtetések: Az AMS-szindróma rejtőzködő természete miatt egy rendkívül ritkán felismert kórforma. A prevalencia becslést értéke 0.2%, de a jelentős súlyvesztéssel járó gasztrointesztinális betegségek és a krónikussá vált anorexia nervosa esetek magas száma miatt feltételezzük, hogy az AMS-szindróma előfordulása ennél gyakoribb. Előadásunk célja, hogy végesen lefogyott betegek esetében felhívjuk a figyelmet az AMS-szindróma lehetőségére.

152.

CAUSE-OR-EFFECT RELATIONSHIP OF BRONCHUS CARCINOMA AND INFLAMMATORY BOWEL DISEASE – A CASE REPORT

Schwab R.¹, Murányi E.¹, Szokolóczy O.², Peták L.² Kelen Private Hospital, Budapest, Hungary¹, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd. Budapest, Hungary²

Background: Increased risk of neoplasia in inflammatory bowel disease (IBD) patients on combined immunosuppressant drugs is a significant problem of medical management.

Our patient: A 66y old male patient with a 3 years history of new-onset ulcerative colitis was referred to our clinic for 2nd opinion b/o relapsing disease. Because of his smoking history and unusual late onset IBD we have revisited his diagnosis and excluded mesenteric ischaemia. Colonoscopy showed segmental involvement of the transverse colon with significant obstruction and narrowed lumen. Distally, 3 additional small involved segments were seen and perianal fistulae. Between involved segments normal colon mucosa was present. Histology confirmed Crohn's disease (CD) of the large intestine.

Combined immune-suppression with steroids and azathioprine (AZA) resulted in significant improvement, but he presented 4 weeks later with right lobe pneumonia. Antibiotics improved symptoms but concomitant herpes zoster appeared. His general condition was week, and his IBD related symptoms worsened. Again, steroids were started with gradual increase of AZA (1.5 to 2.0 mg/bw) that resulted in complete remission, at last. Weeks later he presented, again with shortness of breath confirmed as pneumonia relapse. Chest CT this time was unapparent. Again, symptoms resolved after antibiotics.

3 months later, he presented with relapse of CD, while on 2mg/bw AZA and 4mg methylprednisone. 5mg/tkg Infliximab induction resulted in complete clinical remission.

2 months later chest CT was performed because of relapse of his pneumonia revealing right central bronchus carcinoma. Bronchoscopy and histology proved planocellular carcinoma. The patient was not eligible for chemotherapy or surgical care b/o concurrent IBD, DVT and distant bone metastases and died 4 months later.

Conclusion: Late onset IBD maybe a consequence of an underlying disease with high TNF levels, including cancer that warrants extensive diagnostic workup prior to starting immune suppression.

153.

SEVERE OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN A YOUNG PATIENT WITH IgG4-NEGATIVE AUTOIMMUN PANCREATITIS – TREATMENT WITHOUT INVASIVE PROCEDURES

Sebe E.¹, Varsányi M.¹, Tiszlavitz L.³, Schäfer E.¹, Rusznyák K.¹, Sándor J.², Banai J.¹, Gyökér T.¹, Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹, Dept. of Radiology, State Health Centre, Budapest ², Dept. of Pathology, University of Szeged ³

Introduction: Autoimmun pancreatitis should be a differential diagnosis from other form of chronic pancreatitis and pancreas malignancies in jaundice, abdominal pain, weight loss with pancreas enlargement, narrowing of the bile duct and abnormal immunoserological tests. Here we report a 28-year-old previously healthy male with ANA, IgG4- negative autoimmun pancreatitis according to the findings of serum biochemistry, CT and ERCP.

Our patient presented with a 1 month history of obstructive jaundice, epigastric pain, weight loss after using itraconazol for skin mycosis. His serum bilirubin and ALP were highly elevated on admission. The transaminase levels were only mildly elevated and serum amylase was in normal range. Abdominal US showed a dilated common bile duct (CBD) and intrahepatic biliary radicals, the head and body of the pancreas was bulky. There were no gallstones, CBD stones or any mass lesions in the CBD. The CT scan of the abdomen showed the enlargement of the head and body with dilated intra- and extrahepatic bile ducts. Hypergammaglobulinaemia, autoantibodies and elevated serum IgG4 levels were not detected. CA 19-9, CEA were in normal range. Fine needle aspiration of the pancreas was done, malignancy was not observed. During ERCP diffuse narrowing of pancreatic duct and intrapancreatic part of the CBD were found, papillotomy and biliary drainage were not performed. Biopsy was taken from the papilla of Vateri, IgG4 positive cells were not detected. Diabetes mellitus appeared, needing just diet. Oral prednisolon therapy was started. After a few weeks, the diffuse enlargement of the pancreas on CT reverted to normal. Dilatation of the bile ducts and elevated liver enzymes normalized. Paralelly clinical improvement was observed, abdominal pain, weight loss and jaundice resolved, serum blood glucose levels normalized on diet.

Conclusion: AIP was diagnosed based on clinical symptoms and ERCP pictures. Early initiation of corticostereoid therapy may prevent invasive endoscopic procedures in the management of obstructive jaundice.

154.

IN VITRO AND IN VIVO ANALYSIS OF THE ROLE OF ALPHA-2 ADRENOCEPTORS IN THE REGULATION OF GASTRIC MOTILITY IN THE RAT

Shujaa N.¹, Zadori Z.¹, Al-khrasani M.¹, Rossi M.¹, Iemolo A.², Gyires K.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvarad ter 4. 1089 Budapest, Hungary. ¹, Department of Pharmaceutical Sciences, pharmacology Section, University of Catania, Faculty of Pharmacy, Catania, Italy ²

Activation of presynaptic α_2 -adrenergic receptors has been known to mediate several functions of the G.I. tract. They inhibit gastrointestinal motility, gastric acid secretion and induce gastric mucosal protection.

Aim: To study the effect of clonidine, oxymetazoline (α_2 -adrenoceptor agonist) and ST-91 (α_2B/C -adrenoceptor agonist) on electrical field stimulation(EFS)-induced contraction of isolated rat gastric fundus stripe in vitro and on insulin-induced stimulated gastric contractions in vivo.

Methods: 1. Male Wistar rats (250-350g) were killed, their stomachs were removed and 3-4 cm long stripes of the fundus were prepared, suspended between two electrodes in 35 ml Krebs's solution at 37°C and EFS was applied. Drugs were added in a cumulative manner. 2. In anaesthetized rats the gastric motility was measured by the balloon method. To stimulate gastric motility insulin(i.v) was given.

Results: 1. Clonidine, oxymetazoline and ST-91 in dose of (100-1000nM) inhibited the EFS-induced contractions in a concentration dependent manner. 2. Idazoxan, a non selective α_2 -adrenoceptor antagonist (1000-10000nM) reversed the inhibitory effect of clonidine and ST-91, but not that of oxymetazoline. ARC-239 and BRL 44408(1000-10000nM resp.), (selective α_2B - and α_2A -adrenoceptor antagonists, respectively) significantly reversed the inhibitory effect of clonidine and ST-91. 3. Injection of clonidine (1.9-3.8 μ mol/kg.i.v), oxymetazoline (0.1-3.4 μ mol/kg i.v) and ST-91 (2.2 μ mol/kg i.v) inhibited the gastric motility stimulated by insulin. 4. The effect of clonidine was antagonized by yohimbine (5 μ mol/kg.i.v), BRL44408 (3 μ mol/kg.i.v) and prazosin (α_1 - and α_2B -adrenoceptor antagonist) (0.28 μ mol/kg.i.v), while the inhibitory effect of oxymetazoline was unaffected by these antagonists.

Conclusion: 1. Besides α_2A -adrenoceptors the α_2B -subtype is also likely to be involved in inhibition of gastric motor activity both in vivo and in vitro. 2. Oxymetazoline-induced inhibition of gastric motility may be mediated at least partly by a non- α -adrenoceptor-mediated mechanism.

155.

TUMOR OF VATER'S AMPULLA - WHAT IS THE RIGHT MANAGEMENT?

Simon S.¹, Solt J.¹, Kelemen D.², Hegedűs G.³, Gömöri É.⁴, Berő T.¹, Dept. of Gastroenterology, Baranya County Hospital ¹, Dept. of Surgery, Medical Faculty of Pécs University ², Dept. of Pathology, Baranya County Hospital ³, Institute of Pathology, Medical Faculty of Pécs University ⁴

Introduction: The adenoma-carcinoma sequence is well-known at tumors of Vater papilla, too. These could be removed endoscopically or surgically with ampullectomy or partial pancreatoduodenectomy.

Case report: A 53 years old male patient was admitted to the hospital with painless jaundice. The abdominal ultrasound examination revealed dilatation of the extra- and intrahepatic bile ducts. ERCP showed a 7 mm in diameter filling defect in the suprapapillary area. After papillotomy a villous polyp protruded into the lumen at the lower surface of orifice. It was endoscopically removed and sent for histological evaluation. Afterwards the jaundice disappeared. The histological examination proved a well-differentiated adenocarcinoma, which originated from an adenoma and infiltrated its basis. For the determination of the tumor extension, duodenoscopy and further sampling was done from the surroundings of the polypectomized region, all but one revealed malignancy. The abdominal CT did not show any abnormality. On the basis of these findings, surgical therapy was decided and pylorus- preserving pancreatoduodenectomy was carried out with regional lymphadenectomy. Macroscopically a tumorous alteration could be seen suprapapillary. Microscopically a neoplastic proliferation was detected, originating from the mucosa of the common bile duct and with infiltration of the bile duct and the duodenal wall and perineurally of the serosal fatty tissue. There was lymph node involvement only in one node. The postoperative period was uneventful, except a transient wound healing disorder. Afterwards chemotherapy was started at the patient.

Conclusion: The management of Vater papilla and bile duct tumors could be achieved by multidisciplinary approach, involving the gastroenterologist, radiologist, pathologist and the surgeon. The precise diagnosis and the determination of the tumor extension are needed to choose the optimal treatment.

156.

LAPAROSCOPIC SURGERY OF COLORECTAL MALIGNANCIES

Simonka Z., Paszt A., Ábrahám S., Rokszin R., Pieler J., Lázár G., Department of Surgery, Faculty of Medicine, University of Szeged

The minimal invasive technique, due to the undoubted advantages of the method, has become fully accepted in the surgical treatments of the most benign and functional diseases. It has been proven that the laparoscopic technique is safely applicable also in the surgical treatment of colorectal tumors. The authors, analyzing their own and the international experiences, present the laparoscopic surgical treatment of colorectal tumors.

Patients, method: 74 patients were treated with laparoscopic-assisted intestinal resection at the University of Szeged, Department of Surgery between 1st January 2005 and 31st December 2008. The surgical indications were made up of colorectal lesion with neoplastic origin in 45 cases. The average age of them was 64 years (from 36 to 89 years). 4 patients belonged to the risk group of ASA I, 11 patients to ASA II, 24 to ASA III, and one of them to ASA IV.

Results: 26 patients underwent rectosigmoidal resection, 2 of them had rectal exstirpation, 9 patients had right hemicolectomy and in one case left hemicolectomy was performed. There were 4 conversions, and in one case a reoperation (re-laparoscopy) occurred due to adhesion ileus. The beginning of the bowel movement (2,4 days, on average) and the possibility of nourishing per os were significantly shortened. The histological processes of specimens justified tumor-free oral, aboral and circumferential resection in all cases.

Conclusions: summarizing own and international experiences it can be stated that the laparoscopic surgeries performed due to colorectal tumors are safe, and are also appropriate with respect to oncosurgery. There are a number of benefits for the patients mainly in the early postoperative period (faster recovery, shorter hospitalization) and their long-term survival results are also satisfactory.

Keywords: laparoscopy, colorectal tumor, intestinal resection, colorectal lesion, minimal invasive.

157.

EXPRESSION CHANGES OF GROWTH FACTOR RECEPTORS IN SUBEPITHELIAL FOLLICLES IN ULCERATIVE COLITIS: THE SEVERITY OF INFLAMMATION IS CHARACTERIZED BY EPITHELIAL GROWTH FACTOR RECEPTOR AND HEPATOCYTE-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR OVEREXPRESSION

Sipos F.¹, Valcz G.¹, Galamb O.², Spisák S.², Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²

Background: Recent data shows that the subepithelial follicles in the human colon are more than just the part of the gut associated immune system. Myofibroblasts surrounding subepithelial lymphoid aggregates may be originated from hemopoietic stem cells and play role in mucosal healing. To fulfill this function epithelial regeneration related growth factor receptors may be expressed by these subepithelial cells.

Aims: Our aim was to examine the follicular expression of epithelial growth factor receptor (EGFR), insulin-like growth factor receptor 1 (IGFR1) and hepatocyte-derived growth factor (HGFR) receptor in ulcerative colitis (UC) in line with the severity of inflammation.

Methods: Biopsy core samples from 20 normal colon, and from 20 mildly, 20 moderately and 20 severely active UC were placed together into a recipient block and tissue microarray slides were cut. EGFR, IGFR1 and HGFR immunohistochemistries were performed and semiquantitative evaluation was done using virtual microscope. One-way ANOVA and correlation analysis were performed. For validation real-time RT-PCR was used.

Results: The increase of the number of lymphoid aggregates and subepithelial follicles was in tight correlation with the severity of inflammation ($r=0.9$). The number of EGFR and HGFR positive follicular cells was found to be significantly elevated in severe ($21.6 \pm 2.1\% / 21.3 \pm 1.9\%$), moderate ($14.3 \pm 1.7\% / 14.6 \pm 1.6\%$) and mild ($7.2 \pm 1.6\% / 7.4 \pm 1.3\%$) inflammation compared to healthy colonic mucosa ($2.6 \pm 1.4\% / 2.4 \pm 1.03\%$) ($p < 0.005$). IGFR1 immunoreactive cells were only found in a trace number in the subepithelial layer in all cases. Real-time RT-PCR results significantly correlated with the immunohistochemical findings.

Conclusions: The number of EGFR/HGFR positive follicular cells are in tight correlation with the histological activity of ulcerative colitis. EGFR and HGFR, but not IGFR1 may be involved in the induction of the regenerative mucosal processes.

159.

KÓROS MÁJFUNKCIÓS ENZIMEK HÁTTÉRÉNEK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁJA. ESETISMERTETÉS

Solymos M.¹, Kanyó B.¹, Erőss B.¹, Nemesánszky E.², Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. Belgyógyászat, Budapest¹, Szent János Kórház, Hepatológiai Ambulancia, Budapest²

24 éves férfibetegünk anamnézisében nagyobb megbetegedés nem szerepelt. Gastroenterológiai szakambulanciánkon 2008. november végén jelentkezett először kóros májfunkciós értékek miatt. 2 hónappal megelőzően anabolikus steroidot májd pneumónia miatt levofloxacin szedett. Májfunkciós enzimértékeit toxikus eredetűnek tartva, kontroll vizsgálatra rendeltük vissza. Kontroll vérvétel a májfunkciós értékek stagnálását, emelkedett LDH értéket mutattak. Lymphoproliferatív betegség lehetősége merült fel, ezért UH asszisztált májbiopsziát végeztünk. Kóros értékeket magyarázó szövettani eltérés nem igazolódott. A beteg ekkor helyezte előtérbe hónapok óta tartó hasmenését. A laborokban lévő magas sülyedés, leukocytosis, thrombocytosis, emelkedett CRP IBD irányába terelte a figyelmünket. Colonoscopus vizsgálat colitis ulcerosát igazolt, ezt a szövettani vizsgálat is megerősítette. A kórtörténet, a laborértékek, az eddigi vizsgálati eredmények tükrében colitis ulcerosához társuló PSC lehetősége merült fel az emelkedett májfunkciós enzimek hátterében.

Immunszerológiai vizsgálatok pANCA és ANA pozitivitást igazoltak. Steroid lőkésterápia mellett a beteg gasztrointesztinális panaszai mérséklődtek, májfunkciós enzimértékei is javultak.

ERCP vizsgálat történt, mely normális cholangiogramot mutatott. Tekintettel, hogy a normális cholangiogram ill. szövettan a PSC lehetőségét nem zárja ki, a korábban elkezdett UDC kezelést folytatjuk, és a beteg szoros kontrollálását tervezzük. Esetünkkel a kóros májfunkciós enzimek differenciáldiagnosztikájának fontosságára, a hepatológiában nagyon fontos követésre, illetve az IBD illetve a PSC társulására szerettük volna felhívni a figyelmet.

158.

THIRTY YEARS IN THE MAGIC OF BALLOON CATHETERS: THE ROLE OF BALLOON CATHETER DILATATION IN PEPTIC OESOPHAGEAL STENOSIS

Solt J.¹, Takács K.¹, Sarlós G.², Tabár B.³, Beró T.¹, Baranya County Hospital, Department of Gastroenterology¹, Baranya County Hospital, Department of Radiology², University of Pécs, Medical School, Department of Radiology³

Introduction: In May of 1979, we were the first in the world to use balloon catheter dilatation of the oesophagus. In this paper, we would like to summarize our 30 years of experience on the balloon catheter dilatation of peptic stenosis

Patient and methods: Between May of 1979 and July of 2008, there were 399 patients 1338 times were dilatated due to peptic oesophageal stenosis.

Results: The ratio of males to females on dilatation due to peptic stenosis was 2.9:1. Males had more dilatations than females ($p=0.004$). As the result of the dilatation more than 95% of the patients complaints such as vomiting and pain ceased and the average dysphagia score decreased from 2.4 to 0.3. Body weight of dysphagic patients decreased before treatment ($p<0.001$), then increased ($p<0.001$). The average diameter of narrowing due to the treatment increased from 5 ± 2.4 mm to 14.1 ± 2.4 mm ($p<0.001$), average length decreased from 4.1 ± 2.7 cm to 2.7 ± 1.6 cm ($p<0.001$). If the diameter of narrowing was <7 mm more interventions were needed than >7 mm ($p<0.001$). There were more dilatation needed if the stenosis was >2.5 cm in length than if it was shorter (<2.5 cm). If the pressure applied at the first dilatation was higher, than more dilatations were necessary ($p<0.001$). Among our patients 261 (77%) had hiatal hernia with peptic stenosis. Their average size was 4.1 ± 1.8 cm. Large hiatal hernias (>2.5 cm) with peptic stenosis had significantly more dilatation compare to small hernias (<2.5 cm). 81 (23.9%) of patients was alcoholic; male to female ratio was 9:1. Among this group of patients the average age at dilatation was 6 years less ($p<0.001$), their stenosis narrower ($p<0.001$) compare to patients without alcohol abuse. During dilatations, we encountered one transmural perforation (0.074%).

Conclusion: The use of balloon catheter dilatation is safe and very effective method in the treatment of peptic oesophageal stenosis. In peptic stenosis not only the diameter and the length but also the compliance of the narrowing are important prognostic factors.

160.

IDENTIFICATION OF METHYLATION RELATED BIOMARKERS BY WHOLE GENOME MICROARRAYS FROM LASER MICRODISSECTED (LCM) COLONIC CELLS

Spisak S.¹, Galamb O.¹, Wichmann B.¹, Solymosi N.¹, Sipos F.¹, Toth K.¹, Kalmar A.¹, Tulassay Z.¹, Molnar B.¹ Semmelweis University, 2nd Department of Medicine, Cell Analysis Laboratory¹

Background: Detection of histological region specific biomarkers, which show continuously decreasing mRNA expression along the adenoma-carcinoma sequence is very important task. One of the molecular mechanisms which are able to manifest this phenomenon are the epigenetic alterations. The best approach for analysis of these alterations is the wholegenome microarray analysis combined with LCM.

Aims: Our aims were to identify mRNA expression patterns using LCM samples and to compare different histological regions of colorectal tumor and adenoma. Furthermore we aimed to determine the underexpressed genes and analyze the possible mechanisms of downregulation (like cancer related methylation) using a cell culture model.

Methods: From 6 colorectal cancers and from 6 adenomas, altered and normal specimens were collected and frozen immediately after surgery. 5000 epithelial cells were collected from the healthy and the pathological region by PALM LCM system. Affymetrix HGU133Plus2.0 arrays were used for analysing the transcriptome. Significantly differentially expressed genes were identified by paired SAM test. HT29 cell line was treated by 5-aza-2'-deoxycytidine and the upregulated genes were identified compared to untreated group.

Results: In adenoma epithelial cells 100 genes showed downregulation compared to normal epithelium, 22 of them showed reverse expression in 5-aza treated HT29 cells. In tumor epithelial cells 28 genes were downregulated, compared to the normal epithelium 16 of them changed reversely under the 5-aza treatment. Tumor epithelial cells were characterized by 27 downregulated genes in proportion to adenoma epithelium, 12 of them expressed oppositely after the demethylation treatment.

Conclusion: Considerable part of the downregulated alterations can be reversed by 5-aza treatment. 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 process of cancer development including changing of the methylation status.

161.

IDIOPATHIC PAN-COLONIC VARICES

Stöckert A.¹, Patai Á.¹, Bodrogi N.², Ringelhan B.³, Battyáni I.⁴,
Department of Medical-Gastroenterology Erzsébet Hospital Sopron 1st¹, Department of
Medical-Gastroenterology Erzsébet Hospital Sopron 1st², Department of Radiology
Erzsébet Hospital Sopron 2nd³, Department of Pathology Erzsébet Hospital Sopron 3rd⁴,
Department Radiology University of Medical School Pécs 4th⁵

Background: Varices of the lower gastrointestinal tract are known as a sign of portal hypertension or portal vein obstruction. The authors report on the first Hungarian patient with pan-colonic varices without portal hypertension.

Case-report: A 31-year-old male patient was admitted to our department after massive gastrointestinal bleeding requiring transfusion. Varices from rectum to cecum were revealed by colonoscopy. Histological examination of the liver biopsy showed no signs of cirrhosis or fibrosis. Esophago-gastro-duodenoscopy, abdominal ultrasonography and angiography were normal; specifically they did not confirm the suspicion of the portal hypertension or obstruction of superior or inferior mesenteric vein. Endoscopic therapy was not performed, propranolol was started. The massive bleeding has not repeated since the discharge of the patient from hospital.

Conclusion: Based on our experience and a review of medical literature the patients with idiopathic colonic varices have better prognosis than those whose arise secondary to portal hypertension and the conservative medical therapy (beta blocker) seems to be the first choice in such cases.

162.

PEMPHIGOID CICATRISANS OESOPHAGEALIS MANIFESZTÁCIÓJA. ESETISMERTETÉS.

Sümegei J., Mátyus Z., Orosz P. Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat

Bevezetés: A cicatrizáló pemphigoid /CP/ a nyálkahártyákat érintő szerzett, krónikus, subepitheliális bullosus, lokálisan progresszív autoimmun betegség, ami az érintett nyálkahártya hegesedésével, következményes stenosisokkal jár. Incidenciája 2-5/100000 lakos/év. Elsősorban az orális, nasális és ocularis mucosát érinti, oesophagealis manifestáció rendkívül ritka. Klinikailag desquamatív mucositis, aphták, erosiók, mucosalis hegek formájában jelentkezik. Diagnózisa a klinikai megjelenés, a jellegzetes, de nem specifikus szövettani kép, direkt és indirekt immunfluoreszens vizsgálatok alapján állítható fel. A CP esetenként malignus tumorhoz társul.

Esetismertetés: 74 éves nőbetegünk kivizsgálása ocularis és oropharyngealis erosív-aphtosus mucositis miatt indult. Hagyományos és immunhistológiai vizsgálatokkal cicatrizáló pemphigoidot igazoltunk. Felső endoscopia során az oesophagus nyálkahártya jellegzetes desquamatív gyulladást észleltünk, immunhistológia lineáris IgG és C3 depozíciót igazolt a basalmembránban. Az autoimmun folyamat hátterében ovarium tumort diagnosztizáltunk. A ritka előfordulás miatt az eset részletes ismertetése mellett a kórkép oesophagealis megjelenését szeretnénk rövid video filmen bemutatni, ismereteink szerint Magyarországon elsőként.

163.

OESOPHAGEAL CAPSULE ENDOSCOPY; PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY

Szabó A., Dancs N., Jánoki M., Rácz L., 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr

Background: Oesophageal capsule endoscopy (OCE) is a novel, non-invasive method for the visualization of the oesophagus, the gastro-oesophageal junction and the Z-line.

Methods and aims: The aim of this prospective study was to compare OCE images and flexible oesophago-gastroscopy (FOG) findings with respects to erosive reflux oesophagitis alterations, presence of hiatal hernia and suspected Barrett's oesophagus. OCE investigations were performed with the PillCam ESO 1 first generation device (Given Imaging). The capsule camera flashed 14 times per second to capture images from both ends of the capsule. A total of 18 patients with reflux symptoms underwent FOG followed by OCE within two days. The OCE recordings were red and evaluated by experienced endoscopists two times: first blinded (unaware of FOG reports), then unblinded (informed about the previous FOG reports). The blinded and unblinded OCE readings were compared to the identical FOG reports accepted as true positive results.

Results: The gastro-oesophageal junction was visible by OCE in all the 18 cases with 82% and 86% appearance of the whole Z-line circumference according to blinded and unblinded readings. With blinded OCE readings 9 out of 10 suspected Barrett's and 2 out of 3 LA-D oesophagitis cases were detectable.

	Susp. Barrett's	Hiatal Hernia	Reflux oesophagitis			
			LA-A	LA-B	LA-C	LA-D
FOG	10	9	1	5	7	3
OCE blind.	9	0	1	10	2	2
OCE unblind.	7	3	2	4	7	2

Conclusion: Oesophageal capsule endoscopy even with the first generation device offers quite high diagnostic yield in cases with suspected Barrett's oesophagus and severe erosive oesophagitis. Learning curve investigation period experiences are essentially important.

164.

COELIAKIA JELENTKEZÉSE A HÁZIORVOS GYAKORLATBAN

Szabó E.¹, Hamvas J.² Felnőtt háziorvosi rendelő Zsivaj utca Kőbánya Budapest¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gasztroenterológia²

Bevezetés: Háziorvosi gyakorlatban gyakran jelentkeznek anaemiás betegek. Azonban nem biztos, hogy elsősorban a háziorvos ennek hátterében felszívódási zavarra gondol. Ugyanakkor a felnőttkori coeliakia nem számít ritásnak, előfordulása 1/300-ra tehető. A „jéghegy effektus” miatt az esetek jelentős része nem is kerül felismerésre.

Esetismertetés: A 48 éves anaemiás külsejű férfibeteg fogyással, gyengeséggel, étvágytalansággal jelentkezett felvételle. A panaszok, valamint az első laborvizsgálatok alkalmával észlelt gravis microcitra anaemia már hamar felvetette a gastroenteralis vérzés mellett a felszívódási zavar lehetőségét is.

A felső panendoscopy a postbulbaris szegényes hausratio alapján felmerült a coeliakia gyanúja is, a diagnózist a szövettani vizsgálat (boholiatrophia) és az immunszerológiai tesztek (antigliadin, endomysium és transzglutamináz elleni antitestek) eredménye is alátámasztotta. A gluténmentes diéta alkalmazására a beteg általános állapota rapidan javult. A vizsgálatok egyéb társbetegséget nem igazoltak.

Összefoglalás: A régóta fennálló, tisztázatlan anaemia hátterében coeliakia is állhat. Miért nem gondolunk rá hamarabb? Ez is aláhúzza az alapellátásban elvégzett szűrővizsgálatok fontosságát. A pontos anamnézis felvétele a diagnózis gyanúját már hamar felvetheti. Az esetlegesen fennálló társbetegségek kizárása mellett ésszerű háziorvosi feladat lehet a beteg családjának vizsgálata is, mert örökletes halmozódás lehetséges.

165.

BORTEZOMIB TREATMENT INTERFERES WITH IKB DEGRADATION AND INDUCES HSP SYNTHESIS IN EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Szabolcs A.¹, Biczó G.¹, Tiszlavicz L.², Rakonczay Z.¹, Wittmann T.¹, Takács T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Proteosomes are intracellular organelles responsible for the degradation of numerous proteins. One important target of the proteosomes is IκB, the inhibitory protein of the transcription factor nuclear factor-κB which plays a central role in the regulation of inflammatory process in acute pancreatitis. Bortezomib is a proteasome inhibitor used in the treatment of patients with multiple myeloma. The aim of the present work was to investigate the effect of bortezomib treatment on IκB degradation and HSP72 synthesis in acute necrotizing experimental pancreatitis induced by L-arginine (Arg).

Methods: Male Wistar rats (n=24) weighing 230-250 g were divided into four groups. Acute pancreatitis was induced in groups P and PB by two hourly i.p. injections of 2.5 g/kg Arg, followed by three i.p. injections of 0,1 mg/kg bortezomib (in group PB) or physiological saline (p.s.) (in group P) 12, 24 and 36 hours after the second Arg injection. The control group (C) received injections of p.s.. In group B animals were treated with p.s. instead of Arg followed by the three i.p. injections of bortezomib. Animals were sacrificed 12 hours after the last injection. Pancreatic HSP72 and IκB expression was measured by Western blot.

Results: The pancreatic HSP 72 content was significantly increased in group B versus group C, and was further elevated in groups P and PB. IκB-β expression was reduced in group P but elevated in group B versus group C. Bortezomib treatment in group PB significantly reduced the degradation of IκB-β as compared to group P. IκB-α content was significantly elevated in group B versus the other groups. No difference could be found between the IκB-α concentration of group C, P or PB. The histological investigation confirmed the development of acute necrotizing pancreatitis in the animals of group P and PB, but bortezomib treatment failed to reduce the severity of the histological parameters.

Conclusion: Repeated doses of bortezomib started 12 hours after the induction of pancreatitis could reduce IκB degradation and promote HSP72 synthesis.

166.

BARRETT OESOPHAGUS ÉS IRRITABILIS BÉL SYNDROMA TÁRSULÁSA. ESETISMERTETÉS

Szakács A., Takács R., Kerékgyártó O., Hamvas J., Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gastroenterológia

Az irritabilis bél syndrome a belek működési (funkcionális) zavara, egyike a leggyakoribb gyomor-bélrendszeri rendellenességeknek. A becslések alapján a világ felnőtt lakosságának 15-22%-a szenved ebben a megbetegedésben, a betegek kétharmada nő. A Barrett-oesophagus malignizálódási hajlama magas, az adenoc. kialakulásának kockázata sokszoros. Betegeink esetében irritabilis bél syndrome diagnózisát a Római III-as kritériumrendszer alapján állítottuk fel. Betegeink: V. I.(1), B.J-né(2)(57é)nőbeteg. 1-es beteg a GERD, ill. Barrett oesophagus diagnosiskor 54, a 2-es 56 éves volt. Emelt dózisú PPI, domperidon, és sucralfat kezelés mellett mindkettőjüknek hasi fájdalom továbbra is fennállt, FOBT pozitívítást és enyhe sideropeniás anaemiát észleltünk, ezért colonoscopiát, hasi CT-t végeztünk, negatív eredménnyel. Puffadás- és fájdalom miatt az exocrin pancreasinsufficiencia kizárására cukor és keményítőterhelést végeztünk, ATT normális volt, coeliakia kizárása megtörtént. 1-es betegünknek a Vater papilla dyskinesist morphin-stigmosan(Nardi) próba elvégzésével kizártuk A negatív eredményű vizsgálatok, és az SCL-90-R teszt kóros eredménye miatt a betegek panaszait IBS-nek tartottuk. Terápiájukat pinaverinum (Dicetel)adásával egészítettük ki. A kezelés mellett hasi panaszaiak fluctuáltak, Barret oesophagus miatt gastroenterológiai gondozás alatt állnak. Betegeink szorongás, dysthimia miatt anxiolytikus gyógyszeres kezelésben részesült pszichiátriai konzílium alapján, és gondozás alatt állnak.

Összefoglalás: Eseteink kapcsán választ kerestünk arra a kérdésre, hogy 45 év feletti betegek esetén diffúz hasi panaszok esetén organikus nyelőcsőbetegség jelenléte és kezelése kapcsán a fent elvégzett vizsgálómódszerek negatív eredményei alapján mikor mondható ki az IBS diagnózisa. Az SCL-90-R teszt a gastroenterológiai betegek széles körében használható a pszichés stressz és ezen belül az egyes specifikus tünetcsoport mérésére. A gyógyításban holisztikus személetre van szükség, a gyógyszeres terápia mellett fontos a pszichés stressz gyógyszeres vagy pszichoterápiás kezelése javítva a szomatikus tüneteket is.

167.

A VIRTUÁLIS GASTROSCOPIA SZEREPE A DIAGNOSZTIKÁBAN

Szalai K.¹, Tóth G.¹, Lukovics P.², Artner A.³, SE Radiológiai és Onkoterápiás Klinika¹, SE I.sz. Sebészeti Klinika², Fővárosi Szent István Kórház Nőgyógyászat-Onkológiai Osztály³

Bevezetés: A virtuális gastroscopia nem helyettesíteni, hanem kiegészíteni hivatott a hagyományos fiberoscpos módszert, azonban a kettőskontrasztos gyomor rtg vizsgálatot kiszoríthatja a diagnosztikus sorból.

Célkitűzés: A MSCT adta technikai lehetőségek kihasználásával a gyomor elváltozásainak, valamint a környezetében lévő szervek morfológiai elemzésével együlésben számos olyan információhoz juthatunk, mely a diagnosztika mellett a terápiát is befolyásolja. A gyomrot a vizsgálathoz speciális módon készítjük elő.

1. Duogaz névre hallgató gázképzőt fogyaszt a beteg, Buscopán im. adásával állítjuk a perisztaltikus tevékenységét.

2. Megfelelő mennyiségű vizet itatva a beteggel, a perisztaltikus tevékenységet szintén Buscopan im. adásával állítjuk le. Abban az esetben ha a natív sorozatú képeken elváltozást észlelünk iv. kontrasztanyagot is adunk a vizsgált személynek, mely az elváltozások dignitásának eldöntésében, vascularisaltságának megítélésében egyaránt segít.

Valamennyi elvégzett vizsgálat esetében gastroscopia is készül, melyek kiegészítik egymást a diagnózis felállításának tekintetében. Eredmények: Az elvégzett vizsgálatok során a methodus a gyomor tumorok esetében jelentett nagy segítséget, nemcsak a kiterjedés leírásában, hanem az egyszerre elvégezhető TNM stadium besorolásban is. zzel rövidül a diagnosztikus idő, a beteg előbb terápiás megoldáshoz jut, ha ezt a módszert jól szervezeten a radiológus és gastroenterológus összehangolva végzi. Klinikai anyagunkból bemutatjuk a legjellegzetesebb morfológiai eltéréseket a gyomor tumoros elváltozásai kapcsán.

Összefoglalás: A MSCT-vel elvégzett virtuális gyomor vizsgálatok eredményessége a gyors diagnózis mellett a terápiás útvonal meghatározását is egy ülésben meg tudja szabni, indikálva a további beavatkozások szükségességét. A hagyományos gyomor rtg elvégzését is ez a módszer helyettesíti.

168.

NON-HODGKIN-MALT LYMPHOMA OF LUNG WITH SYSTEMIC DISSEMINATION IN THE STOMACH AND GALLBLADDER ACCOMPANIED BY ADENOCARCINOMA OF THE URINARY BLADDER AND THE PANCREAS

Szaleczky E.¹, Tóth L.², Tóth E.³, Pap Á.⁴, Int.Med.Dept.A¹, National Institute of Oncology, Budapest¹, Surgery, National Institute of Oncology, Budapest², Oncopathology, National Institute of Oncology, Budapest³, Gastroenterology/Endoscopy, National Institute of Oncology, Budapest⁴

Treatment of non-Hodgkin MALT lymphoma is highly effective but relapse of the disease with systemic dissemination can occur even after decades. Also solid tumors of different organs can be manifested during the long follow-up necessary for prevention of relapses. Etiological role of chemotherapy used to prevent relapses and systemic dissemination of lymphoma cannot be denied in these secondary malignancies. A 66 years old male patient underwent left pulmonary upper lobe resection for non-Hodgkin MALT lymphoma 19 years ago. Repeated chemotherapeutic protocols were used between 1993-2004 to prevent relapses. CVP: Cyclophosphamide, Vincristine, Prednisone; CHOP: Cyclophosphamide,

Adriamycin, Vincristine, Prednisone; CAMP: Lomustine, Cytosine arabinoside, Mitoxantrone, Prednisone. In 2007 a TUR followed by partial resection of the bladder trigonum was performed. Systemic dissemination of the lymphoma occurred in the stomach and lung. Gemcitabine + Vinorelbine therapy resulted in pulmonary toxicity thus a VIM: Etoposide, Ifosfamide, Mitoxantrone protocol was administered in 3 cycles. Jaundice indicated biliary obstruction with a 2cms pancreatic mass in the head first supposed as dissemination of lymphoma but bush cytology did not confirmed the diagnosis at that time. Uncovered self expandable metal stent (SEMS) resolved the jaundice and Thalidomide treatment then CEPP: Carbomustine, Etoposide, Prednisone, Procarbazine protocol was initiated but inflammatory changes of the gallbladder and the abdominal space necessitated cholecystectomy. Histology demonstrated dissemination of MALT lymphoma of the gallbladder. Repeated brush cytology of the stented common bile duct finally confirmed the pancreatic cancer supposed by ERCP earlier. The covered SEMS definitively resolved the relapsing jaundice.

Conclusion: success of chemotherapy of MALT lymphoma can give a long way to further carcinogenesis.

169.

EARLY AZATHIOPRINE/BIOLOGICAL THERAPY PREVENTS FIRST SURGERY BUT NOT REOPERATION IN BOTH SMOKERS AND NON-SMOKERS WITH CROHN'S DISEASE

Szamosi T.¹, Banai J.¹, Lakatos L.², Czeglédi Z.¹, David G.², Schafer E.¹, Pandur T.², Erdélyi Z.², Gemela O.³, Papp J.³, Lakatos P.³, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background&Aims: Smoking may alter the natural course of Crohn's disease. Smokers are more likely to develop complications, relapses and have a greater risk for surgery. In contrast, in ulcerative colitis, smoking might improve the disease course. Our aim was to assess the combined effect of disease phenotype, smoking and immunomodulator (azathioprine[AZA], AZA/biological) treatment on the risk of intestinal resection/reoperation in CD and colectomy in UC.

Methods: Six-hundred-eighty-one inflammatory bowel disease patients were analyzed (CD:340,m/f:155/185,duration: 9.4±7.5years; UC:341,m/f:174/164,duration: 11.5±9.7years). Patients were interviewed on their smoking habits at the time of diagnosis and during the regular follow-up visits. Medical records were retrospectively analyzed.

Results: Smoking was present in 45.5% in CD and 15.8% in UC. 46.5% of CD patients underwent at least one bowel resection. In an univariate analysis, disease location, behavior, AZA or AZA/biological use prior to surgery (OR:0.26 and 0.22,p<0.001) and smoking (OR:1.61,p=0.03) were associated with risk for surgery. Smoking,AZA or AZA/biological(p<0.001) use prior to surgery and disease behavior were independently associated with risk for surgery in a proportional Cox-regression analysis. Perianal disease (OR:3.2,p=0.001) and frequent relapses (OR:4.8,p<0.001) but not smoking,AZA or AZA/biological use after first surgery were predictive for reoperation. In UC, the rate of colectomy was 5.6%. Disease location(p=0.001) and smoking status(p=0.02) were independently associated with risk for colectomy in a proportional Cox-regression analysis.

Conclusions: Our data suggest that early AZA/biological therapy reduces the risk for first operation but not reoperation in CD in both, smokers and non-smokers. In contrast, smoking was associated with decreased need for colectomy in UC.

171.

NEW POSSIBILITIES IN THE ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF THE BILE DUCT

Szebeni Á. nyugdíjas

Ultrasonography (US) of the bile duct is part of every abdominal US examination. Nevertheless, even now, some controversial problems exist in the interpretation of the results (postcolecystectomy syndrome, etc.). Beside the so called „routine” bile duct US, frequently the main indication of the abdominal US scanning is the suggestion of some bile duct disease, not rarely urgently.

Recently, beside the commonly used transabdominal US, new methods were developed for the more effective detection of bile duct lesions, namely, the endoscopic and intraductal US (EUS and IDUS, respectively). Despite the financial problems, it is important to take into consideration these new methods and outline their technical bases, as well as some clinical application of them.

These procedures are able to detect the alterations of the distal part of the common bile duct (CBD), of the Vater papilla and its surroundings with high effectivity and reliability even in those cases, when ERCP is technically unsuccessful; to help invasive therapeutic interventions, thus may replace other, more invasive methods, such as ERCP, PTBD, etc. Hopefully, they will be useful tools in the hand of future gastroenterologists.

170.

RANDEVÚ A DUODENUMBAN – ERCP ÉS INVÁZÍV RADIOLÓGIA

Szász N.¹, Szentpétery L.², Schäfer E.¹, Rusznyák K.¹, Banai J.¹, Gyökerez T.¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Radiológia²

Bevezetés: Elzáródásos sárgaság esetén az első választandó diagnosztikus és terápiás eszköz az ERCP. Nagy gyakorlatú centrumban ritkán fordul elő, hogy technikai okból ez nem kivihető. A tágtul epeutak ábrázolásának másik módszere a percutan transzhepatikus cholangiographia (PTC), melyet terápiás célú beavatkozással (pl. drenázs, stent behelyezés) egészíthetünk ki. Esetismertetés: Egy 80 éves anticoaguláns kezelésben részesülő (infarctus utáni kamrai aneurysma, coronaria bypass műtét) férfibeteget gangaenás epehólyaggyulladás miatt végzett, nyitottá konvertált cholecystectomy után egy hónappal jobb bordaív alatti görcsös fájdalommal, elzáródásos sárgaság tüneteivel vettünk fel. Képkötő vizsgálatok tágtul proximális epeutakat mutattak. Duodenoszkópia során a típusos helyen hosszanti bedomborodó képlet miatt papillát gyanítottunk. Ismételt elővágást követően sem jutottunk egyik vezetékbe sem, ezért PTC-t végeztünk, melyen a choledochus distalis részén impaktált kő ábrázolódott. A májon át be, a papillán keresztül kivezetett vezetődrót az alsó duodenum könyökben lévő diverticulum alatt jutott a nyombélbe. Megragadása után a ráhúzott papillommal bejutottunk az atipikus helyen nyíló epeútba és elvégeztük a papillotomiát, majd ballonos kőextractio után átmeneti epeúti stentet helyeztünk fel a choledochusba, míg a külső drént eltávolítottuk. Az anticoaguláns kezelés visszaadása után az elővágás helyéről jelentős intenzitású vérzést kaptunk, melyet klipeléssel megoldottunk, a beteg gyógyultan távozott.

Következtetés: Az endoszkópos és az invazív radiológus jó együttműködése még oly nehéz helyzetekben is elősegítheti a megoldást

172.

HŐSOKK FEHÉRJE (HSP) 72 EXPRESSZIÓ CÖLIÁKIÁS GYERMEKEKBEN

Szebeni B.¹, Sziksz E.², Vannay Á.², Veres G.², Dezsőfi A.², Ónody A.², Korponay-Szabó I.³, Szabó A.², Tulassay T.², Arató A.², Semmelweis Egyetem-Magyar Tudományos Akadémia Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, I. Gyermekklinika, Budapest², Heim Pál Gyermekkórház, Gasztroenterológiai-Nephrológiai Osztály³

Bevezetés és célkitűzés: A 72 kDa molekulásúlyú hősokk fehérje (HSP72) stressz és más káros hatások esetén szabadul fel a sejtekből. Extracelluláris formája fokozza a monociták, makrofágok és dendritikus sejtek proinflammatorikus citokin termelését a Toll-szerű receptor (TLR) 2 és TLR4 aktivációján keresztül. Korábban kimutattuk, hogy a cöliakiás gyermekek duodenális nyálkahártyájában a TLR2 és TLR4 fehérje szintek magasabbak, mint a kontrollokban. Mivel a HSP72 cöliakiában betöltött szerepe ismeretlen, célul tűztük ki expressziójának vizsgálatát cöliakiás gyermekek duodenális nyálkahártyájában. Betegek és módszer: Vékonybél biopsziás mintákat gyűjtöttünk 16 kezeletlen [életkor: 6,7 (3,7-13,9) év], valamint 9 kezelt [életkor:6,7 (4,9-12,7) év] cöliakiás gyermektől és 10 kontrolltól [életkor: 8 (1,7-13) év]. A HSP72 mRNS expressziót real-time reverz transzkripció-polimeráz láncreakcióval (RT-PCR) vizsgáltuk. A HSP72 fehérje szintjét, valamint lokalizációját Western blotlalt és immunfluoreszcens festéssel mutattuk ki. A statisztikai analízishez Mann-Whitney U tesztet alkalmaztunk. Eredmények: A HSP72 mRNS expresszió és fehérje szint szignifikánsan emelkedett a kezeletlen cöliakiás gyermekek duodenum nyálkahártyájában a kontrollokéhoz viszonyítva (p<0,05). Bár a kezelt cöliakiás gyermekek duodenum nyálkahártyájában szignifikánsan csökkent a HSP72 mRNS expresszió és fehérje szint (p<0,05 vs. kezeletlen cöliakiás), a kontrollokénál így is magasabbnak bizonyult (p<0,05). Kontrollokban a HSP72 az enterociták magja körül lokalizálódott, míg kezeletlen cöliakiásokban az enterociták membránja, illetve a lamina propria immunsejtjei is HSP72 pozitívnak bizonyultak. Kezelt cöliakiásokban a HSP72 lokalizáció a kontrollokéhoz hasonlóan mutatkozott.

Következtetés: Eredményeink arra utalnak, hogy ez a hősokk fehérje fontos szerepet játszik a gliadin indukálta citotoxicitás kivédésében. A HSP72 a TLR2 és TLR4 receptorokon keresztül „vérszjelzőként” funkcionálhat a természetes immunrendszer számára, ezáltal elősegítheti a környező sejtek védelmét a lehetséges károsodással szemben.

173.

ITT A PIROS, HOL A PIROS... ESETISMERTETÉS A KOLOREKTÁLIS ADENOMÁK TERMÉSZETRAJZÁHOZ

Szécsi T., Jirikowski B., Nikolic L., Tamszegi Kórház, Sebészeti Osztály, Ausztria

A vastagbélpolyp- rák szekvencia jól ismert és sokszor dokumentált. Van-e másfajta kimenetele is a kolon adenomáknak? Egy, képekkel jól dokumentált megfigyelésünket szívesen megosztanánk.

D.A. 49 éves beteget hasi görcsös fájdalmai miatt vizsgáltuk, többek között kolonoszkópiával. 40 centiméter magasságban kb. 14 mm átmérőjű polypot találtunk, és többszörös biopsziát vettünk (a polypektomia technikai feltételei ekkor nem voltak meg). Szóvetten: tubuláris adenoma. 8 nappal később a polyp már nem volt látható, csak a lefűződött nyél. Elektromos hurkos mucosa-rezekciót végeztünk, negatív hisztológiával. Ausztriában a kolonoszkópia az ajánlott vastagbélrák szűrő módszer, először 50 éves korban, és mindig törekszünk az észlelt polypok eltávolítására.

174

GARDNER SYNDROME: THE ROLE OF IMAGING METHODS

Székely G., Szilvás Á., Vajda K., Farkas J., Kovács A., St János Hospital Budapest 1125 Diós árok

Background: Gardner syndrome is a variant form of the classical, well known adenomatous polyposis (FAP). Many different organs have noncancerous tissue masses including sebaceous cysts, epidermoid cysts, fibromas, desmoid tumors and osteomas. Patients with Gardner syndrome face a higher risk of developing colorectal cancer or other malignant conditions. The APC gene is linked to Gardner syndrome which stands for adenomatous polyposis coli. A mutation of this gene provides an increased lifetime risk of developing polyps and cancer. The risk of developing colon cancer reaches almost 100%, other cancer risk move around 1.5-12%.

Case demonstration: A 17 year old female patient's father died from metastatic colon cancer. She herself was operated on her legs several times, the histology proved benign fibroma. The suspicion of Gardner syndrome suspected, therefore a gastroenterological examination was carried out. The gastroscopy found numerous little polyps from the antrum to the cardia. The biopsy confirmed hyperplastic polyps. Colonoscopy found five little polyps which were removed by polypectomy. The histology was the same like in the stomach. We planned a CT scan of the small bowel, but the patient refused it.

Conclusion: Despite the increased cancer risk of patients suffering from Gardner syndrome, we found only little hyperplastic polyps in the gastrointestinal tract. The therapeutic protocol consists of regular cooscopy, upper endoscopy, small bowel CT, yearly abdominal ultrasound (screening for hepatoblastoma), dermatologic examination of the skin and thyroid ultrasound. Total colectomy at young age should be considered.

175.

TRANSRECTAL ULTRASONOGRAPHY IN THE STAGING OF RECTAL CANCERS

Szepe Z.¹, Molnár T.¹, Farkas K.¹, Török D.¹, Nagy F.¹, Nyári T.², Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged²

Introduction: Transrectal ultrasonography (TRUS) is an essential method in the staging of rectal cancers. According to the ICCN guidelines TRUS has the same priority as endoscopy. On the basis of literature data, sensitivity of T and N staging by TRUS is higher than by other radiological examination.

Aims and methods: The aim of our study was to compare the accuracy of TRUS in the TN staging of rectal cancer with the postoperative histopathological findings and with other radiological methods and to examine the influence of preoperative neoadjuvant therapy on the staging and on the accuracy of TRUS.

Results: 71 patients with rectum carcinoma were examined in overall 83 cases with rectal ultrasound to assess the stage of the rectal tumor. Patients, being suitable for our study, were divided into three groups. [TRUS was performed both before and after (n=12); only after (n=9) neoadjuvant treatment and in patients (n=13) who did not receive neoadjuvant therapy]. Sensitivity was found to be 100% in T and 75% in N staging in cases without neoadjuvant treatment. Sensitivity of TRUS performed after neoadjuvant radiotherapy proved to be lower (T staging: 71%, N staging: 50%). However, the accuracy of TRUS (40% in both T and N stages) before neoadjuvant therapy is not so reliable compared with the postoperative histological staging. Although majority of these cases were overstaged, efficacy of the neoadjuvant treatment could not be determined by TRUS. The accuracy of CT and MRI examinations for T staging was 62%, and for N staging 52%.

Conclusion: TRUS has high sensitivity and it has proven useful for the assessment of T stage in rectal carcinoma, although its accuracy worsens after pre and postneoadjuvant treatment. Metastases should be detected by other radiological methods

176.

TGF-BETA1 INHIBITS NATURAL KILLER CELL ACTIVITY VIA DOWNREGULATING NKG2D KILLER ACTIVATOR RECEPTOR EXPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC HCV HEPATITIS

Szereday L.¹, Berki T.², Pálkás L.², Halász M.¹, Miseta A.³, Hegedűs G.⁴, Vincze Á.⁵, Pár A.⁵, Pár G.⁵, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pecs¹, Department of Immunology and Biotechnology, University of Pecs², Department of Laboratory Medicine, University of Pecs³, Department of Pathology, Baranya County Hospital, Pecs⁴, First Department of Medicine, University of Pecs⁵

Aims: Impaired natural killer (NK) cell activity has been proposed to contribute to viral persistence in HCV infection. NK cell activity depends on balance between signals by activating and inhibitory receptors. Recently, we demonstrated increased inhibitory KIR2DL3 and decreased CD160 and NKG2D activating receptor expression on NK cells in chronic HCV infection. In tumors, increased TGFbeta1 production was associated with poor NK lytic activity via down-regulating NKG2D. In this study we analyzed the correlation between TGFbeta1 levels and inhibitory/activatory receptor expression of NK cells, and histological inflammatory activity (HAI) of the liver in different forms of HCV infection. The in vitro effect of TGFbeta1 treatment on NK cell cytotoxicity and KIR/KAR expression on magnetic bead separated NK cells were also studied.

Methods: Twentyone patients with chronic hepatitis C (CHC), 11 HCV RNA+ patients with normal ALT and 15 healthy controls were enrolled. The percentage of peripheral CD4+CD25high+ T reg cells, KIR2DL3, CD160, NKG2D expressing NK cells and NK cytotoxicity were determined by FACS. Plasma TGFbeta1 levels were measured by ELISA. HAI was determined by liver biopsy using Metavir score.

Results: In chronic HCV hepatitis downregulated killer activating receptor NKG2D expression of NK cells was associated with increased proportion of CD4+CD25high+ Treg cells and increased TGFbeta1 levels compared to controls. In vitro TGFbeta1 treatment inhibited separated NK cells cytotoxic activity and downregulated NKG2D expression. Interestingly, TGFbeta1 had no effect on other NK receptor expression.

Conclusion: Our data suggest that TGFbeta1 -secreted by regulatory T cells- may be responsible for impaired NK cell function via down-regulating NKG2D killer activating receptor in chronic HCV hepatitis. Since TGFbeta1 did not alter other KIR/KAR expression, further regulatory mechanisms responsible for altered KIR/KAR receptor profile of the cytotoxic cells emerges.

177.

PERCUTAN TRANSHEPATICUS EPEÚTI INTERVENCIÓK TAPASZTALATAI

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

Az ERCP számára nem hozzáférhető, és/vagy műtéti 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 elzáródások sárgaságok egy részében elve sem endoscopos, sem műtéti kuratív vagy palliatív megoldás nem végezhető. Ezen utóbbi esetekben a percutan transhepaticus cholangiographia (PTC) és azt követő drainge (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 rendelkeztek. Ezen esetekben a PTC egyben a műtéti elbírálását, illetve további intervenciók alapját képezte. Tekintettel az elzáródás okozta cholangitis meglétére preoperatív 16 % esetben történt drainage is első lépésben, majd műtét 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 megítélése 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 műtét lehetősége merül fel, de cholangitis esetén mindig javasolt.

178.

ICG DENZITOMETRIA PORTALIS LIGATÚRÁKAT KÖVETŐ MÁJRESECTIOK ESETÉN

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

A májdaganatok resectioja biztosítja mind a primer, mind az áttéti daganatok esetén az onkológiai radikalitást. A kiterjesztett resectiók egyik kulcskérdése a posztoperatív májelégtelenség, mely a megmaradó májszövet funkcionális kapacitásának hiányából ered. Számos eljárás ismeretes, melyek a várható májfunkció megítélését célozzák meg, ugyanakkor kevés könnyen használható, non-invazív metódust ismerünk. Törekvések vannak a meglévő, funkcióképes máj-parenchyma növelésére és ezáltal a posztoperatív májelégtelenség elkerülésére, ennek egyik módszere a portalis chemoembolisatio, ill. szelektív vena porta ligatura. Az így indukált hypertrófia és hyperplasia eredményezhet kellő nagyságú májvolumen egy kezdetben inoperábilisnak vélt májdaganat, második lépésben végzett resectioja előtt.

3 év alatt az I.sz. Sebészeti Klinikán 20 betegnél történt jobb oldali vena porta ligatura, enormis, technikailag operábilis, ugyanakkor funkcionálisan kevés parenchyma visszahagyásával járó, jobb lebenyben elhelyezkedő májtumorok 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 biztonsággal a második, resectio 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 végzett májresectiók portalis ligatúrával kombinálva biztonságosabbnak teszik a tervezett resectiót jól válogatott beteganyagban. A 3D volumetria elengedhetetlen, illetve az ICG denzitometria pedig erősen javallt a fenti beavatkozások kapcsán.

179.

A HIPOXIA INDUKÁLTA FAKTOR (HIF) 1 ALFA EXPRESSZIÓJA CÖLIÁKIÁS GYERMEKEKBEN

Sziksz E.¹, Szebeni B.², Vannay Á.³, Veres G.¹, Dezsőfi A.¹, Ónody A.¹, Korponay-Szabó I.⁴, Szabó A.¹, Tulassay T.¹, Arató A. Semmelweis Egyetem, I. Gyermekklinika, Budapest ¹, SE-MTA Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Budapest ², Semmelweis Egyetem, Szentágotthai János Tudásközpont, Budapest ³, Heim Pál Gyermekkórház, Gasztroenterológiai-Nephrológiai Osztály, Budapest ⁴

Bevezetés és célkitűzés: Korábbi kísérleteink során azt tapasztaltuk, hogy a cöliakiás gyermekek duodenális nyálkahártyájában a Toll-like receptor 4 (TLR4) fehérje szintje megemelkedett. Jelenlegi ismereteink szerint a TLR4 jelátvitel a hipoxia indukálta faktor 1 alfa (HIF-1α) akkumulációjához vezet, mely fontos szerepet tölt be a proinflammatorikus citokinek TLR4-dependens expressziójában. Mivel cöliakiában a HIF-1α-val kapcsolatban nincs irodalmi adat, célul tűztük ki ezen hipoxia regulálta transzkripció faktor expresszió változásának vizsgálatát a betegség kapcsán.

Betegek és módszer: Duodenum biopsziás mintákat gyűjtöttünk 16 kezeletlen [életkor: medián (tartomány): 6,7 (3,7-13,9) év], valamint 9 kezelt [életkor: medián (tartomány): 6,7 (4,9-12,7) év] cöliakiás gyermektől és 10 kontroll személytől [életkor: medián (tartomány): 8 (1,7-13) év]. A HIF-1α mRNS expressziót SYBR Green alapú real-time reverz transzkripció-polimeráz láncreakcióval (RT-PCR), a HIF-1α fehérje szinteket Western blotlalt vizsgáltuk, a lokalizációt immunfluoreszcens technikával elemeztük. A statisztikai analízishez Mann-Whitney U tesztet alkalmaztunk. Eredmények: A HIF-1α mRNS expresszió fokozódott, valamint a HIF-1α fehérje szint szignifikánsan emelkedett (közel 3x-os változás) a kezeletlen cöliakiás gyermekek duodenum nyálkahártyájában a kontrollokhoz képest (p<0.05). A kezelt cöliakiás gyermekekben csökkent a HIF-1α mRNS expresszió, és a HIF-1α protein szintje megközelítőleg kétszer alacsonyabb volt mint a kezeletlen cöliakiás gyermekekben (p<0,05), azonban magasabbnak bizonyult a kontrollokénál (p<0,05).

Következtetés: Eredményeink arra utalnak, hogy a cöliakia kapcsán tapasztalt fokozott TLR4 expresszió képes upregulálni a HIF-1α molekula expressziót, s ez modulálhatja a gyulladást és/vagy az apoptózist a betegség kapcsán.

180.

RARE SERIES OF COMPLICATIONS FOLLOWING ERCP

Szilágyi I.¹, Lovay Z.¹, Ecsedy G.¹, Fenyvesi A.², Fuszek P.², Bede A.³, Ender F.¹, Jahn-Ferenc Hospital, Department of Surgery ¹, Jahn-Ferenc Hospital, Department of Gastroenterology ², Jahn-Ferenc Hospital, Intensive Care Unit ³

Introduction: ERCP and EST have an overall complication rate of 2-7%. Most frequent complications are pancreatitis, perforation and haemorrhage. Despite of appropriate treatment mortality is still 0.5-1%. In our case we are presenting a rare series of complications.

Case report: 56 years old female - already had cholecystectomy- presenting with choledocholithiasis underwent ERCP, EST, bile stone extraction. Within an hour the patient developed subcutaneous emphysema and acute abdominal symptoms, CT scan showed pneumoperitoneum, left pneumothorax and pneumopericardium. Chest tube and epidural cannula were inserted. During urgent laparotomy we performed Kocher mobilisation of the duodenum, did not find any perforation, inserted a feeding jejunostomy tube and performed retroperitoneal drainage. CT scan carried out on the 7th postoperative day revealed acute necrotizing pancreatitis. As the patient developed retroperitoneal abscesses while being treated with broad spectrum antibiotics, we performed exploration, necrectomy, irrigation-suction drainage several times. After the remission of the retroperitoneal abscesses a colocutan fistula developed with the patient being afebrile. Though the closure of the fistula was expected, the patient became febrile again, CT scan showed an abscess behind the ascending colon due to the fistula. During the 5th operation the abscess was evacuated, the colon ascendens aperture was sutured and the fistula was excised. The patient was emitted in good clinical condition.

Conclusion: ERCP and EST can have severe complications with poor outcome and requiring multidiscipline interventions. Complications accompanied by pneumothorax and pneumopericardium are rare. Successful treatment can only be achieved by the patient's close observation by the surgeon, the gastroenterologist and the intensivist, usage of appropriate imaging techniques and the urgent treatment of complications identified in time.

181.

IMAGING OF THE GIST

Szilvás Á.¹, Székely G.², Berki I.³ Szt. János Hospital Gastroenterology, Budapest, 1025. Diós árok u. 1. ¹, Szt. János Hospital Gastroenterology, Budapest, 1025. Diós árok u. 1. ², Szt. János Hospital Surgical Dept., Budapest, 1025. Diós árok u. 1. ³

Introduction: Gastrointestinal stromal tumours (GISTs) are mesenchymal tumours of the digestive tract. These tumours represent 0.1-3% of all gastrointestinal neoplasms. These tumors can arise anywhere in the gastrointestinal tract, but most often in the stomach (70%). They are diagnosed sometimes as accidentally findings, but in the other cases they occur as urgent problems in the gastroenterology such as abdominal pain and bleeding. 10-30% of the newly diagnosed GIST are malignant. The imaging methods can predict the answer for these questions and help the management of the following strategies in this type of the gastrointestinal tumours.

Patient and methods: 62 years old man admitted to our Hospital with rectal hematochesia. In the previous anamnestic data were negative, he hadn't any complaints before this problem. His abdominal status was normal. The upper endoscopy was performed, and detected a giant intraluminal tumor in the corpus region of the stomach, with ulceration on the surface. Biopsies and aspiration cytology were taken. Because the huge size, the ulcerations suggested malignant potential. Ultrasound examination was performed. The abdominal ultrasonography showed an inhomogen liver, cholelithiasis and an solid mass in the epigastric region with 52x48x50 mm sizes, circle-type, somewhere irregular border. At the distal part of the stomach the structure of the tumour was inhomogen with vascularisation. The ultrasonography signs predicted the malignancy of the abdominal mass.

Results: The incidental upper gastrointestinal tumours can be visualised by abdominal ultrasonography. In these cases by routine ultrasound examinations we can detect the localisation, the origin, and we can predict the benign or malignant potential and prevent the urgent problems.

182.

MYELOMA WITH MANIFESTATION OF DIGESTIVE TRACT AND COMPLICATIONS. CASE-REPORT.

Szinku Z.¹, Kertész Z.¹, Rajnics P.¹, Sülle C.¹, Egyed M.¹, Dávid M.², Lakosi F.³, Hunyady B.¹, Kaposi Mór Teaching Hospital, Department of Internal Medicine, Kaposvár ¹, Medical University of Pécs, 1st Department of Internal Medicine, Division of Haematology and Transplantation, Pécs ², University of Kaposvár, Department of Diagnostic Imaging and Oncoradiology, Kaposvár ³

A 54 years old man with growing subcutaneous abnormality above his shoulder-blade was admitted in our hospital. CT-scan showed destruction of the right scapula and ribs by the tumour and it was spreading to the spinal channel. The thickness of the colon wall at hepatic flexure was also described. Histological examination of colon and subcutaneous abnormality referred to plasmacytoma. Cytostatic therapy and irradiation of the affected chest-wall was introduced.

After first cycle of chemotherapy, melena developed, so we produced urgent upper endoscopy. Endoscopic examination showed tumorous infiltration of the duodenum wall, and digested blood was observed on the top of infiltration. Subsequently our patient had jaundice. Cholangio MRI was made and showed a dilatation of the bile duct. ERCP examination found a tumorous lesion, which infiltrated the papilla and caused obstruction of the bile duct. After bile duct stent implantation the duodenum was irradiated. The first line chemotherapy was ineffective, thus EDAP protocol was introduced as 2nd line therapy. Due to this chemotherapy, after 1st cycle the patient near complete remission was achieved, so ASCT was introduced. After ASCT CR was achieved. He was disease free until 1 year, but unfortunately his disease reappear and despite the repeated chemotherapy he was died shortly.

We would like to interpret our team-work in our hospital in this multi-disciplinary case.

183.

A PANCREATITIS-ASSOCIATED CHYMOTRYPSINOGEN C MUTANT ELICITS ENDOPLASMIC RETICULUM STRESS AND APOPTOSIS

Szmola R., Sahin-Tóth M., Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, USA

Background and Aims: We recently identified chymotrypsinogen C (CTRC) as a novel susceptibility gene for chronic pancreatitis in humans (Nat Genet 2008; 40:78-82). Pancreatitis-associated CTCR mutants exhibit diminished secretion due to intracellular retention and degradation. We hypothesized that mutation-induced CTCR retention may result in endoplasmic reticulum (ER) stress and activate the unfolded protein response (UPR). Since prolonged activation of the UPR can lead to apoptotic cell death, a direct link may be established between CTCR mutants and acinar cell death in chronic pancreatitis. The aim of the present study was to test this hypothesis using the disease-associated p.A73T CTCR mutant.

Methods: Wild type and p.A73T mutant human CTCR were expressed in the AR42J rat acinar cell line and primary mouse acinar cells using adenovirus mediated transfection. Levels of UPR markers (BiP, spliced XBP1, and CHOP) were determined in cell lysates by western blot and RT-PCR analysis. As indicators of apoptotic cell death, caspase-3/7 activity and terminal deoxynucleotidyl transferase-mediated dUTP nick-end labeling (TUNEL) were also assessed.

Results: Cells expressing the p.A73T mutant exhibited elevated BiP mRNA and protein levels and increased splicing of XBP1, compared to cells expressing wild type CTCR. Cells transfected with the p.A73T mutant became detached over time and showed significantly increased caspase-3/7 activity and TUNEL staining, consistent with apoptotic cell death. Finally, marked induction of the transcription factor CHOP, a known mediator of ER stress induced apoptosis, was also observed in cells expressing the p.A73T mutant.

Conclusions: The results demonstrate that the p.A73T pancreatitis-associated CTCR mutant causes ER stress, activates the UPR and elicits apoptosis via induction of the pro-apoptotic transcription factor CHOP in pancreatic acinar cells. The findings suggest a novel disease mechanism in chronic pancreatitis which is unrelated to trypsin activity.

184.

MELANOSIS COLI. KÓROS NYÁLKAHÁRTYAFESTÉK

Szolykóné Szaszko Z., Szigeti N., Fábán G., PTE ÁOK II.sz. Belgyógyászati Klinika és Nefrológiai Centrum

A melanosis coli gyakori elváltozás, amit legtöbbször antrakinon tartalmú hashajtó tartós szedésével hoznak összefüggésbe. A sötétbarna-fekete nyálkahártya elszíneződés oka a szer által fokozott epiteliális apoptózis; az elhalt sejtek fragmentumaiból létrejött lipofuzcin a macrophagokat megfestve hozza létre a lamina propria elszíneződését, emellett a felszívó hámsejtek kóros elváltozása és a submucosus idegrostok degenerációja is megfigyelhető. Ez utóbbi feltehetőleg az idült székrekedés, és nem a hashajtó szedésének következménye. Korábban felmerült annak lehetősége, hogy a melanosis coli praecancerosus elváltozás lenne, de komolyabb prospektív és utókövetéses vizsgálatok ezt a felvetést egyértelműen elvetik. Munkánkban egy olyan esetről számolunk be, ahol szűztea kapszula tartós szedését követően történt kolonoszkópos vizsgálat a teljes vastagbélre kiterjedő, szövettanilag megerősített melanosis colit igazolt.

185.

HEPATITIS KÜLÖNÖS ESETE- AVAGY MILYEN DIAGNÓZIST ÖLTÜNK A BETEGRE ?

Szombati A.¹, Schuller J.¹, Dinnyés M.¹ Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház III. Belgyógyászat¹, Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház III. Belgyógyászat², Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház Bőrgyógyászati Szakrendelés³

Egy 30 éves, három éve colitis ulcerosa miatt gondozott nőbeteg esetét ismertetjük. A beteget korábban más intézetben gondozták, ám gyakori exacerbációk, és szteroid igény miatt, újból fellángolás alkalmával került osztályunkra. Salazopyrin, szteroid és antibiotikum terápia mellett állapota rendeződött.

Három és fél héttel később a beteg lázas lett, majd két nappal később testszerte megjelenő erythema és purpura jelentkezett, amelynek hátterében vírusos aetiológia merült fel. Újabb két nap elteltével a beteg lázasan, elesett állapotban, kifejezett faciális, acralis oedema, morbilliform exanthema, és hasmenés miatt került felvételre. Felvételekor a súlyos dermatitist, emelkedett fvs-t és CRP-t észleltünk, majd néhány nappal később fokozódó cholestatikus hepatitis jelentkezett. Bőrgyógyász konziliáriusunkkal egyetértésben toxicodermát, annak kiváltásában a Salazopyrin szerepét tételeztük fel, ezért azt elhagytuk és szteroid kezelést indítottunk. A társuló súlyos hepatitis miatt DRESS syndroma lehetőségét vetettük fel, amit a későbbi vizsgálatok és a körlefolyás igazoltak.

187.

GIST KOMPLEX SEBÉSZI KEZELÉSE

Szűcs Á.¹, Bodoky G.², Pápai Z.³, Kupcsulik P.¹, Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Onkológia, Budapest², Állami Egészségügyi Központ, Onkológia, Budapest³

Bevezetés: A gasztrointesztinális stromális tumor (GIST) az emésztőtraktus leggyakrabban előforduló mesenchymális eredetű tumora. A tirozin-kináz gátló szerek alkalmazása javította ugyan a betegség kezelését, a sebészi ellátás prioritása nem megkérdőjelezhető.

Betegek: 2000 és 2008 között 62 (29 nő és 33 férfi) hisztológiailag verifikált GIST-os beteg sebészi kezelését végeztük, mely ismereteink szerint a legnagyobb számú beteget tartalmazó hazai közlés.

Eredmények: A tumor előfordulása az alábbi: gyomor 30 eset (48%), vékonybél 16 eset, (26%), vastagbél, nyelöcső, duodenum 2-5-2 eset (5-10-5%), retroperitonealis 7 eset (11%). A daganat retroperitonealis előfordulása az irodalmi adatoktól eltérően anyagunkban gyakoribb. A 62 beteg közül 51 esetben elsődlegesen felfedezett elváltozás eltávolítását végeztük, 51-ből 42 esetben R0 reszekcióval. A recidív daganatok (11 eset) kevesebb, mint felében (4 esetben) tudtunk R0 reszekciót végezni. Az összes beteg tekintetében R0 reszekció után a betegség progressziója csak 5 esetben volt ismert. Az elsődleges felfedezett metasztatikus daganatok R0 reszekciója esetében a betegség progressziója 1 esetben volt igazolható. R0 reszekció hiányában a követési időszak alatt a megkezdett onkológiai kezelés mellett is 5 esetben a betegség előrehaladása volt megfigyelhető. A recidív daganatban szenvedő betegek utánkövetése során mindösszesen 5 esetben észleltünk progressziót. A megfigyelési időszak alatt progresszióval járó folyamatok szövettani vizsgálat alapján készült kockázati besorolása kivétel nélkül high risk GIST-t igazolt. Kiemelendő ugyanakkor, hogy a nem R0 reszekcióval eltávolított vagy recidív, illetve áttéti tumorok esetén is a betegek 2/3-a progressziómentes.

Összefoglalás: A GIST tumorok kezelésének alapja mind a mai napig a radikális sebészi beavatkozás. A leghosszabb túlélés elérése érdekében feltétlen törekedni kell az R0 reszekcióra. Azonban recidív vagy áttéti folyamatok esetében a „debulking” mindenképpen mérlegelendő, mivel sok esetben jelentősen javíthatja a túlélési időt. A folyamat progresszióját a sebészi radikális mellett a daganat biológiai tulajdonságai jelentősen befolyásolják.

186.

DISSZEMINÁLT KAPOSI SZARKÓMA GASZTROINTESZTINÁLIS MANIFESTÁCIÓJA PRIMER COLON ADENOCARCINOMA MELLETT-ESETISMERTETÉS

Szónyi M.¹, Lohinszky J.², Pozsár J.¹, Topa L.¹, Gasztroenterológiai profil, Szent Imre Kórház, Budapest¹, Klinikai Onkológiai profil, Szent Imre Kórház, Budapest²

Bevezetés-A Kaposi-sarcoma érederetű, leggyakrabban a bőr tumoraként jelentkező megbetegedés. A kórképt Kaposi Mór idős férfiaknál észlelte: bőrükön bíborszínű fájdalomcsomók jelentek. Négy formája ismert. A: klasszikus típus idős B: az afrikai típus. C: a szervátültetésen átesett immunzupprimált betegeké D: AIDS-hez társul. Több típusában mutatták ki a Human herpesz vírus 8-at. Kialakulásához hozzájárul még az immunzuppressziót okozó HIV fertőzés, malnutrició, kemoterápia, CMV koinfekció. Feltételezhető az ACE gátlók és az alumíniumszalicilátok szerepe is. Leggyakoribbak a bőrt és orofaringeális mucosát érintőek, de gyakoriak a nyirokcsomókban, légző-, és gasztrointesztinális szervekben megjelenő manifestációk is.

Esetismertetés-Betegünk anamnézisében tonsillectomia, appendectomia, II-es típusú diabetes mellitus szerepel. Gravis microcitraemia miatt vettük fel. Sztenotizáló colon transversum tumort találtunk, akutan bal hemicolectomia történt. A rezekátum patológiai feldolgozása Grade II-es, Dukes B1 típusú adenocarcinomat mutatott, de a mesenterialis nyirokcsomókban, később a gyomorból eltávolított polypoid képletből -, a jobb alszáron talált papulából-, a colonoscopy során eltávolított polypoid képletből készült vizsgálatok is a Kaposi szarkómát igazolták. A hasi CT gyomorpolyptot igazolt, az EUS a submucosát és a muscularis mucosát is infiltráló érdús képletet igazolt. A HIV szerológia, immun elfo és CMV vizsgálatok negatívak lettek, a HHV 8 fertőzést DNS és PCR technikákkal igazolni nem sikerült. Két széria antracyclin terápiát kapott, majd a kontroll endoszkópos vizsgálatok teljes regressziót igazoltak.

Eredményeink-A Kaposi sarcoma gasztrointesztinális manifestációja nem ritka. Betegünk esetében azonban egy igen gyakori-, primer tumoros betegség mellett accidentalisan felfedezett-, hazánkban egyébként is ritka tumoros betegséget találtunk. Az onkológiai kezelés mellett mind a primer betegség-, mind a Kaposi szarkóma tekintetében, a képalgorit vizsgálatok tanúsága szerint, teljes regressziót értünk el.

188.

A DIAGNOSZTIKUS (RADIÁLIS) ÉS INVAZÍV (LINEÁRIS) ENDOSONOGRAPHIA (EUH) HELYE A DIAGNOSZTIKÁBAN

Takács R., Erőss B., Hamvas J., Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gasztroenterológia

Bevezetés: Az endosonographia használata a gastrointestinális tractusban lehetővé teszi mind a felső mind az alsó tápcsatorna egyidejű endoscopos és ultrahangos ábrázolását. Specificitása 98%, sensitivitása 93%. A radiális (diagnosztikus) eszközzel történő vizsgálat lehetővé teszi a mucosa, submucosa, mélyebb parenchymás szövetek, cysták érhálózat, keringés, áramlási viszonyok vizualizálását. Értékét tovább növeli a lineáris (invazív) endoscopy, mellyel a submucosális és mélyebb szövetekből, szervekből célzott mintavételre (FNAB) van lehetőség. Az EUS vizsgálat ma már a pancreas folyamatok differenciál diagnosztikájában a gold standard-t jelenti

Betegek és módszerek: A vizsgált két év alatt 253 EUH vizsgálatot végeztünk. A 171 diagnosztikus vizsgálat (159 felső, 12 alsó GI) történt. A betegek beutalási indikációi: polypusok és tumorok mélységi terjedése, submucosus és extraluminaris képletek, lymphoma staging, pancreas térfoglaló folyamatok, cysták, CCP vizsgálata. FNAB-t végeztünk 82 esetben, submucosus és extraluminaris képlet tisztázatlan dignitása, pancreas inhomogenitás és gócos képlet citológiai tisztázása céljából

Összefoglalás: A diagnosztikus és invazív EUS értékes módszer a felső és alsó tápcsatorna (rectum - sigma), valamint a környező szervek (pancreas, hepar) és képletek (erek, nyirokcsomók, extraluminaris képletek) vizsgálatában. A módszer értékét az aspirációval történő cytopathológiai diagnosztika tövább növeli. Lehetővé válik más módszerrel nem elvégezhető és biztonságos a pancreas pseudocysta szájaztatás (benyomattal nem okozó cysták). Az FNAB technika javításával, kiegészítő immunocytochemiai és szsz. molekulárgenetikai vizsgálatok elvégzésével a citológiai diagnosztika eredményei javíthatók. Az eredményeket tovább javítaná a true-cut ill az EUS hengerbiopszia elvégzése, melyek a mintavételi tú magas költsége miatt a jelen finanszírozási rendszerben nem elérhetők.

189.

SPONTANEOUS ESOPHAGEAL RUPTURE (BOERHAAVE SYNDROME) WITH COMPLICATIONS IN A PATIENT WITH ADVANCED REFLUX ESOPHAGITIS WITH NO EVIDENCE OF CONTRAST AGENT LEAKAGE

Takács K.¹, Solt J.¹, Garamszegi M.¹, Papp A.³, Sarlós G.², Imre M.⁴, Ruzics L.¹, Beró T.¹, Department of Gastroenterology, County Hospital of Baranya, Pécs ¹, Department of Radiology, County Hospital of Baranya, Pécs ², First Clinic of Surgery, Faculty of General Medicine, University of Pécs ³, Diagnostic Center, Pécs ⁴

Introduction: Boerhaave syndrome involves spontaneous rupture of the esophagus after forceful vomiting in alcoholics.

Case report: A 42-year-old male alcoholic was admitted to our ward on 11.26.07. After heavy alcohol intake, the patient vomited coffee-ground like matter and experienced bilaterally thoracic pain. The chest- and abdominal X-ray were negative. During gastroscopy, at the esophageal entrance we observed a fibrinous layer, which at 25 cm assumed a circular shape partly detached from the esophagus wall. It continued to the level of the cardia with a hiatic hernia visible at 41-44 cm. The next day, above the left diaphragm a dull percussion noise was detected with pleural noise. The chest X-ray and the chest- and abdominal CT showed mediastinal, retroperitoneal and subcutaneous emphysema with enclosed air content and some fluid in the mediastinum. There was no leakage of the contrast agent during the gastrographin swallow. In the distal paraesophageal area there was a semicircle of foam-like structures with the density of air. The patient was admitted to the surgery ward where the mediastinal abscesses were drained through the hiatus, a thoracic and a cervical incision. A jejunostomy was performed to allow the feeding of the patient. Intraoperative esophageal perforation was not detected. On 01.04.08, the patient suffered total esophageal obstruction. Despite elevated doses of PPI therapy, restenosis occurred. The patient was admitted to our ward three times, and esophageal dilation was performed a total of 13 times using balloon catheters up to 16mm in diameter. Since the last treatment of the patient in May 2008 he remains symptom-free.

Conclusion: In alcoholics with advanced reflux esophagitis, we must consider the possibility of Boerhaave syndrome. The absence of contrast agent leakage, even when accompanied by typical X-ray and CT results, does not rule out earlier esophageal perforation. Timely, adequate treatment may result in full recovery even in cases with additional complications.

190.

CORRELATION OF PRIMARY KINASE GENOTYPE AND CLINICAL OUTCOME OF IMATINIB AND SUNITINIB FOR TREATMENT OF ADVANCED GIST

Tamas K.¹, Sapi Z.², Fule T.², Bodoky G.¹, 1Szent László Teaching Hospital, Oncology Department, Budapest ¹, 21st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest ²

Background/Purpose: Most gastrointestinal stromal tumours (GISTs) harbour mutant KIT kinase, which is imatinib target. Sunitinib, which targets KIT and several other kinases, has demonstrated efficacy in patients with GIST after they experience imatinib failure. But not all patients benefit equally. We examined the impact of primary kinase genotype on imatinib and sunitinib activity.

Patients/Methods: Tumour responses were assessed radiologically in 41 patients with unresectable /metastatic GIST. KIT mutational status was retrospectively determined for all these patients by using tumour specimens obtained before first-line imatinib therapy.

Results: Among our patients with GIST, exon 11 was identified as the most common site for KIT mutation (63%), exon 9-mutant GIST was assessed at 17% of our patients, while wild-type KIT/other exon mutations were observed at 20% of our patients. GIST responsiveness to first-line imatinib varied by primary KIT genotype, patients with exon 11-mutant and exon 9-mutant GISTs were more sensitive (TTP: average 32.7 months v 33.2 months) than those with wild-type KIT/ other exon- mutant GISTs (TTP: average 24.6 months). In terms of responsiveness to second-line sunitinib, TTP was longer for our patients with primary KIT exon 9 mutation than for those with exon 11 mutation, or wild-type KIT/other exon mutations (TTP: average 20.25 months v 10.0 months and 7.5 months, respectively).

Conclusion: Our results showed that clinical activity of both imatinib and sunitinib are influenced by primary mutations in the predominant pathogenic kinase, which has implications for optimization of the therapy of patients with GIST.

191.

NEW MINIMAL INVASIVE INTERVENTION: FLEXIBLE ENDOSCOPIC CREATION OF MAGNETIC COMPRESSION ANASTOMOSIS

Tari K.¹, Lukovich P.¹, Jónás A.¹, Dudás I.², Zsirka A.¹, Váradi G.¹, Kecskédi B.¹, Gerő D.³, Kupcsulik P.¹ 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ¹, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest ², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest ³

Introduction: The palliative surgical treatment of gastric outlet obstruction caused by inoperable malignant (pancreatic-, bile duct-, distal stomach cancer) or benign diseases (pyloric stenosis, chronic pancreatitis) is creation of surgical gastro-jejunal anastomosis (GEA) to by-pass the stenotic duodenum. Beside traditional gastro-jejunostomy performed through a laparotomy there are minimal invasive techniques as well, just as laparoscopic GEA or implantation of self-expandable metal stents. Since the laparoscopic technique performed in narcosis, this procedure is stressful as well for the usually bad conditioned patients; and the occlusion and migration of metal stents are common complications.

Method: At 1st Department of Surgery, Semmelweis University after practice of creation magnetic anastomosis on biosynthetic model the procedure was performed on a living porcine model as well. Magnets were inserted per orally to the jejunum and the stomach, assisted by a flexible endoscope and two guide wires. Positioning and attachment of the magnets were followed by fluoroscopy. During control endoscopy performed on the 14. day after procedure, magnets were removed and the gastro-jejunal anastomosis was examined.

Results: This technique is easy to perform, the gastro-jejunal anastomosis developed without any complications. Since the procedure causes minimal strain for the patient, this new method could become an alternative of the existing minimal invasive techniques.

192.

MR ENTEROGRAPHY IN IBD PATIENTS

Tarján Z.¹, Wacha J.², Zágonyi T.², Sahin P.³, Kovács Á.⁴, Raditec Kft. ¹, Semmelweis Egyetem ², Szt. Imre Kh. ³, Péterffy S. u. Kórház ⁴

Purpose: The traditional imaging of Crohn's disease has relied on barium studies, sonography and CT examinations. With modern technology MRI become able to assess the small intestine as well. We wanted to evaluate the role of modern MRI techniques in the diagnostic workup of IBD patients.

Materials and methods: In a 3-years period 327 patients (135 female, mean age 24.7 years) were referred to our unit with suspected or known IBD located to the small intestine. In our protocol the patient preparation consisted of an overnight fasting with slight bowel preparation and orally administered contrast agent using forced gastric emptying and smooth muscle relaxants without nasojejunal tube insertion. Fast, high resolution breath-hold sequences were used coupled with movie like functional images of the intestinal motility and imaging of the perianal involvement. In 163 patients the clinical activity was available at the time of MR enterography. In 8 patients the results of subsequent surgery were reached.

Results: Good bowel distension was achieved using our protocol in 265/327 cases. The MRI activity signs correlated in 76.6% of the cases with the clinical activity. Fibrous strictures determined by functional MR images were confirmed in 7 of 8 operated cases. Perianal fistulous tracts were categorized according to Parks classification, abscesses were confirmed or excluded, and activity of perianal disease could be graded.

Conclusion: MR enterography can provide all the information needed for small intestinal IBD patients in one single exam. It detects wall thickening, mesenteric proliferation, lymph node involvement, abscesses and fistulas also in the perianal region and is able to differentiate active disease from remission and fibrous strictures from inflammatory ones. It has no radiation burden thus can be repeated in the often young IBD patients (compared to the radiation dose of CT enteroclysis equivalent to approximately 6 years background radiation).

193.

SUCCESSFUL OUTCOME OF MULTIPLE ARTERIAL EMBOLISATION IN A 16-YEAR-OLD GIRL WITH ULCERATIVE COLITIS

Tárnok A.¹, Kasza G.² Dept. of Pediatrics, University of Pécs, Pécs, Hungary ¹, Dept. of Vascular Surgery, University of Pécs, Pécs, Hungary ²

Introduction: Though thromboembolic events are known to complicate inflammatory bowel disease very few cases with arterial occlusion have been reported in pediatric ulcerative colitis (UC) so far.

Report: A 16-year-old female patient who had been treated for UC (descending colon and rectosigmoid localization) for 2 years was admitted because of a flare-up (PUCAI=70). Lab tests and abdominal ultrasound were consistent with the clinical picture. Stool culture proved giardia infestation. On 48mg methylprednisolon and metronidazole her condition improved, bloody diarrhoea ceased. On day 14 her condition deteriorated, she developed preshock and severe chest pain. Chest X-ray and cardiology exam showed no abnormality. No evidence of coagulopathy could be demonstrated. After fluid resuscitation, packed red blood cell transfusion and further elevation of her corticosteroid (3mg/kg/day) her symptoms resolved. Ten days later she developed clinical signs of arterial circulatory defect of her left leg. As Doppler scan showed no signs of arterial occlusion vascular surgeon suspected vasospastic syndrome. Low molecular weight heparin and pentoxifylline were given, her symptoms resolved by next day. Two days later she had a transient motor aphasia that resolved without sequelae in 30 minutes completely. Few hours later she developed left femoral artery occlusion and femoral embolectomy was performed. Head MRI showed signs of bilateral multiple microembolisation. Repeated cardiology exam demonstrated neither cardiac anomaly nor intracardiac source of emboli. Screening for factor V Leiden and prothrombin mutations was negative and antiphospholipid syndrome could be excluded also. Family history was negative for thromboembolic episodes. At present the patient is in remission without any rest symptoms of her previous emboli.

Discussion: Arterial embolisation in UC is extremely uncommon. In our patient none of the tests revealed any predisposing factors therefore we consider UC as the most likely trigger for hypercoagulability causing arterial embolisations.

194.

HAEMOGLOBIN ÉS ALBUMIN IMMUNVIZSGÁLAT ALKALMAZÁSA COLORECTALIS SZÜRÉSÉNél

Tarpay Á.¹, Ottó S.², Sz.Németh M.², Burai M.¹, Pap Á.², Gasztroenterológia/Endoszkópia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ¹, Központi laboratórium, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ²

Hazánkban a colorectalis (vastagbél + végbél) rákban megbetegedők száma a második legmagasabb, közel 9000 ember betegszik meg évente és ez a szám még mindig emelkedik. A legolcsóbbnak hitt szűrőmódszer a székletben lévő rejtett vér kimutatása laboratóriumi módszerekkel, de ennek érzékenysége csak 20-30 %. Az évente ismételt székletszűrő az eredményeken javíthat, de az esetleges késés a végleges gyógyulást kétségessé teszi, és a költségeket növeli.

Új érzékeny módszert fejlesztettünk ki a széklet okkult vér vizsgálatára a haemoglobin és albumin immunológiai kimutatására szolgáló ellenanyaggal, elektroszinerézis módszerrel. Munkacsoportunk 2008. októbertől 2009. június 1. között végzett colonospos vizsgálatok előtt három egymást követő székletből vett mintából a colonoscopias vizsgálat eredményének ismerete nélkül a fenti módszerrel székletvér kimutatást végzett. Az eredményt a később elvégzett colonoscopias eredménnyel vetettük össze. A colonoscopiával felismert polypusokat illetve invazív daganatokat figyelembe véve a módszer érzékenysége 32 % volt, függetlenül a polypus méretétől. A negatív eredmények 1/3-a álnegatívnak, 2/3-a valós negatívnak bizonyult. Álpozitív vizsgálat mindössze 1 volt, a negatív prediktív érték 67 % volt. Az ismételt széklet vizsgálattal az érzékenység javult az első napi eredményhez képest, ezért mérlegelni kell, hogy FECA negativitás esetén a következő vizsgálat már 1 hónap múlva, ismételt negativitás esetén fél, majd egy év múlva legyen.

A colonosopia eredményét tekintve gold standardnak az albumin és haemoglobin együttes mérésén alapuló immun vizsgálat érzékenysége jobb mint a guajak alapú teszteké, de fontos a beteg felvilágosítása az álnegatív eredmények viszonylagos (32 %) gyakoriságáról. Ez alapján a betegnek kell döntenie, hogy ismételt vérszűrést vagy a colonosopia elvégzését választja szűrő módszerként. Az utóbbi negativitása esetén mintegy 10 évre mentesül a további szűrés alól, míg az okkult vérszűrést választva ismételt vizsgálat nélkül közel 70 % esélye van a fejlődő polypus vagy daganat késői felismerésének

195.

AZ ENDOSCOPOS ULTRAHANG VIZSGÁLAT JELENTŐSÉGE A GIST DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Tatai O., Takács R., Erőss B., Hamvas J. Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. sz. belgyógyászat-gasztroenterológia

Bevezetés: Gastrointestinális tractus bármely szakaszán kialakulhat GIST, a Cajal sejttel közös ősejtből. Sporadikusan keletkezik, valamely somaticus mutáció(k) alapján. Leggyakoribb mutáció a C-kit gént érinti, mely terméke egy transzmembrán receptor-trozinkináz molekula. GIST tumorok 92 % ban van jelen a KIT fehérjét aktiváló C-kit mutáció.

A betegek hasi fájdalommal, vérzéssel, localizációtól függően dysphagiával, székelési panasszal jelentkezhetnek, de az esetek nagy részében tünetmentes. Az összes gastrointestinalis daganat 0,2-1 %-t teszik ki. A gastrointestinalisban leggyakrabban a gyomorban, vékonybélben, vastagbélben fordulnak elő, ritkábban extragastrointestinalisan jelentkeznek. Submucosus elhelyezkedésük miatt komoly diagnosztikai problémát jelentenek.

Betegek és módszerek: Osztályunkon 2007. júliusa óta végzünk diagnosztikus és invazív endosonographiát, amely a GIST diagnosztikáját megkönnyíti. Saját és társintézmények kérésére azóta 49 betegnél végeztünk submucosus képlet beutaló iránydiagnózis alapján diagnosztikus endosonographiás vizsgálatot. Amennyiben a submucosus képlet igazolódott, a betegeket invazív vizsgálatra visszarendeltük. Eddig az invazív endosonographiára (FNAB) összesen 25 betegnél került sor radiális EUH-t követően, vagy első vizsgálatként.

Az elvégzett vizsgálatokból 7 esetben vetett fel az FNAB GIST-t, ebből 2 esetben az elvégzett molekuláris genetikai vizsgálat egyértelműen igazolta a GIST jelenlétét, 2 betegnél a már kifejeződött elváltozás felszíni hisztológiája adta a diagnózist. 3 betegnél a vizsgálat időpontjában még nem volt lehetőségünk molekuláris genetikai vizsgálat elvégzésére.

Összefoglalás: Submucosus képletek esetén a radiális EUH vizsgálat és a lineáris EUH vizsgálatlal elvégezhető FNAB és a differenciál diagnosztikában nélkülözhetetlen. A módszer értékét a kiegészítő immun-cytokémiai és molekuláris-genetikai vizsgálat komplementálja, megalapozza a műtéti indikáció felállítását.

196.

GYAKORI, HELICOBACTERTÓL FÜGGETLEN FEKÉLY A VESEÁTÜLTETÉS UTÁNI ELSŐ ÉVBEN

Telkes G.¹, Péter A.¹, Tulassay Z.² Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest ¹, II. Belgyógyászati Klinika, MTA Kutató Csoport, Semmelweis Egyetem, Budapest ²

Bevezetés: A vesetranszplantált betegeknél 20-60%-ban lép fel gasztrointesztinális panasz. Ennek ellenére endosccoppal is igazolható eltérésekről, és a fekélybetegség tényleges gyakoriságáról keveset tudunk.

Anyag és módszer: Európa 8. legnagyobb vesetranszplantációs centrumában 2135 veseátültetést végeztünk 1994 és 2007 között. Ugyanebben az időben 672 felső endosccopiát végeztünk 543 esetben, panaszos vesetranszplantált betegben. 56,9% volt férfi, átlagéletkor 49.5 év (16-78). Minden beteg ulcus profilaxisban részesült.

Eredmények: A legfőbb indikációk a fájdalom, (46.2%), dyspepsia (23.2%) és vérzés/vérvesztés (18.4%) voltak. A leggyakoribb makroszkópos eltérések, átlag 1,53/beteg: inflammatio 46,7%, oesophagitis 24,7%, ulcus 16,9%, és eroziók 14,8% esetben. A betegek 29%-át az első évben, ezen belül 58%-ot már az első három hónapban vizsgálnunk kellett. Az első három hónapban a vizsgálatok 29,3%-a, az első évben 26,3%-a ulcust igazolt, szignifikánsan gyakrabban (p=0,0014), mint később. Az észlelt fekélyek 45,7%-a az első évben alakult ki. Helicobacter pylori (H.p.) jelenlétét 20,9%-ban igazolta a szövettan. A fekélybetegség 26%-a volt H. p. pozitív, p=0,28. A fekélybetegség gyakorisága független volt az immunuszuppresszív szerektől, és az alkalmazott savgátló gyógyszer fajtájától is. A gyors ureáz teszt (RUT) szenzitivitása csak 38,5%-nak bizonyult.

Következtetések: Transzplantáció utáni életében a betegek mintegy 25%-a esik át felső endosccopos vizsgálaton. A klinikailag jelentős eltérések aránya 84%, a fekélybetegség gyakorisága 17% volt, mindkét érték szignifikánsan (p<0.0001) nagyobb, mint az átlagos, endosccopián átesett népességben. A legveszélyeztetettebb periódus az első év, különösen az első három hónap. A H.p. „véletlen” eradikációja valószínűleg a közvetlen postoperatív időszakban történik, ugyanakkor H.p. nem játszik akkora szerepet a gasztrointesztinális panaszokban, mint az átlagnépességben. Vesetranszplantált betegek között az endosccopia viszonylag liberális indikációja is rendkívül gyakran tárt fel kezelendő eltéréseket.

197.

KRÓNIKUS C HEPATITIS TALAJÁN KIALAKULT, SIKERREL MŰTÖTT HATALMAS HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMA

Tolvaj G.¹, Bursics A.⁴, Kovács T.², Kovács R.³, Bély M.⁵, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Radiológia², HM Állami Egészségügyi Központ, Patológia³, Budai Irgalmasrendi Kórház, Sebészet⁴, Budai Irgalmasrendi Kórház, Patológia⁵

Bevezetés: A krónikus C hepatitisben szenvedő betegekben jelentősen fokozott a hepatocelluláris carcinoma kialakulásának kockázata. A kialakult daganat sokáig tünetmentes lehet. Felismerésében döntő szerepe van a szűrővizsgálatnak.

Esetbemutató: Egy 54 éves férfibetegben 7 évvel korábban végzett májbiopszia krónikus C hepatitist igazolt, HAI: 11, stage: 0. Több alkalommal részesült interferon + ribavirin, illetve pegilált interferon + ribavirin kezelésben. A vírus eliminációja sikertelen volt. Az utolsó kezelése befejezése után egy évvel végzett hasi ultrahang vizsgálat a májban nagy méretű szolid képletet igazolt, melyet a CT is megerősített (17 cm-es térfoglalás). Az ismételt végzett szérumban alkalikus foszfatáz, alfa1-fetoprotein meghatározás fiziológiás értéket adott. Az ultrahang vezérelt core biopszia hepatocelluláris carcinomát igazolt. A daganat miatt a máj jobb lebenyének reszekciója történt. A reszekatumban patológiai staging-e T3NxGII volt, ép reszekciós szélekkel. A műtét preparátumban észlelt érinvázió miatt a beteg jelenleg alternálva szisztémás és intraarterialis kemoterápiában részesül.

Következtetés: Az esetet a tumor nagysága ellenére fennálló teljes tünetmentesség, a normális ALP és AFP értékek miatt tartottuk közlésre érdemesnek, hogy ismertetésével a krónikus C hepatitis betegek ultrahangos szűrővizsgálatának fontosságára hívjuk fel a figyelmet.

199.

LONG-TERM RESULTS OF SELF-EXPANDABLE METAL STENTS FOR BENIGN BILIARY STRICTURES

Topa L., Pozsár J., Sahin P., Szent Imre Kórház, Gasztroenterológia, Budapest

Background: Benign biliary strictures / BBS/ are being increasingly treated with endoscopic techniques. Endoscopic treatment of benign bile duct strictures is technically challenging. Surgery has been the traditional treatment, but there is increasing desire for minimally invasive endoscopic therapy. At present, endoscopy has become the first line approach for the therapy of post-operative, and/or pancreatic benign biliary strictures.

Patients and methods: Our department in the last 8 years we treated endoscopically 36 BBS patients / 22 female (61%), 14 male (39%) / with self-expandable metal stents / SEMS/. The causes of BBS were chronic calcifying pancreatitis / 12 pts (33%) / , autoimmune pancreatitis / 2 pts (5,5%) / , recurrent cholangitis after surgical choledochoduodenostomy / 3 pts (8,5%) / and post-operative bile duct stricture – previous open and laparoscopic cholecystectomy- / 19 pts (53%) /. The self-expandable metal stent placement was technically successful in all pts /100% /. No procedure-related mortality was observed, procedure-related or stent associated complication was in 2 pts / septic cholangitis and liver abscess / , treated endoscopically : naso-biliary drainage and stent removal in 1 pts.

Results: After placement of SEMS 100% patients had relief of jaundice and cholangitis at completion of follow-up of period / mean of 3,5 years /. One patient have lost of follow-up, and the other one died an acute myocardial infarction. After a mean follow-up of 8 months, 12 pts / 33 % / , required another procedure due to stent occlusion. Therapy during the repeat procedure 11 pts consisted of insertion 1 or 2 plastic stent within the lumen of the SEMS, and one patient needed percutan-transhepatic drainage.

Conclusions: Endoscopic drainage of biliary obstruction by SEMS provides good long-term results in selected patients. To identify patients who benefit most from SEMS insertion, further, prospective randomised study are necessary.

198.

HALOLAJ TARTALMÚ ZSÍREMULSIÓ (SMOF) HATÉKONYSÁGA KORASZÜLÖTTÉK PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSÁBAN

Tomsits E.¹, Pataki M.², Tölgyesi A.², Fekete G.¹, Rischák K.³, Szollár L.³, Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekklinika¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika², Semmelweis Egyetem Kórélettani Intézet³

A kis súlyú koraszülöttek, különösen a beteg koraszülöttek perinatalis részleges vagy teljes parenterális táplálása túlélésük feltétele. Az újonnan kifejlesztett SMOF (Szoja-MCT-Oliva-Fish) lipid oldat középszénláncú trigliceridei és oliva olaj tartalma miatt gyors energia forrásul szolgál, csökkentheti a lipidperoxidációt, n-3 zsírsav túlsúlyú halolaj tartalma elősegítheti a koraszülöttek gyors növekedését és idegrendszeri és vizuális fejlődésüket.

Hatvan, 34. gestációs hétnél fiatalabb koraszülöttet, akiknél a parenterális táplálás szükségességét legalább 7 naposra becsültük, randomizálást követően két csoportba osztottuk, vagy 20%-Intralipid, vagy 20%-s SMOF oldatot kaptak lipid emulsióként. Születési súlyuk alapján három alcsoportot képeztünk, 1 (1000-1490g), 2 (1500-1990g) és 3 (2000-2500g).

A parenterális táplálás időtartama a születési súly növekedésével csökkent (SMOF A: 13,8 ± 2,1. B: 10,5 ± 3,8, C: 8,8 ± 3,5 nap, Intralipid 1: 11,9 ± 3,7, 2: 9,5 ± 4,0 3: 8,6 ± 2,4 nap.).

A vérék az elektrolitok, a vesefunkciós értékek és a véralvadási paraméterek alakulása hasonló volt mindkét csoportban. A szérumban TBARS koncentráció változása nem különbözött csoportok szerint. A májfunkciós értékek közül a gamma GT emelkedése a SMOF csoportban szignifikánsan kisebb volt, mint az Intralipid csoportban. SMOF 0. nap 127 ± 7, 15. nap 108 ± 6 IU/L, Intralipid 0. nap 114 ± 9 15. nap 187 ± 21 IU/L p < 0,05). A SMOF csoportban a vörösvértestek n-3 zsírsav tartalma növekedett a kezelés 0-15. napja között, különösen a legkisebb születési súlyúaknál C 20:5n-3 11,01 ± 7,49 umol/L, C22:5n3 5,35 ± 6,78 umol/L. Az n-6 zsírsavak esetében az arachidonsav koncentráció csökkenése kisebb mértékű volt a SMOF csoportban, mint az Intralipid esetében. A SMOF zsíremulsió kedvezően befolyásolhatja koraszülöttekben a kezelést követő cholestasist és a vörösvérsejtek n-3/n-6 arányát az oxidatív stressz fokozódása nélkül.

200.

M2-PIRUVÁTKINÁZ SZÉKLETTESTZTEL VÉGZETT COLORECTALIS SZÜRÉS - KEZDETI TAPASZTALATOK AZ ENDOSCOPOS VIZSGÁLATOK TÜKRÉBEN

Tóth G., Siket F., Székely G., Sovány I. Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza, Budapest, I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály

Bevezetés: A colonoscopy jelenleg is a colorectalis szűrés „arany standard”-ja. Emellett azonban fontos szerepet kapnak az egyszerű, könnyen kivitelezhető előszűrő eljárások. Ilyen ígéretes vizsgálat a Tumor M2-piruvátkináz (PK) kimutatása székletből.

A hazánkban is elérhető Schebo M2-PK székletteszt segítségével 12 hónap alatt, 105 beteg szűrését végeztük el. Vizsgálatunk során a pozitív (>4 U/ml) esetekben colonoscopiát javasoltunk, ezek endoscospos- és szövettani eredményeit dolgoztuk fel.

Demográfia: 28 (26,7%) pozitív betegből: 14 ffi/14 nő, átlag életkor: 63,7 év. 26 betegnél végeztünk teljes colonoscopiát, szövettani mintavétellel.

Eredmények: Endoscospos- és szövettani feldolgozás alapján 25 betegben találtunk értékelhető eltérést: 2 (8%) adenoc. 11 (44%) adenoma, 4 (16%) hyperplasticus polyp. 8 (32%) gyulladós képen belül- 3 diverticulitis, 2 IBD, 3 chronicus inflammatio volt. Az adenomatosus polypok közül 2 volt 10 mm-nél nagyobb.

A tumor M2-PK átlagértékek megoszlása betegségek szerint (U/ml): összes vizsgált: 8.32 , tumoros: 14.0 , adenomás: 7.23 , hyperplasticus polypos: 5.54, gyulladós esetek : 9.13.

Megbeszélés: Tekintettel a kis betegszámra, megbízható statisztikai számítás még nem végezhető. Eredményeink a nemzetközi vizsgálatokhoz hasonló tendenciát mutatnak. Így jelentős különbség észlelhető a tumorok, az adenomák és a hyperplasticus polypok M2-PK értékei között (14.0 vs 7.2 ill. 5.5). Gyulladásban, magasabb enzimszinteket korábbi vizsgálatokban is észleltek, melyet a proliferáló epithel-sejteknek és leukocytáknak tulajdonítanak. Ezen betegek szűrésére emiatt, továbbra is az endoscopy javasolt. Eredményeinket összevetettük az osztályunkon, ugyanebben az időszakban (hasonló körülmények közt, azonos műszerekkel) végzett colonoscospos vizsgálatokkal. Az M2-PK tesztrel előszűrő populációban az adenoc. előfordulása 8 %, míg az adenomáké 44 % volt, szemben a nem szűrtekben észlelt 4,7 % és 11,5 %-kal. A kezdeti eredményeink arra utalnak, hogy a tumor M2-PK teszt javítja az ismert szűrővizsgálatok találati arányát.

201.

MRNA AND PROTEIN EXPRESSION OF SEPTIN 9 GENE AND METHYLATED DNA ANALYSIS IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE

Tóth K.¹, Spisák S.², Galamb O.², Sipos F.¹, Wichmann J.¹, Leiszter K.¹, Valez G.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²

Background: Effects of increased methylation of specific genes can play important role in tumorigenesis. Free methylated septin 9 DNA was found in peripheral blood of colorectal cancer (CRC) patients and it can be a specific and sensitive marker. The effects of septin 9 hypermethylation at mRNA and protein level was not analysed until now.

Aim: Our aim was to detect the methylation related mRNA and protein expression changes of septin 9 in colorectal adenoma-dysplasia-carcinoma sequence (ADCS) and its reversibility by demethylation agent treatment.

Material and methods: Septin 9 was detected in healthy, adenoma and CRC samples by immunohistochemistry using septin 9 polyclonal antibody. Gene expression profile was evaluated in 7 healthy, 6 low-grade and 9 high-grade dysplastic adenoma, and 15 CRC samples using HGU133Plus2.0 microarrays. 5000 and 10000 epithelial and stromal cells were laser microdissected (LMD) from 6 normal, 6 adenoma and 6 CRC samples, and gene expression profiling was done. Expression of septin 9 alternative transcripts were also analysed in LMD samples. HT29 cells were treated by 5-aza-2'-deoxycytidine demethylation agent and mRNA, protein changes were identified.

Results: Septin 9 protein expression was significantly different between normal and CRC samples ($p < 0.001$). Similarly to biopsy microarray results, septin 9 mRNA decreased in ADCS ($p < 0.001$). In LMD epithelial samples septin 9 level was significantly lower in normals than in CRC ($p < 0.001$). Septin9_v2 expression was in correlation with DNA methylation and RNA expression results in the LMD epithelium, but not in stromal cells. The septin 9 mRNA and protein levels increased after demethylation agent treatment in HT29 cells.

Conclusions: The increasing septin 9 gene hypermethylation in colorectal ADCS is represented in decreasing septin 9 mRNA and protein expression, especially in the epithelium. These changes can be reversed by demethylation agents, hence this marker gene can be a therapeutic target.

202.

T-TUBE ASSISTED, NON-ENDOSCOPIC METHOD FOR ENDOBILIARY DRAINAGE IN A PATIENT WITH BILLROTH II GASTRECTOMY

Tóth L.¹, Vitélyos T.², Bálint A.², Pozsár J.¹, Topa L.¹ Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Kórház, Budapest¹, Általános Sebészeti Profil, Szent Imre Kórház, Budapest²

Introduction. Several studies have shown that the rate to gain access to the main duodenal papilla and perform therapeutic ERCP in patients with previous Billroth II gastrectomy is only 60-70%. However, recent studies have reported better results using double balloon enteroscope, but its widespread use is limited. Now, we report a simple, less invasive and readily available method for treatment of extra hepatic biliary obstruction in a patient with previous Billroth II gastrectomy.

Case report. The 90 year old male patient who suffered from number of chronic diseases presented with acute cholangitis caused by multiple CBD stones. We attempted ERCP several times by using either side viewing duodenoscope and/or gastroscope, but the intubation of the afferent limb failed. Eventually, open cholecystectomy, choledochotomy and T-tube drainage were carried out. T-tube cholangiogram performed post-operatively raised the suspicion of a retained stone of 5 mm in size at the suprapapillary region of the CBD. Attempts to perform ERCP failed again. Ultimately, we introduced a standard papillotomy loaded with a 0.036-inch J-tipped Teflon coated guide wire through the external opening of the T-tube. After having been reached the intracholedochal part of the tube, the tip of papillotomy was maneuvered into the downward opening of the intracholedochal T-tube. The guide wire was passed through the descending limb of the tube into the distal part of the common bile duct and into the duodenum. Finally, a plastic stent of 7 F in diameter and 92 mm in length was placed transpapillary through the guide wire using a 7 F pusher catheter. Following the procedure, a serial T-tube cholangiogram evidenced good contrast flow through the stent. The tube was removed 2 days later and the patient had a 6 months uneventful follow up.

Conclusion. This simple, minimal invasive and not expensive method may be valuable in patients with Billroth II anatomy and previous T-tube placement who need endobiliary drainage.

203.

RADIOFREKVENCIA SABLÁCIÓ HATÉKONYSÁGÁNAK VIZSGÁLATA MÁJDAGANATOK KEZELÉSÉBEN

Trencsényi B.¹, Csekei G.¹, Bánsághi Z.¹, Dank M.¹, Torgvik L.¹, Szokolóczy O.², Schwab R.², Taján Z.¹, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest²

Célkitűzés: radiofrekvencia sabláció (RFA) hatékonyságának meghatározása májmetasztázis és hepatocelluláris carcinoma (HCC) ablálására egy retrospektív vizsgálat keretében.

Betegek és Módszerek: 34 RFA kezelésen átesett beteg (18 férfi, 16 nő, 30-83 év, átlagkor: 57 év) 66 májgócának (10-80 mm átmérő) RFA kezelését (Olympus Celon Pro Surge, belső folyadékűtő, kettősfalú és Boston Scientific LeVeen, több végű, esernyő alakú tülektroddakkal) követve meghatároztuk a recidívmentesség százalékát és időtartamát két csoportban: I.) csak RFA-val kezelt betegek, II.) RFA mellett transarteriális chemoembolizációs, illetve percután ethanol injekciós kiegészítő kezelésben is részesülő betegek. A követési idő 7-17 hó, átlag 7,4 hónap volt (folyamatban van 180 beteg túlélési adatainak feldolgozása)

Eredmények: I. csoport: a colorectális áttétek közül az 1-3 cm-es daganatátmérő tartományban 78%-ban, a 3-5 cm-es tartományban 33%-ban nem alakult ki recidiva, és az 1 db 5 cm feletti átmérőjű daganat sem recidivált. A 7 vizsgált hepatocelluláris carcinoma 100%-ban, az emlő áttétek 67%-ban nem recidiváltak.

II. csoport: az 1-3 cm-es colorectális áttétek 50%-a, a 3-5 cm-esek 57%-a nem recidivált. Az emlő metastasisok 75%-a nem recidivált. A HCC-k 25%-a nem recidivált. A 4 malignus melanoma, 2 here és 1 pancreas daganat metastasisból az összes sikeresen lett kezelve.

Összesítő a 3 cm-nél kisebb metastasisok csak 18%-a recidivált, a nagyobbak gyakrabban ($p > 0,0124$). A HCC-k 91%-a nem tért vissza. A recidivák több mint fele az első 5 hónapban jelentkezett (ezeket újra abláltuk).

Következtetések: Az RFA kezeléssel elsősorban a kisebb, 1-3 cm-es májdaganatok kezelésénél várható kuratív hatás. RFA-val legjobban primer hepatocelluláris daganatok gyógyíthatók. A kombinált kezelések relatív rosszabb eredményeinek oka egyelőre ismeretlen. Kezdeti adataink az irodalmi közlések eredményeivel összhangzóak. Az irodalomban a medián túlélési idő a HCC-k RFA kezelésével a sebészeti resectioval azonos, metastasisoknál attól alig elmaradó (inop. betegek), a csupán kemoterápiás kezeléshez képest a medián túlélési idő 4-5-szöröse

204.

SUBJECTIVE EFFECTS OF FLAVONOID-CONTAINING NUTRITIONAL SUPPLEMENTS ON HEALTH INDICATORS

Vági Z.¹, Major A.², Cseh J.², Lelovics Z.¹, Jeges S.¹, Figler M.¹, 1st Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Pécs¹, 2nd 2nd Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs²

Background: Our aim was to study the effects of nutritional supplements rich in flavonoids on health, based on self-assessment of the subject.

Subjects and methods: 247 randomly selected subjects (56 men, 191 women; mean age: 49.4 ± 15.6 years) consumed twice a day 1 portion of nutritional supplement for 2 months on average. The supplement was a fruit concentrate with jam consistency (GéSz Max® products) containing exclusively natural substances, manufactured without any additives and preservatives.

Results: The consumption of jam rich in flavonoids had favourable effect on all 23 health indices: general health status was better, the way subjects felt themselves, points typical for blood glucose rose, the blood glucose homeostasis improved, function of joints and muscles improved. Cardiovascular, digestive and allergic problems decreased, complaints related to bronchitis, sleeping problems decreased, dermatologic problems and depression improved, sexual activity increased, points related to smoking, alcohol consumption and coffee consumption increased. These changes were proved to be significant ($p < 0.05$) with Wilcoxon-test. During the study side effects were not detected, the fruits used for the supplement have not known toxicity.

Conclusions: The consumption of the jam, as an antioxidant containing nutritional supplement, has favourable effects, it underpins the favourable effects of polyphenols. Our results showed that the general defensive properties improve due to the regular consumption of flavonoid-containing supplements. Polyphenols have clear health effects, and natural substances can be therapeutic tools due to their affectivity and safety. Consumption of fruits, vegetables and some drinks (tea and red wine) is suggested in our nutrition, because they are sources of polyphenols. Consumption of the studied nutritional supplements helps sustaining the health-conscious attitude.

205.

INVOLVEMENT OF BONE MARROW DERIVED PROGENITOR CELLS FROM MALE DONOR IN REGENERATION OF HEALTHY AND INFLAMED COLON EPITHELIUM

Valcz G.¹, Krenács T.², Balogh Z.³, Csizmadia A.³, Hagymási K.¹, Masszi T.⁴, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest³, Unified St. Leslie and St. Stephan Hospital, Dept. of Hematology and Stem Cell Transplantation⁴

Background: Regeneration of colon epithelial cells is mediated by local stem cells. In major epithelial erosions the regeneration capacity of stem cells is not sufficient alone, bone marrow derived stem/progenitor cells could also contribute to this process.

Aims: Our aim was to characterize the mesenchymal-epithelial transition of bone marrow derived stem/pluripotent cells and compare their numbers in samples of normal colon epithelium and that showing signs of aspecific colitis.

Materials and methods: Healthy (2), minor aspecific colitis affected (3) colon biopsy samples from females transplanted with male bone marrow stem cells were studied. First X and Y chromosomes were detected with fluorescent in situ hybridization (FISH), which was archived using a digital slide scanner. Then cytokeratin (CK-epithel) and CD45 (lymphocyte) were detected with immunofluorescent staining (IF) on the same slides, which were digitalized again. Epithelial commitment of donor derived cells was analyzed using CDX2 monoclonal antibody. Samples were evaluated simultaneously as digital slides by using the Mirax Viewer software.

Results: In the epithelium of examined crypts the was majority of cells contained XX chromosomes, but there were also CD45 negative cells of donor organ bearing the Y chromosome to and their epithelial commitment was proven with their CDX2 positivity. Though there were more donor cells of this phenotype found inflamed epithelium then in the normal (0,237%±0,142 vs. 0,337%±0,076), the difference did not prove statistically significant.

Conclusion: Local stem cell pool in the colon seems to be adequate for healing aspecific colitis, bone marrow derived stem/progenitor cells and their epithelial transition can be detected even under these circumstances.

206.

THE DEVELOPMENT OF LAPAROSCOPIC TECHNOLOGY IN LIGHT OF CHOLECYSTECTOMIES PERFORMED BETWEEN 1994 AND 2007

Vanca T.¹, Lukovich P.², Gerő D.¹, Kupcsulik P.², Semmelweis University of Medicine¹, 1st. Department of Surgery, Semmelweis University of Medicine²

Introduction: The spread of laparoscopy has required surgeons to familiarize with a completely new surgical method and by today this method has clearly become of major importance in gastrointestinal surgery. The evolution of laparoscopic cholecystectomy offers many good lessons to learn for the purposes of advanced laparoscopic surgeries and surgeons may benefit from this experience in any process of introducing new minimal invasive techniques.

Methods and Material: We have made a retrospective analysis of the data of the cholecystectomies made right after laparoscopy had become a widely spread, routine surgical method (1993) as well as 14 years later (2007). The data have been processed using the SPSS 16.0 application package. Significance levels have been established with the chi-square probe.

Results: Within the analysed timeframe we could clearly see a growing use of laparoscopic techniques (52,09% vs. 90,13%) with a growing number of cases (263/304), unchanged average age (53,5 years) and constant male/female ratio (75/25%). The BMI increased moderately (26,5 vs. 27,6), but the frequency of laparoscopic interventions on extremely obese patients grew (BMI:25-30:25,5% vs. 33%, 30-35:10,6% vs. 16%, 35-40:2% vs. 4,2%) while the postoperative hospitalization decreased dramatically from 5,9 days to 2,3. In 1993 patients spent on the average 2,9 days in hospital after a laparoscopic surgery, as long as in 2007 nearly 25% of the patients left the hospital 1 day after surgery. The duration of a laparoscopic surgery decreased from 78 minutes to 53, and the occurrence of intraoperative complications also decreased. The conversion ratio increased from 2,7% to 4,9%. In 3% of the laparoscopic cholecystectomies only 3 ports were used.

Discussion: As surgeons have come to master the new technique, the previous relative and absolute pros and cons have been revised and at present 90% of cholecystectomies are made using laparoscopy. The data collected in the analysis of laparoscopic techniques can be used to research, learn and eventually introduce NOTES.

207.

IDÜLT C HEPATITISZ REAL LIFE KEZELÉSE KELET MAGYAROSZÁG CENTRUMÁBAN(2004-2008)

Varga M.¹, Csefkő K.¹, Bányai T.², Lakatos P.², Lesch M.³, Sipos B.⁴, Bátyi É.⁴, Váczi Z.⁵, Lombay B.⁶, Tusnádi A.⁷, Jancsik V.⁸, Weisz G.⁸, Budai A.⁹, Mohácsi S.⁹, Tornai I.¹⁰, III.Belgyógyászat-Gasztroenterológia,Réthy Pál Kórház, Békéscsaba¹, Infektológia, Pándy Kálmán Kórház, Gyula², Infektológia,Jósa András Kórház,Nyíregyháza³, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia,Jósa András Kórház,Nyíregyháza⁴, Gasztroenterológia, BAZ Megyei Kórház, Miskolc⁵, Szent Ferenc Kórház, Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Miskolc⁶, Infektológia,Hetényi Géza Kórház,Szolnok⁷, Infektológia,Kenéz Kórház, Debrecen⁸, Gasztroenterológia,Bács-Kiskun Megyei Kórház,Kecskemét⁹, II.Belklinika,DEOEC, Debrecen¹⁰

Előzmények: Ribavirin(RBV) kombináltan PEGIFN-alfa2a vagy PEGIFN-alfa2b kezelést kapott.209(a) ill.208(b) esetben történt genotípus meghatározás.2-2 kivételével(a:2,3 ill b:2,4) mindegyik beteg I-es genotípusú volt.Átlagéletkor férfiaknál 45.06, nők esetében 47.95, PEGIFN-alfa2a 46.24,PEGIFN-alfa2b 46.94.Ffi-nő arány:PEGIFNalfa2a csoportban 51%-49%,míg a PEGIFN alfa2b csoportban47.4%-52.6%.Alacsony kiindulási vírustiter, LVL(400.000 IU/ml alatti HCVPCR)26.2%volt a PEGIFN-alfa2a,36.4% a PEGIFN-alfa2b csoportban.Átlag kezdeti ALT 104.44 IU/ml volt,109 a PEGIFN-alfa2a,99 a PEGIFN-alfa2b csoportban.Átlagsúly csaknem teljesen azonos volt a két kezelési csoportban a:74.69 b:74.61kg.Ffi betegeink 51.8% míg a nők 48.2%-ánál értünk el SVR-t.

Célkitűzéseink: Az elsődleges végpont volt a két kezelési mód eredményességének összehasonlítása,majd összevetése a nemzetközi adatokkal.Másodlagos végpont volt a pozitív vagy negatív prediktor faktorok keresése.

Módszer:2004 januárjától 2008 januárjáig Kelet Magyarország csaknem összes, 10 hepatológiai centrumában 1015 krónikus C hepatitiszes beteget kezeltünk.Retrospektív elemzésünk során 712 interferon naív és 303 korábban kezelésen már átesett beteg adatait analizáltuk. Előadásunkban a naív betegek adatait ismertettük.A kezelés során a portokollnak megfelelően PEGIFN-alfa2a 180 ug/hetente+RBV 800+1200 mg/naponta vagy testsúlyarányosan PEGIFN alfa2b 1.5 ug/tskg/hetente+ RBV 800-1400 mg/naponta kaptak.

Eredményeink: 712 naív beteg közül 335 PEGIFN-alfa2a és 377 PEGIFN-alfa2b kezelést kapott.209(a) ill.208(b) esetben történt genotípus meghatározás.2-2 kivételével(a:2,3 ill b:2,4) mindegyik beteg I-es genotípusú volt.Átlagéletkor férfiaknál 45.06, nők esetében 47.95, PEGIFN-alfa2a 46.24,PEGIFN-alfa2b 46.94.Ffi-nő arány:PEGIFNalfa2a csoportban 51%-49%,míg a PEGIFN alfa2b csoportban47.4%-52.6%.Alacsony kiindulási vírustiter, LVL(400.000 IU/ml alatti HCVPCR)26.2%volt a PEGIFN-alfa2a,36.4% a PEGIFN-alfa2b csoportban.Átlag kezdeti ALT 104.44 IU/ml volt,109 a PEGIFN-alfa2a,99 a PEGIFN-alfa2b csoportban.Átlagsúly csaknem teljesen azonos volt a két kezelési csoportban a:74.69 b:74.61kg.Ffi betegeink 51.8% míg a nők 48.2%-ánál értünk el SVR-t.

Következtetés: Az betegek életkorai mindkét nem esetén szignifikánsan különböztek.Mindkét kezelési mód kellően hatásosnak és biztonságosnak bizonyult.Logisztikus regresszióval a kezdeti ALT és cirrhosis szignifikáns prediktív faktor.

208.

HOST CELL SIGNALLING INHIBITORS AGAINST HELICOBACTER PYLORI

Varga Z.², Greff Z.¹, Pató J.¹, Bánhegyi P.¹, Örfi L.³, Ishiguro A.⁵, Peták I.⁶, Schwab R.⁶, Kéri G.⁴, Crabtree J.⁵, Vichem Chemie Research Ltd. Budapest, Hungary¹, Rational Drug-Design Laboratory CRC, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Pharmaceutical Chemistry, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Pathobiochemistry Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary⁴, Leeds Institute of Molecular Medicine, St. James's University Hospital, Leeds, UK⁵, KPS Medical Biotechnology and Helathcare Services Ltd. Budapest, Hungary⁶

More than 50% of the world population is infected by Helicobacter pylori nowadays. Although in most cases it doesn't causes any symptoms it's a significant risk factor in the development of gastric ulcer or gastric carcinoma. Elimination of the bacteria can be attained by the combination of at least three drugs and it may also causes several side effects. It's beyond doubt that a new drug showing good efficacy without side effects is needed. Kinase inhibitors have proved their usefulness in the treatment of cancer inhibiting cell proliferation via inhibition of intracellular signaling system. Moreover host cell kinases can be involved in viral or bacterial infections, this way human kinases may be the targets of the treatment. In our research we are investigating kinase inhibitors and developing novel compounds for host cell inhibition. The point of our strategy (called chemistry driven drug development) is to identify active compounds in cellular assay and identify cellular targets afterwards. Initially, we are using the Nested Chemical Library™ (NCL) technology for hit finding and lead optimization. Core of the NCL is Chemical Validation Library (CVL) which can be used for hit finding in the preliminary screen. 313 compounds of CVL were tested and focused libraries were prepared around the validated hit molecules of the first screen. After three optimization cycle lead compounds were identified. From one of the best lead compounds we have prepared a special derivative containing a linker which can be used to attach to an affinity column for target fishing in chemistry driven drug development. Target fishing is an efficient proteomic method in seeking cellular drug targets based on affinity chromatography, 2D electrophoresis and MS-MS protein identification.

209.

CHARACTERISTICS OF GASTRIC EMPTYING AND DIABETIC NEUROPATHY IN PATIENTS WITH SHORT-STANDING TYPE-1 AND TYPE-2 DIABETES

Várkonyi T.¹, Börcsök É.¹, Takács R.¹, Szidor V.¹, Szász A.¹, Lázár M.², Lengyel C.¹, Papós M.², Pávics L.², Kempler P.³, Wittmann T.¹, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged¹, Dept. of Nuclear Medicine, University of Szeged², 1st. Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest³

The possible correlations between the type and the duration of diabetes (DM) and the development of gastrointestinal complications are still not clearly explored by the previous studies. The aim of this study was to determine gastric emptying and the neuropathy status in patients (pts) with short-standing type 1 and type 2 DM. Patients, methods: 13 pts with short-standing type 1 DM (duration: 5.3 ± 0.5 yrs; mean $\pm$ SE) and 11 pts with short-standing type-2 DM (duration: 3.9 ± 0.5 yrs) were involved. The emptying of the stomach was evaluated by a scintigraphic procedure. Cardiovascular reflex tests were applied for the assessment of autonomic neuropathy (AN). Sensory function was studied with a Neurometer (Neurotron Inc, Baltimore). Results: The gastric emptying of pts with short term type 1 or type 2 DM did not differ (T1/2: 64.8 ± 10.0 min vs 68.8 ± 11 min, type 1 vs type 2 DM, $p > 0.05$) and was not significantly longer in any groups than in healthy subjects (49.6 ± 5.5 min). 3/13 was the ratio of abnormal emptying in type 1 DM and 3/11 in type 2 DM. Impaired parasympathetic function was more frequent in pts with type-2 DM (heart rate response to breathing: 23.7 ± 2.7 vs 11.5 ± 4.7 beats/min, type 1 vs type 2 DM $p < 0.05$), while the AN scores were not significantly different (2.3 ± 0.6 vs 3.3 ± 0.5 $p > 0.05$) reflecting a moderately severe AN in both types of DM. The sensory function on the lower limb did not differ between the DM groups but the current perception thresholds (CPT) on the peroneal nerve at 5 Hz of the pts differed from controls in both groups (CPT in type 1 DM vs controls: 2.57 ± 0.9 vs 0.70 ± 0.07 mA, $p < 0.01$; CPT in type 2 DM vs controls: 1.11 ± 0.1 vs 0.7 ± 0.07 mA, $p < 0.05$). Conclusions: The gastric emptying is not frequently impaired in type-1 or type-2 DM with a mean duration of 5 years or less. Moderate autonomic and a sensory nerve dysfunction are characteristic features in these patients. These data may strengthen the hypothesis that the development of delayed gastric emptying depends on the duration of diabetic exposure and the presence of severe neuropathy

210.

HEMORRHAGIC EVENTS, SAFETY AND GENETIC FACTORS AMONG ORALLY ANTICOAGULATED PATIENTS – PRELIMINARY RESULTS

Várnai R.¹, Sipeky C.², Nagy L.¹, Melegh B.², 3rd Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹, Department of Medical Genetics and Child Development, University of Pécs, Pécs, Hungary²

Aims: Over 60 000 patients receive per os anticoagulant treatment in Hungary. Attributable to the narrow therapeutic range and frequent hemorrhagic adverse events the use of coumarins represent elevated risk for gastrointestinal bleeding.

Methods: Among patients arriving for prothrombin laboratory control were questionnaires fulfilled regarding clinical data and side effects of per os anticoagulant treatment. As polymorphisms in CYP2C9 and VKORC1 genes play an important role in coumarin pharmacogenetics, genetic testing was also performed.

Results: A total of 59 adult patients (39 male, 20 female) were examined in the study. From that 54 subjects are of Caucasian origin and 5 subjects enrolled themselves to the Roma ethnic population. Their average age was 67 ($SD \pm 12$) years. Indications for per os anticoagulant treatment were the followings: 22 atrial fibrillation, 21 pulmonary embolism, 16 deep vein thrombosis, 6 stroke, 8 mechanical heart valve, 5 dilatative cardiomyopathy. 55 patients took acenocoumarol and 4 patients warfarin for 6 years in average. Acenocoumarol dose was 11 mg daily in average. Hemorrhagic events appeared by 42 patients, including 3 major gastrointestinal bleeding. Average INR was: 3,00 ($SD \pm 1,2$). For the CYP2C9*2 SNP 3 patients were homozygous mutant, and 12 patients were heterozygous carriers. Regarding the CYP2C9*3 polymorphism all patients were normal. 12 patients disposed of VKORC1 *2*2 haplotype with decreased need for coumarines. VKORC1 *3*3 haplotype represented in 10, and *4*4 haplotype in 3 patients.

Conclusions: Per os anticoagulation lead to elevated risk for hemorrhagic events despite regular prothrombin control, mainly by the initiation of the therapy. Genetic factors are proposed to take into consideration while determinating anticoagulant dose, and genetic testing can be used routinely to obtain efficient drug therapy and to lower the risk of therapeutic failure.

211.

FUNDUSMIRIGY POLYPOK ELŐFORDULÁSA EGY ÉV GASZTROSZKÓPOS ANYAGÁBAN

Vársányi M.¹, Czeglédi Z.¹, Csizmazia I.¹, Nádás B.¹, Rábai K.¹, Rusznyák K.¹, Schäfer E.¹, Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Zsigmond F.¹, Jäckel M.², Gyökres T.¹, Banai J.¹ asztroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest¹, Patológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest²,

Bevezetés: A fundusmirigy polypok általában a gyomor fundus és a corpus proximalis részén helyezkednek el, a nem neoplastikus gyomorpolyposusok egyik alcsoportját képezik. Előfordulásuk lehet sporadikus, FAP szindrómához, vagy egyes hamartomatosus polyposis szindrómákhoz /Peutz-Jeghers, Cowden, Juvenilis polyposis syndroma/ társuló. Az utóbbi időben számos irodalmi közlemény foglalkozik a hosszútávú PPI kezelés és a fundusmirigy polyposis összefüggésével.

Betegek, módszer: Az elmúlt egy év során osztályunkon 3728 gasztroszkópiát végeztünk. A gyomorban makroszkóposan benignusnak vélt és biopsziázott 349 képletből 76 esetben (22%) találtunk szövettanilag fundusmirigy hyperplasiát. Ezen betegek 9 %-a (7 beteg) 40 év alatti volt, 29 %-a (22 beteg) pedig 40-60 év közötti. A fiatalabb betegcsoportban egy beteg volt FAP miatt gondozott, a többi 6 beteg anamnézisében azonban egy évnél hosszabb PPI kezelés szerepelt.

Összefoglalás: Felmérésünk célja felhívni a figyelmet arra, hogy a fiatal korban elkezdett PPI szedés kontrollálatlanul hosszú évekre nyúlhat, ezért ezen betegek hosszútávú megfigyelése javasolt. A megfigyelés arra is kell, hogy irányuljon, valóban csak egy benignus „mellékhatásról” van szó?

212.

GIST-DIAGNÓZISTÓL A CÉLZOTT GYÓGYSZERES KEZELÉSIG

Végh É.¹, Tamas K.¹, Sági Z.², Füle T.², Bodoky G.¹, Szent László Kórház, Onkológiai Osztály, Budapest¹, SE I sz. Patológia és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest²

Bevezetés/célkitűzés : A gastrointestinalis traktus ritkán előforduló mesenchymalis daganat (GIST) sejteiben specifikus KIT gén aktivációs mutáció keletkezik. A GIST-et a klinikai onkológia figyelem középpontjában helyező eredményeket 2001-ben közzétették, ezek szerint áttétes GIST-ben imatinib tirozin-kináz-gátlóval partialis vagy teljes remissziót értek el.

Beteganyag/módszer: 47 éves férfi betegnél 1997-ben endoscopos vizsgálat duodenális polypust igazolt, duodenum resectió történt, a szövettani vizsgálat stromalis tumort véleményezett. 2000-ben UH vizsgálattal 8 cm-es máj elváltozást észleltek, jobb májleány eltávolítást történt, c-kit pozitív GIST áttét igazolódott. 2001-ben CT multiplex máj áttétet észlelt, 2001.10-2006.04 között elsővonalbeli imatinib kezelésben részesült. Progresszió miatt, 2006.04-2008.08 között másodvonalbeli sunitinib (tirozin-kináz-angiogenezis-gátló) kezelést alkalmaztunk. Újabb progresszió miatt 2008.09-ben visszatértünk az imatinib kezelésre, mely jelenleg is zajlik. A beteg primer, valamint áttétes tumoros manifesztációk archivált paraffinos blokkjaiból 2007/2008-ban retrospektív molekuláris vizsgálat történt (c-kit mutáció analízis).

Eredmények: Az elsővonalbeli imatinib kezelés össz időtartama 54 hónap (4,5 év) volt. A másodvonalbeli sunitinib kezelés 28 hónapos stabil állapotot eredményezett. A primer duodenum tumor szövetszövet DNS mutációs vizsgálata a KIT 9. exonján báziscserét (transzicció) igazolt, miközben a máj áttétben 9. exonon 6 bázisnyi duplikáció került leírásra.

Következtetések: Az imatinib hatékony elsővonalbeli célzott kezelésnek bizonyult az immunhisztokémiai igazolt c-kit pozitív, áttétes GIST-el szemben. Az imatinib után másodvonalban alkalmazott sunitinib tovább javította a túlélést. A molekuláris jelenség úgy értelmezhető, hogy a primer duodenális daganat molekuláris szinten heterogén volt, a duplikációt tartalmazó szövetrészek vagy nem kerültek be az első vizsgálat anyagába, vagy nagyon kis arányban voltak reprezentálva. Tény azonban, hogy ezen agresszívebb klón adott a későbbiekben áttétet.

213.

AMYLOIDOSIS IN OUR REGION – APROPOS OF A RARE INTESTINAL MANIFESTATION CASE

Vén L.¹, Cziráki K.¹, Francz M.², Rácz F.¹, Szegedi J.¹, 1st Jósza András Teaching Hospital 1st Department of Medicine¹, 2nd Jósza András Teaching Hospital Department of Pathology²

Introduction: Amyloidosis is a disease caused by the extracellular deposition of autologous proteins with irregular structure. Classification is based on the precursor and produced amyloid proteins, whereas clinically systemic and local forms of the disease are known. Within the systemic form, the gastrointestinal system is affected in 60% of the secondary reactive AA cases and 1-8% of the primary AL cases.

No reliable epidemiological data are available on the disease; its prevalence is estimated to be 5-12 patients per 1 million inhabitants per year in the western population with a characteristic dominance of male patients (60-65%).

Patients and results: We have diagnosed amyloidosis in 12 patients of our hospital in the last 7 years, our prevalence is less than 5 patients per 1 million inhabitants per year. The diagnosis was mainly made post mortem. 9 systemic (3 primary AL and 6 secondary AA) and 3 localized cases (amyloid goiter, cardiac amyloidosis and one in the skin) of amyloid deposition could be verified.

Our most recently diagnosed case was a 38-year old male patient with medical history of autoimmune chronic destructive arthritis and sustained steroid treatment. The patient was admitted to our hospital with signs of acute abdomen. The performed surgery revealed small intestinal perforation and diffuse peritonitis. In the postoperative period the patient required transfusions for hematochezia, therefore a colonoscopy was performed which revealed ischemic colitis. Histological examination of the biopsies taken during the surgery and the endoscopy found extensive AA-type amyloid deposition in the wall of submucous vessels causing significant stenosis and obstruction with subsequent ischemic lesions and perforation. Due to worsening abdominal condition a relaparotomy and repeated intestinal resection was performed. After that the patient died of sepsis and multiorgan failure.

Conclusion: Our case report aimed to draw attention to a considerable possibility of gastrointestinal amyloidosis of patients in their thirties which is a great diagnostic challenge to recognize

214.

EFFECT OF BILE ACIDS ON ION CONDUCTANCES IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCT CELLS

Venglovecz V.¹, Rakonczay Z.², Hegyi P.², Gray M.³, Argent B.³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged², Institute for Cell & Molecular Biosciences, Newcastle University Medical School, Newcastle upon Tyne, UK³

Background. Exposure of the pancreas to bile acids is considered to be one of the possible causes of acute pancreatitis. However, little information is available about the effects of bile acids on intact pancreatic ducts. Our group has shown that luminal chenodeoxycholate (CDC) at a low dose (0.1mM) stimulated HCO₃⁻ secretion in intact pancreatic ducts (Venglovecz et al Gut 2008). Our aim was to investigate whether CDC could also regulate ion channels in ductal cells.

Methods. We have used the patch clamp technique to measure whole cell currents. Single guinea pig pancreatic duct cells were prepared by a combination of enzymatic treatment and mechanical disruption of intact pancreatic ducts.

Results. Using a KCl-rich pipette solution, exposure of pancreatic duct cells to CDC (0.1 mM) reversibly increased whole cell currents by 3-fold in 75 % of recordings (15/20 cells), and hyperpolarised membrane potential by ~ 18 mV. Resting and CDC-activated currents showed marked outward rectification, and were moderately voltage-dependent. CDC-induced currents were inhibited by external barium (2 mM, n=6), as well as by the selective high conductance K⁺-channel blocker, iberiotoxin (100 nM, n=7). Bile acid-induced activation was abolished when cytosolic Ca²⁺ buffering was increased with 5 mM EGTA (ethylene glycol tetraacetic acid), and was only moderately reduced by removal of bath Ca²⁺.

Conclusion. Together these results provide strong evidence that low doses of CDC selectively activate iberiotoxin-sensitive K⁺-channels through an increase in cytosolic Ca²⁺ concentration, primarily from internal stores. Activation of a K⁺ conductance would hyperpolarise membrane potential and thereby increase the electrochemical driving force for HCO₃⁻ secretion through electrogenic apical anion exchangers. Supported by OTKA, MTA and a Royal Society International Project Grant.

215.

COLONOSCOPIC CHARACTERISTICS OF INFANTS WITH ALLERGIC-EOSINOPHILIC PROCTOCOLITIS

Veres G.¹, Pintér P.¹, Györfly H.², Dezsöfi A.¹, Arató A.¹ Ist Dept of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest¹, 1IInd Dept of Pathology, Semmelweis University, Budapest²

Background: Rectal bleeding is an alarming symptom and requires additional investigations. Hematochezia in infancy has been explained mainly by allergic colitis since usually these patients are otherwise asymptomatic.

Aim: The objectives of this study were to evaluate prospectively the clinical course in breast-fed infants of rectal bleeding and evaluate basic laboratory findings, macroscopic and microscopic abnormality found in colonoscopy.

Patients: This study prospectively evaluated 44 consecutive breast-fed infants who presented with fresh blood mixed with stools. None had evidence of a bleeding diathesis, bacterial enteritis or fissures. Elimination diet (cow's milk, eggs, soya, nuts) was offered to the mothers for average 6 weeks. Only 16 patients were showing hematochezia thereafter. Written consent for colonoscopy and biopsy was obtained of this 16 infants (mean age, 4,6 months, range, 25 days-7 months, 9 girls).

Results: Nine out of 16 patients had allergic colitis and 7/16 had eosinophilic colitis. Eosinophilic colitis (EC) was characterized histologically by > 20 eosinophils per high-power field (HPF) and allergic colitis (AC) was diagnosed by means of eosinophils between 6-20 cells per HPF. Control biopsies showed only 1,48+/-0,78 eosinophils per HPF. AC and EC patients exhibited slight sideropenic anemia, however, blood eosinophils were not elevated in AC nor in EC patients (AC, 3,66+/-0,78, EC, 3,25+/-1,25, controls, 4,95+/-1,87%). Colonoscopy revealed lymphonodular hyperplasia more often in AC (87,5%) than in EC (50%), in contrary, aphthous ulcerations were more common in EC (75%) than in AC (50%), nevertheless, the discrepancies failed to reach significance.

Summary: AC and EC are very common in otherwise asymptomatic breast-fed infants with normal fecal culture or other obvious diseases after long-lasting hematochezia. There was no difference between AC and EC concerning laboratory data, however, lymphonodular hyperplasia was more often in AC, and aphthous ulcerations were more common in EC patients at colonoscopy.

216.

PERCUTÁN ENDOSCOPOS GASTROSTOMIA A DAGANATOS BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN

Vilandrán Horányi A.¹, Vámos-Nagy I.², Fülöp M.³, Endsocopia/Gastroenterológia, Országos Onkológiai intézet, Budapest¹, Sebészet/Endoscopia/Gastroenterológia, Országos Onkológiai intézet, Budapest², Fej-nyakSebészet/Endoscopia/Gastroenterológia, Országos Onkológiai intézet, Budapest³

Intézményünkben különösen nagy hangsúlyt fordítunk a súlyos betegségben szenvedő betegek mesterséges táplálására. Az első sikeres endoscopos gastrostomiát a 1980-ban évben végezték el az Amerikai Egyesült Államokban.2008-ban 35 PEG behelyezést végeztünk ebből 9 esetben sikertelen volt a technikai kivitelezés 23 alkalommal endoscopos úton, 3 esetben intraoperatív megoldásra volt szükség. Javallatai: központi idegrendszeri károsodás, pszichiátriai kórképek, felső légúti, emésztőszervi károsodás, tartós posztoperatív táplakozási tilalom vagy képtelenség, tartós gyomordekompreszió, mesterséges táplálás. A PEG sikertelenségének lehetséges okai: a gastroscopia relatív ellenjavallati, a felhási műtét a kórelőzményben, működő vetrikulopertoneális illetve peritoneo-venózus shunt, jelentős meteorizmus, kóros kövérség, gastroscopiát nehezeítő, tágitást igénylő szűkület (pl. tumor), szájjár. A PEG abszolút ellenjavallatai a PEG-képzés feltételei nem állnak fenn, illetve kockázata és szövődmenykialakulásának veszélye extrém mértékű. PEG képzés Gauderer és Ponsky szerint a „pull back” módszer, PEG képzés Sachs és Vine szerint („push” vagy rátolásos módszer) PEG képzés Russel szejnt (direkt-Seldinger-módszer). Preoperatív PEG előnyei: korán elkezdhető enterális táplálás, Staging endoscopia során elvégezhető.

Hátrányai: kiterjedt tumor gastroscopos akadályt jelent, tumorsejt transzplatatio lehetséges, szövődmeny kitolhatja a műtét tervezett idejét, nehezebben állítható fel az indikáció, suffocatio kalakulhat. 3 hétnél tovább tartó enterális táplálás esetén percután endoscopos gastrostomia javasolt a nasogastricus szondával szemben, a betegek életminőségét jelentősen javítja, mindennapjaikat megkönnyíti. Megfelelő beteg kiválasztás és indikáció esetén a PEG olcsón, gyorsan, egyszerűen kialakítható táplálási mód. Jelentős kezelési költség takarítható meg az alultápláltságból eredő szövődmenyek csökkenése miatt. A „pull-back” technika szerinti PEG beültetés kevés szövődmennyel jár, gyors és biztonságos módszer. Gasztroszkópos akadályt jelentős tumoros folyamat jelenlétekor intraoperatív beültetés is szóba jön, trismus esetén transnasalis endoscopia ajánlható.

217.

DILATATION OF BENIGN OESOPHAGEAL STRICTURES: 3 YEARS' EXPERIENCE

Virág Z.¹, Bálint A.², Máté M.², Sahin P.¹, Pozsár J.¹, Rédei C.¹, Topa L.¹

Department of Gastroenterology, Szt. Imre Hospital, Budapest.¹, Department of Surgery, Szt. Imre Hospital, Budapest.²

Background: Benign oesophageal strictures are the most frequent complication of reflux oesophagitis and most common cause of non-malignant induced dysphagia. Fluoroscopic guided balloon dilatation of the oesophageal stricture is a known, easy, applicable, and effective technique.

Patients And Methods From January 2006 to December 2008, fluoroscopically guided balloon dilatation was performed in 80 patients with esophageal strictures. Technical success, clinical success, recurrence of dysphagia, and complications related to the procedure were retrospectively evaluated.

Results: 204 balloon dilations were performed in 80 patients, with a mean of 2.5 dilations per patient (range, 1-21). Technical and clinical success was achieved in all procedures. The patients in whom clinical success was achieved, 66 exhibited maintained initial improvement of dysphagia until their last follow-up and 14 exhibited recurrence of dysphagia after the first balloon dilatation. Dysphagia recurred 1-6 months after the first balloon dilatation. There were no major complications.

Conclusion: Fluoroscopically guided balloon dilatation for benign esophageal stricture can be safe and effective. However, the high rate of recurrent dysphagia requires repeated dilations

218.

CHOLECYSTECTOMIA SZÖVŐDMÉNYEI: SEBÉSZ, GASTROENTEROLÓGUS ÉS INVAZÍV RADIOLÓGUS SIKERES EGYÜTTMŰKÖDÉSE

Visnyei Z.¹, Schäfer E.¹, Bánsághi Z.², Gyökerez T.¹, Banai J.¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, Péterfy Sándor Utcai Kórház, Intervenciók Részleg²

Esetismertetés: 26 éves férfi beteg esetét ismertetjük, akinél akut cholecystitis miatt cholecystectomy történt, majd choledochus sérülés, epés peritonitis miatt két alkalommal reoperáltak, végül Roux Y anastomosis és biliodigestív anastomosis készült a d. hepaticus communis és a jejunum között. A harmadik reoperációra vérzés, melaena miatt került sor. Műtét során vérzésforrást nem találtak az intraoperatív endoscopia, ill. postoperatív angiographia során sem. Mind az endoszkópos, mind az operatív eljárások eredménytelenek voltak a vérzésforrás igazolásában, ennek hiányában ellátásában is. Ezt követően került a beteg intézményünkbe. Következő 2 hónapos periódus alatt a beteg összesen 26 E vvt. koncentrátumot és 6 E FFP-t kapott. Gastroscopia, duodenoscopia, duplaballonos enteroscopia, colonoscopia során vérzésforrást nem találtunk. Ismételt angiographia során a jobb artéria hepatica dextrán pseudoaneurysma jelenlétét észleltük. A pseudoaneurysmát a bal a. hepatica embolizációjával sikerült elzárni. A beavatkozás után szegmentális májinfarctus alakult ki, de a kollaterális keringés kialakulásával ez a későbbiekben nem okozott gondot. 1,5 évvel a műtét után sárgaság, gyengeség, lázas állapot miatt jelentkezett a beteg osztályunkon. Laboratóriumi paramétereiben magas obstrukciós enzimértékeket, leukocytosist, mérsékelt anaémiát találtunk. Hasi ultrahang vizsgálat tágabb intra- és extrahepatikus epeutakat írt le. PTC során mindkét lebenyben extrém módon tágult epeutak ábrázolódtak. Az elzáródás közvetlenül az epeúti villa alatt, a biliodigestív anastomosis szintjében igazolódott. Többszörös beavatkozás során elsőször külső epeúti drain, majd tágitásokat követően endobiliaris drain került bevezetésre. **Összefoglalás:** Esetünkben a sebészeti beavatkozás következtében kialakult korai, majd késői súlyos sebészi szövődmény diagnosztikájában és terápiájában egyaránt a gasztroenterológus és az invazív radiológus együttműködése játszott kulcsfontosságú szerepet. Újabb stenosis, ill. ennek lehetséges szövődményei (kőképződés, infekció) kezelésében komoly dilemmák adódhatnak.

219.

ACUTE PHASE REACTANTS IN PATIENTS WITH WILSON'S DISEASE

Vörös K.¹, Atzél K.¹, Szalay F.², Horváth E.², Gráf L.³, Kalabay L.¹ Dept of Family Medicine.¹, 1st Dept of Int. Med.², 3rd Dept of Int. Med. Semmelweis University.³

Background: Wilson's disease (WD) is a rare disorder of copper metabolism frequently associated with hepatic involvement leading to liver cirrhosis. Serum concentration of the negative acute phase reactant human fetuin A/α2HS-glycoprotein (AHSG) is a good predictor of mortality due to liver failure in patients with alcoholic cirrhosis. Our aim was to study the AHSG and another acute phase reactant in WD with special respect to liver cirrhosis.

Patients and methods: Serum concentrations of positive (α1-acid glycoprotein/orosomucoid, OROSO) and negative (AHSG) acute phase reactants were studied in 50 patients with Wilson's disease (29 men, 21 women, age: 33.9±12.4 years, mean±SD, each treated with D-penicillamine and vitamin B6). The diagnosis of Wilson disease was based on the international scoring system. AHSG and OROSO levels were determined by radial immunodiffusion. Results were compared to age matched healthy controls (n=51).

Results: The OROSO levels were lower in WD patients compared to healthy controls (53±19 versus 87±15; p<0.001). There was no difference in serum AHSG levels between Wilson disease patients and healthy controls (598±148 vs. 605±88; NS). The AHSG levels were slightly elevated in subgroup of WD patients with non cirrhotic liver involvement (676±149, n=24) and lower in patients with liver cirrhosis (490±58; n=10; p<0.001 compared to each other and also to healthy controls). In patients with liver involvement the AHSG level of 510 µg/ml was associated with cirrhosis with 70.0% sensitivity and 83.3% specificity as determined by the receiver operator curve analysis (p=0.001). Serum AHSG levels ≤510 µg/ml were associated with a significantly increased risk of liver cirrhosis (Relative risk: 3.807, 95% CI: 1.117-12.973, p=0.030).

No correlation was found between the levels of OROSO or AHSG and any investigated chemical laboratory tests and the type of Wilson disease gene mutation.

Conclusion: Our results confirm that low serum AHSG concentration (below 510 µg/ml) could be considered as an indicator for liver cirrhosis in Wilson disease similarly to that of other aetiology.

220.

DIABETES ÉS MÁJÁTÜLTETÉS

Zádori G.¹, Pápai S.¹, Gelley F.¹, Fehérvári I.¹, Görög D.¹, Kóbori L.¹, Gerlei Z.¹, Sárváry E.¹, Varga M.¹, Firneisz G.², Nemes B.¹, SE, Traszpantációs és Sebészeti Klinika, Budapest¹, SE, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest²

Bevezetés: A cukorbetegség és a májbetegség kapcsolatát számos vizsgálat bizonyította. A májátültetés után jelentkező diabetes (post-transplantation diabetes mellitus – PTDM) széles körben megfigyelt jelenség, azonban rizikófaktorait tekintve az irodalom gyakran ellentmondásos.

Célkitűzések: Vizsgálatunk céljaként a cukorbetegség és a májátültetés kapcsolatának felderítését tűztük ki, különös tekintettel a PTDM-re és potenciális kiváltó tényezőire.

Betegek és módszer: A vizsgálat során 277 májátültetésen átesett beteg adatait elemeztük retrospektív módon.

Eredmények: A 277 betegből 56 beteg (20%) már a transzplantáció előtt cukorbeteg volt, 72 beteg (26%) esetén azonban PTDM fejlődött ki. Ezen utóbbi csoportban az 1, 3, 5 illetve 10 éves túlélés 93%, 91%, 91% illetve 78% volt, a PTDM-mel nem rendelkezők csoportjában 95%, 90%, 85% illetve 82%. A PTDM-mel rendelkező betegek szignifikáns eltérést mutattak a többi beteghez képest az alábbi adatokban: életkor (47.9±6.9 vs 42.8±13.8, p<0.001), BMI-index (27.2±3.6 vs 25.0±5.3, p<0.001), műtėti indikáció: HCV okozta májcirrhosis (66% vs 35%, p<0.001). A már preoperatív is diabetesben szenvedő betegek esetén is különbségeket találtunk a nem cukorbeteg recipiensekhez viszonyítva az alábbiakban: életkor (50.4±6.5 vs 41.1±13.5, p<0.001), BMI-index (26.8±5.6 vs 24.7±4.7, p<0.001).

Következtetés: Vizsgálatunk alátámasztja, hogy a hepatitis C vírus pozitivitás egyik kockázati tényezője a PTDM kialakulásának, amely befolyásolja a késői túlélést.

SZERZŐK NÉVSORA

A

Abonyi M. 19
 Ábrahám S. 156
 Acél P. 148
 Ádám T. 2
 Ágoston P. 133
 Al-Assaf A. 89
 Al-khrasani M. 154
 Altdorfer K. 135
 Altorjay I. 32, 73, 121, 125
 Annaházi A. 42, 144
 Aradán A. 147
 Arató A. 172, 179, 215
 Argent B. 214
 Artner A. 167
 Árva I. 149
 Árva M. 127
 Árvai K. 120
 Atzél K. 219

B

Babics J. 1, 31, 123, 133
 Bagi G. 2
 Bajor J. 147
 Bajzik G. 88
 Bak. M. 14
 Balázs C. 43
 Bálint A. 3, 13, 109, 142, 202, 217
 Balla E. 18
 Balogh Z. 205
 Banai J. 20, 22, 27, 50, 82, 91, 95, 118, 146, 149, 153, 169, 170, 197, 212, 218
 Bánhegyi P. 208
 Bánsághi Z. 203, 218
 Bányai T. 207
 Baranyai T. 21
 Bardsley M. 65
 Baricsa E. 4
 Barti-Juhász H. 120
 Bátyi É. 207
 Battyáni I. 161
 Battyányi I. 37
 Bazsika A. 131

Bede A. 180
 Bély M. 97, 197
 Bencz L. 110
 Bende M. 89
 Benedek G. 74
 Benkő É. 5
 Berczi S. 6
 Berki T. 176, 181
 Bernhard G. 136
 Beró T. 155, 158, 189
 Biczó G. 6, 165
 Bitvai K. 131
 Blatniczky L. 111
 Blázovics A. 55
 Bodnár G. 27
 Bodnár Z. 7
 Bodoky G. 1, 31, 123, 133, 187, 190, 212
 Bodrogi N. 161
 Bognár E. 8, 9
 Bóka B. 10
 Bonyár Müller K. 53
 Borbola G. 18
 Bordás L. 11, 124
 Borka K. 12, 126
 Bornschein J. 114
 Borsodi E. 122
 Bozó J. 28
 Bozó Kegyes R. 53
 Börcsök É. 209
 Brandhuber I. 137
 Brenner B. 13
 Bruszt K. 89
 Bueno L. 42, 144
 Burai M. 14, 90, 115, 128, 194
 Bursics A. 15, 82, 91, 97, 110, 138, 146, 149, 197
 Buti J. 121
 Buzás G. 16

C

Crabtree J. 208
 Czakó L. 21
 Czegledi Z. 22, 27, 95, 169, 211
 Czepán M. 23

Czimmer J. 28, 29, 35, 47, 51
 Czirják K. 213

CS

Csak T. 17, 19, 60
 Csefkó K. 18, 124, 207
 Cseh J. 204
 Csekei G. 203
 Csihi L. 19, 60
 Csizmadia A. 205
 Csizmadia C. 148
 Csizmazia I. 20, 211
 Csorba É. 75

D

Dabek M. 144
 Dabi Á. 24
 Dancs N. 25, 163
 Dank M. 203
 Darvas K. 178
 Daus H. 66
 David G. 94, 95, 169
 Dávid M. 182
 Dávidovics S. 9
 Décsei O. 24
 Dencs Á. 26
 Dezsőfi A. 172, 179, 215
 Dinnyés M. 185
 Dolganiuc A. 17
 Doros A. 82
 Dózsa L. 27
 Döbrönte Z. 29
 Dömötör A. 28, 29, 35, 51
 Drawes A. 92
 Dudás I. 69, 191

E

Ecsedy G. 75, 180
 Egyed M. 88, 182
 Eigner O. 10
 Elekes Z. 59
 Ender F. 75, 180
 Erdelyi Z. 95, 169
 Erhardt B. 30
 Eröss B. 61, 159, 188, 195

Eszes N. 142
Eutamene H. 144

F

Fábián G. 184
Farkas G. 32
Farkas J. 174
Farkas K. 30, 32, 33, 34,
79, 98, 116, 175
Farkas M. 1, 31, 123, 133
Fazakas J. 44
Fazekas I. 49, 140
Fazekas O. 108
Fehér A. 28, 35
Fehér E. 135
Fehér J. 19
Fehérvári. I. 60, 122, 151,
220
Fejes R. 36, 39, 70, 72,
106
Fekete A. 97
Fekete G. 198
Fenyvesi A. 147, 180
Ferrier L. 144
Figler M. 37, 53, 57, 100,
204
Fini L. 114
Fioramonti J. 144
Firmeisz G. 220
Fodor I. 124
Folhoffer A. 60
Forgóné Bodnár É. 121
Földes A. 56
Földházi K. 38
Francz M. 213
Fule T. 190
Funch-Jensen P. 70, 92
Fuszek P. 180
Futó J. 147
Füle T. 212
Fülöp M. 216

G

Gaál A. 39
Gaál G. 27
Gaál I. 44
Gábor Z. 62
Gajdan L. 40
Gajdán L. 96
Galamb O. 41, 99, 113,

157, 160, 201
Garamszegi M. 89, 189
Gecse K. 5, 42, 144, 145
Gelley A. 43
Gelley F. 122, 220
Gemela O. 22, 94, 95, 169
Gera I. 136
Gerber G. 136
Gerdán J. 7
Gerlei Z. 44, 60, 151, 220
Gerő D. 45, 191, 206
Gervain J. 40, 46, 87, 98
Gervain M. 40
Gódi S. 28, 47, 51
Gombás P. 20, 118
Gömöri É. 155
Görög D. 44, 122, 151,
220
Gráf L. 119
Graffits É. 88
Grandics P. 37
Gray M. 214
Greff Z. 77, 208
Gregersen H. 92
Grenda A. 48
Gurzó Z. 49, 124, 140
Gyires K. 24, 129, 154
Gyökeres T. 15, 27, 50,
82, 91, 118, 138, 148,
149, 153, 170, 197, 218
Györffy H. 215
Győri A. 52

H

Habon T. 35
Hágendorn R. 28, 35, 47,
51
Hagymási K. 205
Hajnal P. 3, 13, 142
Hajós R. 29
Halász M. 176
Hamvas J. 2, 38, 54, 64,
74, 76, 147, 159, 164,
166, 188, 195
Harang G. 52
Haraszi B. 62
Hargitai B. 178
Harmos F. 50, 118
Hársfalvi J. 32
Hartmann E. 53

Haszonits Z. 54
Hegedüs V. 55
Hegedüs G. 130, 155, 176
Hegyesi O. 56
Hegyi P. 6, 33, 79, 107,
126, 214, 229
Herczeg A. 57
Heringh Z. 58
Hersényi L. 59, 93, 112,
139
Hettmann A. 26
Hocz P. 4
Hoffmann J. 114
Holczbauer Á. 80
Hollósi M. 50
Horváth A. 60
Horváth E. 19, 60, 219
Horváth G. 61, 62
Horváth K. 121
Horváth Ö. 37, 132
Horváth T. 19
Horváth Z. 77
Hracsó Z. 6
Hritz I. 59, 93, 112, 139
Hubricht J. 33
Hudák J. 124
Hunyady B. 51, 88, 182
Hussam S. 141

I

Iemolo A. 154
Illés A. 63, 78, 148
Ilyés S. 11, 49, 124, 140
Imre E. 64
Imre M. 189
Ishiguro A. 208
István G. 59
Iványi A. 50, 118, 149
Iványi B. 6
Izbéki F. 5, 42, 65, 144,
145

J

Jäckel M. 211
Jancsik V. 207
Jánoki M. 8, 25, 67,
141, 163
Janny G. 66
Járay J. 44, 60
Jasz O. 68

Jeges S. 204
 Jirikowski B. 173
 Jónás A. 69, 191
 Joó I. 36, 70, 72, 106
 Jóri B. 71, 77
 Juhász M. 59, 94, 113, 139
 Juhász V. 36, 72, 106

K

Kacska S. 73
 Kalabay L. 219
 Kalecz Z. 64
 Kaliszky P. 12
 Kalmar A. 160
 Kandikó K. 27
 Kánya M. 134
 Kanyó B. 2, 54, 74, 159
 Kardos K. 82
 Kári D. 75
 Karner T. 149
 Kasza G. 193
 Kecskédi B. 69, 191
 Kecskés F. 27
 Kelemen Á. 9
 Kelemen D. 155
 Kempler P. 19, 209
 Kerékgyártó O. 38, 76, 166
 Kereskai L. 29, 88
 Kéri G. 77, 208
 Kertész Z. 182
 Király Á. 63, 78, 148
 Király M. 56, 79, 136
 Kirsch P. 129
 Kiss A. 12, 80, 99
 Kiss G. 82
 Kiss I. 81, 82
 Kiss J. 83
 Kjaer D. 92
 Kóbori L. 44, 60, 122, 151, 220
 Kocsis B. 82
 Kodys K. 17
 Kollai M. 19
 Kollár B. 88
 Koper L. 134
 Kopper L. 120
 Korom T. 84, 119, 127
 Korompay. A. 12

Korponay-Szabó I. 172, 179
 Kósa J. 60
 Kotsis L. 85
 Kovács A. 174
 Kovács Á. 32, 192
 Kovács É. 89
 Kovács F. 44
 Kovács G. 87
 Kovács I. 7
 Kovács M. 86
 Kovács-Megyesi A. 90, 115
 Kovács R. 197
 Kovács T. 197
 Kovács Z. 76, 88
 Kovalcsik Z. 89
 Kövért S. 27
 Kövesdi A. 134
 Kövesdi Z. 137
 Köveskúti Á. 92, 138
 Krenács T. 41, 99, 205
 Kristof T. 48, 94
 Kriván G. 147
 Kuester D. 114
 Kunwald P. 92
 Kupcsulik P. 12, 69, 80, 105, 104, 133, 177, 179, 187, 191, 206
 Kurucsai G. 36, 70, 72, 92, 106

L

Lakatos G. 59, 93, 101, 112, 139
 Lakatos L. 32, 94, 95, 98, 169
 Lakatos P. 22, 32, 94, 95, 112, 125, 169, 207
 Lakner L. 29
 Lakó K. 67
 Lakosi F. 182
 Lambert M. 96
 Lauf L. 97
 Lazar G. 23, 156
 Lázár M. 209
 Legány N. 98
 Leiszter K. 99, 157, 201
 Lelovics Z. 53, 57, 100, 204

Lengyel C. 209
 Lesch M. 207
 Lestár B. 20
 Lippai D. 101
 Lohinszky J. 186
 Lombay B. 102, 207
 Lonovics J. 23, 126
 Lotz G. 80
 Lovay Z. 180
 Lőrincz A. 65, 103
 Lukács K. 111
 Lukovich P. 45, 69, 104, 105, 167, 191, 206
 Lukovich P. 69

M

Madácsy L. 36, 39, 70, 72, 92, 106, 117
 Major A. 204
 Makara M. 61
 Maléth A. 122
 Maléth J. 107
 Malferttheiner P. 114
 Mályi I. 54, 74
 Maráz A. 108
 Masszi I. 110
 Masszi T. 205
 Máté M. 3, 13, 109, 131, 142, 217
 Mátyus Z. 162
 Meczker Á. 29
 Megadja B. 110
 Meleg B. 210
 Mészáros P. 97, 110
 Micsik T. 134
 Micskey É. 111
 Mihály Z. 55
 Miheller P. 22, 93, 101, 112, 113, 116, 125, 139
 Miseta A. 130, 176
 Molnar B. 41, 93, 99, 113, 136, 157, 201, 205
 Molnár C. 147
 Molnár J. 114
 Molnár M. 143
 Molnár S. 90, 115
 Molnár T. 4, 21, 32, 33, 34, 42, 79, 98, 116, 117, 125, 144, 175
 Molnár Z. 115

Monostory K. 44
 Mózsik G. 29
 Murányi E. 152
 Múzes G. 112

N

Nádas B. 50, 118, 211
 Nagy A. 122
 Nagy E. 43
 Nagy F. 4, 30, 33, 34, 42, 79, 81, 94, 98, 116, 144, 175
 Nagy I. 84, 119, 127
 Nagy K. 120
 Nagy L. 63, 78, 125, 148, 210
 Nagy T. 14
 Nagyné Berecz M. 121
 Nagyné Budai N. 117
 Nath B. 17
 Nemes B. 44, 60, 122, 151, 220
 Nemesánszky E. 46, 159
 Nemeth I. 23
 Németh A. 113
 Németh H. 1, 123, 133
 Németh I. 5, 30, 34, 145
 Nikolic. L. 173
 Novák J. 11, 49, 124, 140
 Nyári T. 116, 175

O

Ocskó C. 5
 Ónody A. 172, 179
 Orosz P. 48, 162
 Osztovits J. 19, 69
 Ottó S. 194
 Ózsvári B. 126
 Ördög T. 65
 Őrfi L. 77, 208

P

Pák G. 86, 132
 Pák G. 132
 Pák P. 86
 Pakodi F. 47, 51
 Palatka. K. 32, 73, 94, 125
 Palik. É. 150
 Pálincás L. 176

Palkó A. 81
 Pallagi P. 126
 Pálvölgyi A. 84, 119, 127
 Pánczél P. 111
 Pandur T. 95, 169
 Pap Á. 14, 15, 90, 115, 128, 138, 168, 194
 Pap B. 129
 Pápai S. 122, 220
 Pápai Z. 15, 138, 187
 Pápay J. 134
 Papdi N. 124
 Papós M. 209
 Papp A. 105, 189
 Papp G. 121
 Papp J. 22, 32, 86, 95, 118, 169
 Papp M. 32, 73, 125
 Pár A. 130, 176
 Pár G. 130, 176
 Paszt A. 156
 Pászti I. 131
 Patai Á. 161
 Pataki M. 198
 Pató J. 208
 Patrsek J. 17
 Pávics L. 42, 209
 Péceli A. 132
 Penyige A. 125
 Perduk A. 110
 Peták I. 77, 103, 120, 152, 208
 Péter A. 196
 Péter M. 73
 Petrányi Á. 1, 31, 123, 133
 Pfahler P. 3, 109
 Pieler J. 156
 Pikóné Babos G. 121
 Pink T. 124
 Pintér F. 71, 134
 Pintér P. 215
 Piros L. 122
 Plósz J. 7
 Póczy M. 85
 Póczik S. 11
 Poliska S. 125
 Pongor É. 135
 Popko L. 65
 Porcsalmy. B. 136

Pozsár J. 137, 142, 186, 199, 202, 217
 Pörneczi B. 15, 110, 138
 Pregun I. 59, 93, 112, 139

R

Rábai K. 27, 149, 211
 Rácz B. 124, 140
 Rácz F. 213
 Rácz I. 25, 141, 163
 Rácz K. 139
 Rajnics P. 88, 182
 Rakonczay Jr. Z. 6, 33
 Rakonczay Z. 23, 79, 107, 126, 165, 214
 Rásó E. 1
 Rázga Z. 107
 Rédei C. 142, 147, 217
 Riederer B. 33
 Ringelhan B. 161
 Rischák K. 198
 Rohánszky M. 143
 Róka R. 5, 42, 144, 145
 Rokszin R. 156
 Roland F. 92
 Rossi M. 154
 Rosztóczy A. 5, 42, 82, 144, 145
 Rusvai E. 26
 Ruzinkó V. 9
 Ruznyák K. 27, 50, 82, 146, 149, 153, 170, 211
 Ruzics I. 189

S

S. Varga I. 6
 Sahin P. 137, 147, 190, 199, 217
 Sahin-Tóth M. 126, 183
 Salamon A. 94
 Sándor J. 149, 153
 Sapi Z. 134, 190, 212
 Sarlós G. 158, 189
 Sarlós P. 148
 Sárváry E. 44, 220
 Schafer E. 27, 170, 50, 82, 91, 146, 149, 153, 170, 211, 218
 Schaff Z. 12, 80
 Schandl K. 87

Schnabel R. 150
 Schnur A. 23
 Schönfeld J. 52
 Schreiber S. 114
 Schuller J. 60, 151, 185
 Schumacher. E. 28, 29
 Schwab R. 66, 71, 77, 134, 152, 203, 208
 Sebe E. 153
 Seidler U. 33
 Selgrad M. 114
 Sepp K. 83
 Séra T. 42
 Seregély Z. 44
 Seres G. 76
 Sesztakov R. 13
 Shujaa N. 24, 129, 154
 Siket F. 200
 Simon K. 91, 142
 Simon S. 155
 Simonka Z. 23, 156
 Sipeky C. 210
 Sipos B. 207
 Sipos F. 41, 59, 68, 93, 99, 157, 160, 201
 Sipter E. 20
 Smausz E. 121
 Solt J. 155, 158, 189
 Solymos M. 159
 Solymosi N. 41, 113, 160
 Somos B. 124
 Sovány I. 200
 Spisak S. 41, 68, 99, 113, 157, 160, 201
 Steward M. 56
 Stöckert A. 161
 Sülle C. 182
 Sümegi J. 162

SZ

Sz. Németh M. 194
 Szabo G. 17
 Szabó A. 25, 163, 172, 179
 Szabó E. 12, 71, 134, 136, 164
 Szabó. I. 47, 51
 Szabolcs. A. 165
 Szakács A. 166
 Szalai K. 167

Szalai L. 49, 140
 Szalay F. 19, 60, 102, 219
 Szaleczky E. 168
 Szamosi T. 22, 27, 95, 169, 211
 Szász A. 211
 Szász N. 50, 170
 Szebeni Á. 171
 Szebeni B. 172, 179
 Szécsi T. 173
 Szegedi J. 213
 Szegedi R. 50
 Székely A. 36, 39, 70, 72, 106
 Székely G. 10, 174, 181, 200
 Székely I. 36, 39, 72
 Székely J. 133
 Szekeres G. 29
 Szeldeli P. 75
 Szentpétery L. 170
 Szepes A. 21
 Szepes Z. 4, 21, 30, 33, 34, 98, 116, 175
 Szereday L. 130, 176
 Szereday Z. 130
 Szidor V. 209
 Szigeti N. 184
 Szijártó A. 55, 80, 177, 178
 Sziksz E. 172, 179
 Szilágyi I. 180
 Szilvás Á. 174, 181
 Szinku Z. 182
 Szmola R. 183
 Szokol B. 77
 Szokolóczi O. 66, 152, 203
 Szollár L. 198
 Szolykóné Szaszko Z. 184
 Szombati A. 185
 Szőnyi M. 186
 Szűcs Á. 187
 Szűcs M. 26

T

Tabár B. 158
 Taján Z. 203
 Takács. K. 158, 189
 Takács. M. 26

Takács R. 38, 54, 166, 188, 195, 209
 Takács T. 6, 21, 126, 165
 Tamas K. 1, 31, 123, 133, 190, 212
 Tari K. 69, 104, 191
 Tarján Z. 66, 192
 Tárnok A. 193
 Tarpay Á. 14, 90, 115, 128, 194
 Tatai O. 195
 Tátrai P. 80
 Tátrai Tamás. E. 2
 Tax J. 19
 Telkes G. 196
 Theisz J. 62
 Thurzó L. 108
 Timár J. 1
 Tiszlavicz L. 5, 23, 30, 34, 83, 107, 108, 145, 153, 165
 Tolmácsi B. 20, 211, 118
 Tolvaj G. 197
 Tomsits E. 198
 Topa L. 97, 137, 142, 147, 186, 199, 202, 203, 217
 Tornai I. 73, 207
 Toth. K. 160
 Tóth C. 29
 Tóth E. 168
 Tóth G. 167, 200
 Tóth J. 73
 Tóth K. 41, 99, 113, 157, 201
 Tóth. L. 168, 202
 Tóth T. 19
 Tóthné Lestár A. 117
 Tölgyesi A. 198
 Töreki D. 175
 Trencsényi B. 203
 Tulassay Z. 22, 41, 59, 68, 93, 99, 101, 112, 113, 114, 139, 157, 160, 196, 201, 205
 Tulassay T. 172, 179
 Tumpek J. 7
 Túri F. 76
 Tusnádi A. 207

U

Uhlyarik A. 15
 Újszászy L. 62
 Ullrich A. 77

V

Vachaja J. 15
 Váci Z. 207
 Vadászi K. 5, 145
 Vági Z. 204
 Vajda K. 52, 174
 Valecz G. 68, 99, 157, 201, 205
 Vámos-Nagy I. 216
 Vanca T. 45, 206
 Vannay Á. 172, 179
 Váradi. G. 69, 79, 136, 149, 192
 Varga G. 56, 79, 136, 149
 Varga J. 44
 Varga L. 33
 Varga M. 18, 124, 207, 220
 Varga P. 11
 Varga Z. 77, 108, 208
 Várkondi E. 134
 Várkonyi T. 209
 Várnai R. 210
 Varro A. 23
 Varsányi M. 153, 211
 Végh É. 31, 212
 Vén L. 213
 Venglovecz V. 23, 33, 107, 126, 214
 Veres G. 99, 172, 179, 215
 Vilandné Horányi A. 216
 Vincze A. 8, 28, 29, 47, 51, 130, 176
 Virág Z. 217
 Visnyei Z. 27, 60, 82, 149, 218
 Vitális. Z. 73
 Vitályos. T. 202
 Vörös. K. 219

W

Wacha J. 192
 Weninger C. 37, 78
 Wex T. 114

Wichmann B. 41, 99, 160, 202
 Wittmann T. 4, 5, 23, 30, 33, 34, 42, 81, 98, 116, 119, 126, 127, 145, 165, 175, 209

Y

Yeruva S. 33
 Young D. 65

Z

Zadori Z. 154
 Zádori G. 122, 220
 Zádori Z. 24, 129
 Zágoni T. 7, 113, 192

ZS

Zsembery Á. 79
 Zsigmond F. 20, 27, 95, 149, 211
 Zsirka A. 191
 .

KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönetet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 51. 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 51st Annual Meeting.

- | | | |
|---|---|---|
| • 1A PHARMA
Budapest | • FRANK DIAGNOSZTIKA Kft.
Budapest | • Orma 2000 Kft.
Szeged |
| • ABBOTT Laboratories (Mo.) Kft.
Budapest | • Dr. FALK PHARMA Képviselő - MEDICONS Kft.
Budapest | • PANASONIC
Budapest |
| • ALLEGRO Kft.
Budapest | • IZOTÓP INTÉZET Kft.
Budapest | • PENTACORE LABORATÓRIUM SEMMELWEIS KFT.
Budapest |
| • ALLINAD ELECTRO THERAPEUTIC Kft.
Budapest | • PF JELFA SA
Debrecen | • RATIOPHARM HUNGÁRIA Kft.
Budapest |
| • ANAMED Kft.
Budapest | • JANSSEN – CILAG Hungary
division of Johnson & Johnson
Budapest | • RICHTER GEDEON Rt.
Budapest |
| • ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | • JOHNSON & JOHNSON Kft.
Budapest | • ROCHE (Magyarország) Kft.
Budaörs |
| • ASTRAZENECA Kft.
Budapest | • KPS Kft.
Budapest | • SANDOZ HUNGÁRIA Kft.
Budapest |
| • ASTELLAS PHARMA Kft.
Budapest | • LITERATURA MEDICA KIADÓ
Budapest | • SANOFI-AVENTIS Zrt.
Budapest |
| • BAYER HUNGÁRIA Kft.
Budapest | • MEDICINA Könyvkiadó Zrt.
Budapest | • SCHERING-PLOUGH HUNGARY Kft.
Budapest |
| • BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA
Budapest | • MEDISAN HUNGARY Kft.
Budapest | • SOLVAY Pharma Kft.
Budapest |
| • CAL+MED Hungary Kft.
Budapest | • MELÁNIA KIADÓI Kft.
Budapest | • SUNMED Kft.
Debrecen |
| • DANONE Kft.
Budapest | • MERCK Kft.
Budapest | • STRATHMANN AG&CO
Budapest |
| • EGIS Nyrt.
Budapest | • MICROMEDICAL Kft.
Budapest | • TEVA Magyarország Zrt.
Budapest |
| • ELLA-CS, s.r.o
Hradec Kralove | • NESTLÉ HUNGÁRIA Kft.
Budapest | • UpToDATE
Budapest |
| • ENDO-PLUS-SERVICE Kft.
Budapest | • NYCOMED – ALTANA Pharma Kft.
Budapest | • VALEANT PHARMA Kft.
Budapest |
| • FERRING MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | • OMIKRON Kft.
Szentendre | • VITAMINKOSÁR KFT.
Budapest |
| • FUJINON Képviselő - HUN-MED Kft.
Budapest | • ORIFLAME.
Budapest | |

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
FERRING Magyarország Kft.	Pentasa granulatum	Borító II
ROCHE (Magyarország) Kft.	Pegasys	6
TEVA Magyarország Zrt.	Rabyprex	15
BAYER Hungária Kft.	Nexavar	16
STRATHMANN GmbH & Co. KG Képv.	Lactase	23
VITAMINKOSÁR Kft.	Lepicol Plus / Protexin	24
FERRING Magyarország Kft.	Pentasa granulatum	26
RICHTER GEDEON	Quamatel	28
JANSSEN-CILAG	Pariet	30
ABBOTT Laboratories (Magyarország) Kft.	Humira	34
MEDICONS Kft. – Dr. Falk Pharma Képv.	Image	40
SCHERING-PLOUGH Hungary Kft.	Remicade	43
FERRING Magyarország Kft.	Pentasa klizma	44
JELFA	Panogastin	48
STRATHMANN GmbH & Co. KG Képv.	Hegrimarin	53
JANSSEN-CILAG	Pariet	54
SOLVAY PHARMA Kft.	Kreon	56
SUNMED Kft.	ScheBo tumor M2-PK	58
STRATHMANN GmbH & Co. KG Képv.	Hegrimarin	73
NYCOMED Pharma Kft.	Controloc	74
ROCHE (Magyarország) Kft.	Pegasys	86
JANSSEN-CILAG Kft.	Pariet	Borító III
RICHTER-GEDEON Rt.	Quamatel	Borító IV