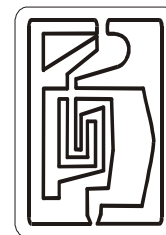


Magyar Gasztroenterológiai
Társaság
Hungarian Society of
Gastroenterology



52. Nagygyűlés

52nd Annual Meeting of the
Hungarian Society of Gastroenterology

PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

Tihany, 2010. június 12-15.

PROGRAM / ABSTRACTS

Tihany, 12-15 June, 2010
Hungary

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 52. Nagygyűlése

Program / Előadás kivonatok

Tihany, 2010. június 11-15.

**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.*

2010.

TARTALOM

Általános tudnivalók	3
A Nagygyűlés időrendi beosztása	4

Premeetings:

Roche szimpózium	7
------------------------	---

Program:

MGT Postgraduális Képzési Programja	8
Endoszkópos asszisztensek ülése I.	11
Kiállítók köszöntése	13
Endoszkópia I. (előadások)	14
Interdiszciplináris szimpózium, Családorvosok fóruma	17
Hepatológia (előadások / posztterek)	19
Táplálkozástudomány és dietetikát (előadások)	23
Endoszkópos asszisztensek ülése II.	25
Ferring szimpózium: 60 éves a FERRING	29
Közyűlés / Emlékelőadások / Díjátadások	31
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei	32
OMCH szimpózium	35
Kapszula Endoszkópia / Endoszkópia II. (előadások)	37
Sebészet (előadások)	39
Sebészet, Endoszkópia, Onkológia (posztterek)	40
Bélbetegségek (előadások / posztterek)	49
Kutatói fórum (előadások)	57
Abbott szimpózium: Esetről-esetre-ibd kérdések és válaszok	63
Abbott - Solvay szimpózium:	65
A haemostasis rendellenességeinek jelentősége a tápcsatornai kórképekben (főtema)	66
Krónikus vírushepatitiszek vesepótló kezelésben részesülő betegeken (referátum)	67
Finanszírozás (előadások)	68
Richter szimpózium: Savcsökkentő terápia helyes alkalmazása: pro és contra	71
Pancreas (előadások)	72
Endoszkópia III. (előadások)	74
Motilitás (előadások)	77
Ultrahang és más képalkotók (előadások)	79
Endoszkópos ultrahang (előadások)	80
Onkológia (előadások)	81
KRKA szimpózium: Savszekréció gátlás új kérdései.....	85
Nycomed szimpózium: Az elmúlt év szakmai újdonságai, érdekességei a gasztroenterológia néhány kiemelt területén	87
KPS és Endotherapia Kft. szimpózium.....	88
Új módszerek az endoszkópiában (főtema)	89
Májtranszplantáció indikációja, időzítése (referátum)	90
Kollégiumi fórum a gasztroenterológia aktuális kérdéseiről	90
Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (posztterek)	91
Előadás kivonatok	96
Szerzők névsora	156
Kiállítók és hirdetőik	162
Hirdetések listája	163

52nd Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Tihany, 11-15 June, 2010

Editor:
Hungarian
Society of
Gastroenterology

Editor:

Dr. Szalay Ferenc
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.

2010.

CONTENTS

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

Premeetings:

Roche symposium	7
-----------------------	---

Program:

Postgraduate Course	8
Meeting of GI nurses and endoscopy associates I.	11
Exhibitors' meeting	13
Endoscopy I. (oral presentations)	14
Interdisciplinary discussion, Forum of Family doctors	17
Hepatology (oral presentations / posters)	19
Nutrition and dietetics (oral presentations)	23
Meeting of GI nurses and endoscopy associates II.	25
Ferring symposium: FERRING 60 years.....	29
General assembly, Memorial lectures, Awards	31
List of awarded gastroenterologists of HSG.....	32
OMCH symposium : Presentation working principle cleantop® wm-s disinfection device.....	35
Capsula Endoscopy / Endoscopy II. (oral presentations)	37
Surgery (oral presentations).....	39
Surgery, Endoscopy, Oncology (posters)	40
Bowel diseases (oral presentations / posters).....	49
Research forum (oral presentations).....	57
Abbott symposium: IBD- questions and answers	63
Abbott - Solvay symposium:	65
Haemostatic disturbances in gastrointestinal disorders (main topic)	66
Management of chronic viral hepatitis before and after renal transplantation (state of art lecture)	67
Financing (oral presentations)	68
Richter symposium: Case discussion workshop	71
Pancreas (oral presentations)	72
Endoscopy III. (oral presentations).....	74
Motility (oral presentations)	77
Ultrasound, Imaging (oral presentations)	79
Endoscopic ultrasound (oral presentations).....	80
Oncology (oral presentations).....	81
KRKA symposium: new topics on gastric acid inhibition.....	85
Nycomed symposium: Highlights of selected topics from gastroenterology during last year	87
KPS-Endotherapia symposium.....	88
New methods in endoscopic procedures (main topic)	89
Indication and timing of liver transplantation (state of art lecture)	90
College forum.....	90
Challenges, Clinicopathology, Case reports (posters)	91
Abstracts	96
Alphabetic list of authors.....	156
Exhibitors and advertisers.....	162
List of advertisers	163

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK GENERAL INFORMATION

KONGRESSZUSI IRODA

2010. 06. 11. 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.

TÁJÉKOZTATÓ AZ ELŐADÓK RÉSZÉRE

Az előadások ábráit az MGT Webstandon (kiállítói csarnokban) folyamatosan lehet leadni az első naptól kezdve, de legkésőbb egy órával az esedékes ülészakot megelőzően. Amennyiben a megadott időig nem kerül sor az ábrák leadására, az előadó megtarthatja az előadást, de ábrákat nem vetíthet.

KREDITPONT

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

CONGRESS OFFICE

Opens on 11. 06. 2010 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.

INFORMATION FOR THE SPEAKERS

Figures should be presented at the speakers ready area at the WebStand of HSG in the exhibition hall at latest one hour before the start of the given session. Speakers who do not give the slides in due time are allowed to present the lecture without slide projection only.

CREDITS

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

52ND ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

Tihany, Club Tihany , 12-15 June, 2010

11 ST JUNE FRIDAY	12 ND JUNE, SATURDAY			13 RD JUNE, SUNDAY			14 TH JUNE, MONDAY			15 TH JUNE, THUESDAY	
	8.30 –9.00 Mounting of posters			8.30 –9.00 Mounting of posters						8.00 –8.30 Mounting of posters	
	9.00-12.30 MGT Postgraduate course : 1. Complications in diagnostic and therapeutic endoscopy. diagnosis, treatment, prevention 2. Functional obstruction of the esophagus, cardia and pylorus. therapeutic mod ①		11.00-13.00 ② Endoscopy nurses and associate’s meeting I.	9.00 - 12.30 ① “Hetényi Géza" memorial lecture "Magyar Imre" memorial lecture Lectures of honorary members Honours Simor Pál Award GENERAL ASSEMBLY ELECTION OF GOVERNING BOARD			8.30 - 9.00 ① ABBOTT-SOLVAY symposium			8.30 – 9.00 ① KPS-ENDOTHERAPIA symposium	
							9.00 – 11.00 ① Haemostatic disturbances in gastrointestinal disorders			9.00 – 11.00 ① New methods in endoscopic procedures	
							11.05 – 11.35 ① Management of chronic viral hepatitis before and after renal transplantation			11.05-11.35 ① Indication and timing of liver transplantation	
From 12.00 REGISTRATION 16.30 - 18.30 Pre Meeting ROCHE ②	12.30 ① Exhibitors meeting	12.00 - 14.00 Lunch					11.40-12.40 Financing ①			11.35 - 13.00 College forum	
				13.40 – 14.00 OMCH symp.			14.00 - 14.30 ② RICHTER symposium				
	14.00-16.00 Lectures ① Endoscopy I.	14.00-16.50 Lectures ② Hepatology	14.00-16.00 Lectures ③ Nutrition and dietetics	14.00-15.00 Lectures ① Capsule Endoscopy (Endoscopy II.)	14.00 – 17.10 Lectures ② Bowel diseases	14.00-18.00 Lectures ③ Research forum	14.30–16.00 Lectures ① Pancreas	14.30-16.10 Lectures ② Motility	14.30-15.00 Lectures ③ Endoscopic Ultrasound	14.00 – 18.00 ① CHALLENGES, DILEMMAS CASE REPORTS MISCELLANEOUS POSTERS VIDEO COMMENTARY DISCUSSION	
	16.00-17.30 ① INTERDISCIPLINARY SYMPOSIUM, FORUM OF GENERAL PRACTITIONERS		16.00-19.00 ③ Endoscopy nurses and associates’s meeting II.	15.15-16.35 Lectures ① Surgery	17.10-18.00 Posters ② Bowel diseases		16.00-17.30 Lectures ① Endoscopy III.	16.10-17.10 Lectures ② Ultrasound, Imaging	15.00-17.30 Lectures ③ Oncology		
				Paralel Posters Surgery, Endoscopy, Oncology 16.40-18.00 ①			17.30 - 18.30 ① KRKA symposium				
	18.00 - 19.00 ① FERRING symposium			18.00 – 19.00 ① ABBOTT symposium			18.30 - 19.30 ① NYCOMED symposium				
	Social program			Gala dinner			20.30 Social program				

Lunch: 12.00 - 14.00

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

MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 52. NAGYGYŰLÉSE
Tihany, Club Tihany , 2010. június 12-15.

JÚN. 11, PÉNTEK	JÚN. 12, SZOMBAT			JÚN. 13, VASÁRNAP			JÚN. 14, HÉTFŐ			JÚN. 15, KEDD
	8.30 –9.00 Poszterek elhelyezése			8.30 –9.00 Poszterek elhelyezése						8.00 –8.30 Poszterek elhelyezése
	9.00-12.30 MGT Postgraduális képzés: 1. Endoscopos szövődmények, megelőzésük, felismerésük, kezelésük 2. Dysphagia és a gyomorürülés zavarai		11.00-13.00 Endoszkópos asszisztensek ülése I.	9.00 - 12.30 ① “Hetényi Géza” emlékelőadás "Magyar Imre" emlékelőadás Tiszteletbeli tagok előadásai Kitüntetések Simor Pál alapítvány díj KÖZGYŰLÉS VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS			8.30 - 9.00 ① ABBOTT - SOLVAY szimpózium			8.30 – 9.00 ① KPS-ENDOTHERAPIA szimpózium
							9.00 – 11.00 ① A haemostasis rendellenességei- nek jelentősége a tápcsatornai kórképekben			9.00 – 11.00 ① Új módszerek az endo- szkópiában
							11.05 – 11.35 ① Krónikus vírushepatitiszek vesepótló kezelésben részesülő betegekben			11.05-11.35 ① Májtranszplantáció indiká- ciója, időzítése
12.00 – től REGISZTRÁLÁS 16.30 - 18.30 Pre Meeting ROCHE ②	12.30 ① Kiállítók kö- szöntése	12.00 - 14.00 Ebéd		13.40 – 14.00 OMCH szimp.			11.40-12.40 Finanszírozás ①			11.35 - 13.00 Kollégiumi fórum
						14.00 - 14.30 ② RICHTER szimpózium				
	14.00-16.00 Előadások ① Endoszkópia I.	14.00-16.50 Előadások ② Hepatológia	14.00-16.00 Előadások ③ Táplálkozás- tudomány és dietetika	14.00-15.00 Előadások ① Kapszula Endoszkópia (Endoszkópia II.)	14.00 – 17.10 Előadások ② Bélbetegségek	14.00-18.00 Előadások ③ Kutatói fórum	14.30–16.00 Előadások ① Pancreas	14.30-16.10 Előadások ② Motilitás	14.30-15.00 Előadások ③ Endoszkópos Ultrahang	14.00 – 18.00 ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉLÉSEK Vegyes poszterek Video közvetítéses vita
	16.00-17.30 ① INTERDISZCIP- LINÁRIS SZIM- PÓZIUM CSALÁDORVO- SOK FÓRUMA		16.00-19.00 ③ Endoszkópos asszisztensek ülése II.	15.15-16.35 Előadások ① Sebészet Párhuzamos poszterek Sebészet, Endoszkópia, Onkológia 16.40-18.00 ①	17.10-18.00 Poszterek ② Bélbetegségek		16.00-17.30 Előadások Endoszkópia III. ①	16.10-17.10 Előadások ② Ultrahang, Képkotó	15.00-17.30 Előadások ③ Onkológia	
	18.00 - 19.00 ① FERRING szimpózium			18.00 – 19.00 ① ABBOTT szimpózium		18.30 - 19.30 ① NYCOMED szimpózium				
	Társasági program (KONCERT)			Társasági program (Fogadás)		20.30 Társasági program / Vezetőségi ülés				

Ebéd: 12.00 - 14.00

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

2010. június 11. Péntek
11 June, Friday
12.00 – 20.00

Club Tihany Főépület

REGISZTRÁLÁS / REGISTRATION

2010. június 11. Péntek
11 June, Friday
16.30 – 18.30

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ROCHE SZIMPÓZIUM / *ROCHE SYMPOSIUM*

PRE MEETING

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
9.00 – 12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

9.00 – 10.40

KOMPLIKÁCIÓK DIAGNOSZTIKUS ÉS TERÁPIÁS ENDOSZKÓPOS BEAVATKOZÁSOK KAPCSÁN. DIAGNÓZIS-KEZELÉS-MEGELŐZÉS *COMPLICATIONS IN DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ENDOSCOPY. DIAGNOSIS, TREATMENT, PREVENTION*

Moderátor: Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

**AZ EMÉSZTŐSZERVI ENDOSZKÓPIÁK SZÖVŐDMÉNYEI. DEFINÍCIÓK, STA-
TISZTIKAI JELLEMZŐK, KOMMUNIKÁCIÓ**
COMPLICATIONS IN GI-ENDOSCOPY. DEFINITIONS, STATISTICS, COMMUNICATION
Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

NEM ENDOSZKÓPOS KOMPLIKÁCIÓK ÉS BETEGFÜGGŐ RIZIKÓ FAKTOROK
NON ENDOSCOPIC COMPLICATIONS AND PATIENT ASSOCIATED RISK FACTORS
Novák János, Gyula

ENDOSZKÓPOS SZÖVŐDMÉNYEK A JOGÁSZ SZEMSZÖGÉBŐL
THE LEGAL VIEWPOINTS OF ENDOSCOPIC COMPLICATIONS
Fodor László, Győr

EMR, ESD
Madácsy László, Székesfehérvár

PEG
Hunyady Béla, Kaposvár

ERCP, EST
Orosz Péter, Miskolc

COLONOSCOPIA
COLONOSCOPY
Novák János, Gyula

URGENS ENDOSZKÓPIA
EMERGENCY ENDOSCOPY
Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

**AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS SZEREPE A SZÖVŐDMÉNYEK MEG-
ELŐZÉSÉBEN, ELLÁTÁSÁBAN**
THE ROLE OF ENDOSCOPY NURSES IN PREVENTION AND RISK MANAGMENT
Kokas Marianna, Mosonmagyaróvár

ÉLŐ DEMONSTRÁCIÓ SZERVEZÉSÉNEK ESGE SZABÁLYAI. SIKER VAGY KOMPLIKÁCIÓ?

THE ESGE RULES OF ORGANIZATION OF LIVE DEMONSTRATION. SUCCES OR FAILURE?

Rácz István, Győr

OKTATÁS ÉS TRÉNING SZEREPE A SZÖVŐDMÉNYEK MEGELŐZÉSÉBEN, EL-LÁTÁSÁBAN

THE ROLE OF TRAINING IN PREVENTION AND MANAGING COMPLICATIONS

Gyökerez Tibor, Budapest

A SEBÉSZ SZEREPE A KOMPLIKÁCIÓK ELLÁTÁSÁBAN

THE ROLE OF SURGEON IN MANAGING OF COMPLICATIONS

Oláh Attila, Győr

A tesztkérdéseket az előadók elkészítik, a határidő megadását kérem.

Az asszisztensi szekció vezetősége jelezte, hogy lehetőség szerint szekciójuktól is sokan részt vennének a kurzuson / amennyiben az időpontok egyeztethetők/.

10.50 – 12.30

FUNKCIONÁLIS EREDETŰ NYELŐCSŐ, CARDIA ÉS GYOMOR KIMENETI SZŰKÜ-LETEK ÉS KEZELÉSÜK

FUNCTIONAL OBSTRUCTION OF THE ESOPHAGUS, CARDIA AND PYLORUS. THERAPEU-TIC MODALITIES

Moderátorok: **Horváth Örs Péter, Pécs** **Solt Jenő, Pécs**

OROPHARYNGEALIS DYSPHAGIA OKAI ÉS DIAGNÓZISA, KEZELÉSE

OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA: ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND THERAPY

OROPHARYNGEALIS DYSPHAGIA OKAI

ETIOLOGY OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA

Wittmann Tibor, Szeged

A KÓRKÉPET ELŐIDÉZŐ IDEGRENDSZERI BETEGSÉGEK, PROGNÓZISUK

NEUROLOGICAL CAUSES OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA

Komoly Sámuel, Pécs

FÜL-ORR-GÉGÉSZETI KÓRKÉPEK OROPHARYNGEALIS DYSPHAGIA ESETÉN

PRIMARY DISORDERS OF THE OROPHARYNX PROVOKING OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA

Gerlinger Imre, Pécs

OROPHARYNGEALIS DYSPHAGIA DIAGNOSZTIKÁJA ÉS KEZELÉSE (EN-DOSCOPOS BEAVATKOZÁSOK: BOTOX, BALLONOS TÁGÍTÁS, PEG IMPLAN-TATIO KÉRDÉSEI)

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA

Solt Jenő, Pécs

FUNCTIONALIS NYELŐCSŐ ÉS CARDIA MEGBETEGEDÉSEK: ACHALASIA ÉS ACHALASIA-SZERŰ MOTILITÁSZAVAROK, NYELŐCSÓ MŰTÉTEK UTÁNI DYSPHAGIA, GORD

ESOPHAGEAL MOTILITY DISORDERS: ESOPHAGEAL DYSPHAGIA, POSTOPERATIVE DYSPHAGIA.

OKAI, DIAGNOSZTIKÁJA

ETIOLOGY, CLINICAL PRESENTATION, DIAGNOSIS

Rosztóczy András, Szeged

ENDOSCOPOS KEZELÉSE

MANAGEMENT: ENDOSCOPIC INTERVENTIONS. PNEUMATIC DILATION, BOTULINUM TOXIN INJECTION,

Solt Jenő, Pécs

SEBÉSZI KEZELÉSE

SURGICAL MANAGEMENT

Horváth Örs Péter, Pécs

Moderátorok: Király Ágnes, Pécs Wittmann Tibor, Szeged

GYOMOR ÉS GYOMORKIMENET MŰKÖDÉSÉNEK FUNCTIONALIS ZAVARAI
GASTROPARESIS. FUNCTIONAL OUTLET OBSTRUCTION OF THE STOMACH

LEGGYAKORIBB OKAI, GYOMOR NEUROPATHIA STASISSAL

DISORDERS OF GASTRIC EMPTYING

Király Ágnes, Pécs

DIAGNOSZTIKA

DIAGNOSIS

ENDOSCOPIA, GYOMORÜRÜLÉSI VIZSGÁLATOK, EGG, ANTRODUODENALIS MANOMETRIA

EVALUATION OF GASTRIC EMPTYING, MOTOR FUNCTION, MYOELECTRIC ACTIVITY

Izbéki Ferenc, Szeged

THERAPIA

TREATMENT OF DELAYED GASTRIC EMPTYING AND SYMPTOMATIC GASTROPARESIS

GYÓGYSZERES-, ENDOSCOPOS KEZELÉS

PHARMACOLOGICAL- AND ENDOSCOPIC TREATMENT

Madácsy László, Székesfehérvár

GYOMORÜRÜLÉSI ZAVAROK SEBÉSZI KEZELÉSE

SURGICAL MANAGEMENT OF GASTROPARESIS

Bálint András, Budapest

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
11.00 – 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

11.00 MEGNYITÓ

11.05 25 ÉVES AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSI SZEKCIÓ

Kormosné Török Éva

11.15 MERRE TART AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENSI KÉPZÉS EURÓPÁBAN?

Kokas M.¹, Endoszkópos Labor, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

11.25 LEHETŐSÉGEK AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK GYAKORLATI ÉS ELMÉLETI OKTATÁSÁBAN

Tari K.¹, Lukovich P.¹, Jónás A.¹, Berényi B.², Benkő P.¹, Szabó K.², Dudás I.³, Vanca T.², Pálházi P.², Kupcsulik S.¹, Váradi G.⁴, Gerő D.², Zsirka A.¹, Kupcsulik P.¹, Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest², Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest³, Jávorszky Ödön Kórház, Vác⁴

11.35 AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENSEK SZEREPE A KLINIKAI VIZSGÁLATOKBAN

Gárdonyi M.¹, Garami T.¹, Sipos C.¹, Gscheidt H.¹, Graffits É.¹, Sülle C.¹, Kovács Z.¹, Hunyady B.¹, Belgyógyászat, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár¹

11.45 EMÉSZTŐRENDSZERI SZÜKÜLETEK ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTTEL TÖRÉNŐ KEZELÉSE

Paulovicsné Kiss M.¹, Pécsi Tudományegyetem klinikai központ TSZDK endoszkópia¹

11.55 EPEÚTI INTERVENCIÓK BILIODIGESZTÍV ANASZTOMÓZISON ÁT - ESETISMERTETÉS

Kecskésné S.¹, Gaál E.¹, Szvatek A.¹, Kandikó K.¹, Tolmácsi B.¹, Banai J.¹, Gyökerez T.¹, Gasztroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest¹

12.05 ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTEK A DAGANATOS PALLIÁCIÓBAN. NEHÉZSÉGEK ÉS TAPASZTALATAINK A MINDENNAPOS GYAKORLATBAN.

Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Pap Á.¹, Gastroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹, Gastroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest², Gastroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest³

12.15 TAPASZTALATAINK PREVENTÍV PANCREAS STENT (PS) IMPLANTÁCIÓKKAL

Farkas É.¹, Tóthné Pismán K.¹, Szepes A.¹, Bács-Kiskun Megyei Kórház - OMCH Egészségügyi Szolgáltató Kft.¹, Endoszkópos Centrum², Kecskemét³

12.25 ALAGÚT-PERFORÁCIÓ A DUODENUMBAN. AZ EPEÚTI STENTELÉS EGYEDI SZÖVŐDMÉNYE

Gaál E.¹, Szvatek A.¹, Kardos K.², Iványi A.³, Lestár B.³, Banai J.¹, Gyökeres T.¹,
Gastroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest ¹, Radiológia, HM Állami Egészségügyi Központ ², II.Sebészet, HM Állami Egészségügyi Központ ³

12.35 AZ ENDOSZKÓPOK FERTŐTLENÍTÉSI TECHNIKÁJÁNAK FEJLŐDÉSE LABORUNKBAN.

Molnár T.¹, Fejér Megyei Szent György Kórház ¹

12.45 A LEGÚJABB EURÓPAI KÖVETELMÉNYEK AZ ENDOSZKÓP FERTŐTLENÍTÉSBEN

Bozóki Zoltán, Johnson & Johnson Kft.

2010. június 12. Szombat
12. 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

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
14.00 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

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

Solt Jenő, Pécs

14.00 EOSINOPHILIC OESOPHAGITIS AND A CASE TREATED WITH OESOPHAGEAL STENOSIS

Solt J.¹, Illés A.¹, Kálmán E.², Bajor J.¹, 1st Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs²,

14.10 ESOPHAGEAL MANIFESTATION OF CROHN'S DISEASE

Szalóki T.¹, Tiszlavicz L.², Szalóki jr T.³, Czakó L.⁴, Department of Gastroenterology, Jávorszky Hospital, Vác¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest³, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged⁴,

14.20 ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING THE CLINICAL OUTCOME OF PATIENTS WITH MALIGNANT DYSPHAGIA TREATED BY SELF-EXPANDING METAL STENTS

Rédei C.¹, Pozsár J.¹, Virág Z.¹, Topa L.¹, Department of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest¹,

14.30 CLINICAL RISK STRATIFICATION WITH SCORING SYSTEMS IN PEPTIC ULCER BLEEDING

Dancs Nóra .¹, Szalai M.¹, Tőreki Dóra .¹, Horváth Z.², Rácz I.¹, 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹, Department of Mathematics and Computational Sciences, Széchenyi István University, Győr²,

14.40 THE ROLE OF THE DOPPLER ULTRASOUND PROBE IN ACUTE PEPTIC ULCER HEMORRHAGE: PRELIMINARY ENDOSCOPIC RESULTS

Pekárdi S.¹, Szabó Andrea .¹, Csöndes M.¹, Kárász T.¹, Hussam S.¹, Dancs Nóra .¹, Rácz I.¹, 1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹,

14.50 DUDENALIS VARICOSITAS MIATT KEZELT BETEGEINK HOSSZÚ TÁVÚ KÖVETÉSE ÉS KEZELÉSE

Lukovich P.¹, Dudás I.², Pajor P.¹, Tari K.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²,

Üléselnökök/Chairmen: **Gurzó Zoltán**, Gyula

Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

15.00 INTRODUCTION OF THE QUALITY MANAGEMENT PROGRAM IN ENDOSCOPY UNIT

Rusznay K.¹, Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest¹,

- 15.10 **COLONOSCOPIA ALTATÓORVOS ASSZISZTÁLÁSÁVAL**
Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Horváth I.², Gasztonyi B.¹, Belgyógyászat, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹, Intenzív és Anaesthesiológiai Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg²,
- 15.20 **INITIAL OBSERVATIONS WITH COMPUTED CHROMOENDOSCOPY (FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT) SYSTEM IN COLONOSCOPY**
Patai Á.¹, Department of Gastroenterology, Erzsébet Teaching Hospital, Sopron¹,
- 15.30 **179 HIGH-RISK COLORECTAL POLYPECTOMY. PREVENTION OF COMPLICATIONS IN ONE OR TWO STEPS**
Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Szabó T.¹, Goda M.², Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár¹, Department of Pathology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár²,
- 15.40 **PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMIÁVAL KAPCSOLATOS SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYEINK ELEMZÉSE.**
Sümegi J.¹, Balog C.², Varga L.³, Orosz P.¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat,¹ B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai és Sugárterápiás Centrum,² DEOEC Szak- és Továbbképzési Központ,³
- 15.50 **SMALL BOWEL PERFORATION AFTER UNSECCESFULL PEG PROCEDURE NECESSITATING URGENT SURGERY. CASE REPORT.**
Taller A.¹, Zaránd A.², Székely A.¹, Kózzai Z.³, Uzsoki Hosp. Dept. of Gastroenterology¹, Uzsoki Hosp. Dept. of Surgery², Uzsoki Hosp. Dept. of Head and Neck Surgery³,

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
16.00 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

EGYÜTT VAGY EGYMÁS ELLEN?!
Gasztroenterológia és kardiológia interdiszciplináris kérdései
TOGETHER OR AGAINST?!
Current questions in cardiology and gastroenterology
Richter Gedeon és a Bayer Hungária szponzorálásával
Sponsored by Richter Gedeon and Bayer Hungaria

Interdiszciplináris megbeszélés a Magyar Gasztroenterológiai Társaság és a Családorvosok részvételével

Interdisciplinary discussion of Hungarian Gastroenterological Society and Family Doctors

Üléselnökök/Chairmen: **Magyar Anna**, Budapest **Bálint Levente**, Budapest

BEVEZETŐ

INTRODUCTION

Bálint Levente, MGT Háziiorvosi szekció

TROMBOCITA AGGREGÁCIÓ GÁTLÁS A KARDIOLÓGIÁBAN

ANTITHROMBOTIC THERAPY IN CARDIOLOGY

Becker Dávid, Semmelweis Egyetem Kardiológiai Központ

CLOPIDOGREL-PPI INTERAKCIÓ KÉRDÉSEI

QUESTIONS OF INTERACTION BETWEEN CLOPIDOGREL AND PPI

Pregun István, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika

INTIMA ÉS MUCOSA VÉDELEM

TROMBOCITA AGGREGÁCIÓ GÁTLÓ KEZELÉS AZ ALAPELLÁTÁSBAN

DEFENSE OF THE INTIMA AND THE MUCOSA

ANTITHROMBOTIC THERAPY IN PRIMARY CARE

Bálint Levente, MGT Háziiorvosi szekció

MELLKASI FÁJDALOM ÉS GERD

CHEST PAIN AND GERD

Rosztóczy András, Szegedi Tudományegyetem I. Belgyógyászati Klinika

HEPATOLÓGIAI AKTUALITÁSOK / CURRENT QUESTIONS IN HEPATOLOGY

MÁJCIRRHOZIS ÉS MÁJRÁK. A HÁZIORVOS SZEREPE A KEZELÉSBEN ÉS A GONDOZÁSBAN.

LIVER CIRRHOSIS AND CARCINOMA. THE ROLE OF THE GP IN THERAPY AND CARE

Szalay Ferenc, Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
14.00 – 16.50

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: Hunyady Béla, Kaposvár Pár Alajos, Pécs

- 14.00 **NONALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE: 21ST CENTURY PERSPECTIVES**
Gyorgy Baffy, Boston, USA
- 14.20 **GENETIC POLYMORPHISMS OF CYTOKINE (IL28B, IL10R, LTA) GENES IN HCV INFECTION**
Pár A.¹, Kisfali P.², Melegh B.², Tornai I.³, Szalay F.⁴, Varga M.⁵, Papp M.³, Schuller J.⁶, Tusnádi A.⁷, Nemes Z.¹, Péterfi Z.¹, Hunyady B.¹, Vincze A.¹, Pár G.¹,
1st Department of Medicine, University of Pécs ¹, Department of Medical Genetics, University of Pécs, Pécs ², 2-nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen ³, 1-st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest ⁴, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba ⁵, Fővárosi Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest ⁶, Hetényi Géza Hospital, Szolnok ⁷
- 14.30 **EARLY PREDICTION FOR THE SUCCESS OF THE ANTIVIRAL THERAPY BY USING HOMA INDEX IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS**
Lombay B.¹, Szalay F.², Szent Ferenc Hospital, Department of Internal Medicine, Miskolc ¹, Semmelweis University, I. Clinic of Internal Medicine, Budapest ²
- 14.40 **CLAUDIN-1 EXPRESSION IN CHRONIC HEPATITIS C**
Jármay K.¹, Karácsony G.¹, Kiss A.², Schaff Z.², 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²
- 14.50 **ACQUIRED FACTOR IX INHIBITOR IN A PATIENT WITH CEREBRAL AND RETROPERITONEAL HAEMORRHAGE AFTER SUCCESSFUL TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C (CHC) WITH PEGINTERFERON-ALFA (PEG-IFN- α) PLUS RIBAVIRIN (RBV). A RARE COMPLICATION?**
Pálvölgyi A.¹, Nagy I.¹, Modok S.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, 2nd Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ²
- 15.00 **ACUTE HEPATITIS INFECTION WITH UNUSUALLY SEVERE AND PROLONGED COURSE**
Haragh A.¹, Szinku Z.¹, Papp E.², Schuller J.³, Hunyady B.¹, Kaposi Mor Teaching Hospital, Department of Internal Medicine Kaposvar ¹, Kaposi Mor Teaching Hospital, Department of Contagious Medicine Kaposvar ², United Szt. Istvan and Szt. Laszlo Hospital III. Department Contagious and Internal Medicine Budapest ³

15.10 MANNOSE-BINDING LECTIN DEFICIENCY CONFERS RISK FOR BACTERIAL INFECTIONS IN A LARGE HUNGARIAN COHORT OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Vitalis Z.¹, Altörjay I.¹, Tornai I.¹, Farkas G.¹, Udvardy M.¹, Harsfalvi J.², Orosz P.³, Lombay B.⁴, Par G.⁵, Par A.⁵, Szalay F.⁶, Osztovits J.⁶, Csepregi A.⁷, Lakatos P.⁶, Papp M.¹, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary¹, Clinical Research Centre, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², Gastroenterology Department of Medicine, Borsod-Abaúj Zemplén County Hospital, Miskolc, Hungary³, Department of Medicine, Szent Ferenc Hospital, Miskolc Hungary⁴, 1st Department of Medicine, University of Pecs, Budapest, Hungary⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶, Department of Gastroenterology, Hepatology, and Infectious Diseases, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany⁷

SZÜNET

Üléselnökök/Chairmen: **Tornai István**, Debrecen **Nagy István**, Szeged

15.30 ÉLETTÁRSAM A HEPATITIS C VIRUS

Sólyom A.¹, Lynchburg, Virginia, USA¹

15.40 PRESENCE OF ANTI-MICROBIAL ANTIBODIES IS ASSOCIATED WITH INCREASED RISK FOR SYSTEMIC INFECTIONS IN A LARGE HUNGARIAN COHORT OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Papp M.¹, Vitalis Z.¹, Tornai I.¹, Altörjay I.¹, Foldi I.¹, Udvardy M.¹, Norman G.², Dinya T.³, Orosz P.⁴, Lombay B.⁵, Par G.⁶, Par A.⁶, Osztovics J.⁷, Szalay F.⁷, Lakatos P.⁷, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary¹, INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, USA², Institute of Surgery, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³, Gastroenterology Department of Medicine, Borsod-Abaúj Zemplén County Hospital, Miskolc, Hungary⁴, Department of Medicine, Szent Ferenc Hospital, Miskolc Hungary⁵, 1st Department of Medicine, University of Pecs, Pecs, Hungary⁶, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁷,

15.50 HAPTOGLOBIN POLYMORPHISM: A NOVEL GENETIC RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF INFECTION IN LIVER CIRRHOSIS

Tornai D.¹, Vitalis Z.¹, Altörjay I.¹, Tornai I.¹, Palatka K.¹, Kacska S.¹, Palyu E.¹, Udvardy M.¹, Harsfalvi J.², Dinya T.³, Lakatos P.⁴, Papp M.¹, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary¹, Clinical Research Centre, University of Debrecen, Debrecen, Hungary², Institute of Surgery, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

16.00 KÖRNYEZETI TÉNYETŐK SZEREPE A HEPATOCELLULARIS CARCINOMA KIALAKULÁSÁBAN

Horváth E.¹, Németh D.¹, Pesti V.¹, Csihi L.¹, Szalay F.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

16.10 PROMOTORMETHYLIERUNG VON TUMORSUPPRESSORGENEN BEIM HEPATOZELLULÄREN KARZINOM

Csepregi A.¹, Malfertheiner P.², Klinik für Innere Medizin, Hufeland Klinikum GmbH Bad Langensalza ¹, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg ²,

16.20 SORAFENIB THERAPY IN PATIENTS WITH ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN LIVER CIRRHOSIS: A SINGLE CENTER EXPERIENCE.

Schütte K.², Malfertheiner P.², Csepregi A.¹, Klinik für Innere Medizin, Hufeland Klinikum GmbH Bad Langensalza ¹, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg ²

16.30 DE NOVO DIABETES ÉS MÁJÁTÜLTETÉS

Zádori G.¹, Gelley F.¹, Földes K.¹, Firneisz G.², Görög D.¹, Fehérvári I.¹, Kóbori L.¹, Gerlei Z.¹, Fazekas J.¹, Pápai S.¹, Lengyel G.², Sárváry E.¹, Nemes B.¹, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika ¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika ²

16.40 SERUM CYSTATIN ÉS A GFR ÖSSZEFÜGGÉSE MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN

Nemes B.¹, Gelley F.¹, Zádori G.¹, Gámán G.¹, Perneczky J.¹, Kóbori L.¹, Fehérvári I.¹, Görög D.¹, Doros A.¹, Fazekas J.¹, Sárváry E.¹, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika ¹

2010. június 12. Szombat
12 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 **Székely György**, Budapest

14.00 PRACTICAL DIFFICULTIES OF DIETARY COMPLIANCE

Müller K.¹, Gubicskó A.¹, Szabó S.¹, Marton K.¹, Armbruszt S.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék ¹

14.12 PROTONPUMPAGÁTLÓ KEZELÉS HATÁSA A BÉLFLÓRÁRA

Székely G.¹, Hamvas J.², Bárkányi A.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály ¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály ²,

14.24 PROBIOTIC TREATMENT OF INTESTINAL FLORA LESION CAUSED BY ANTIBIOTIC THERAPY

Szabó S.¹, Marton K.¹, Kovács J.¹, Kerényi M.², Bátai I.³, Figler M.⁴, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs ¹, Department of General Medical Microbiology University of Pécs ², Department of Anesthesiology and Intensive, University Pécs ³, Second Department of Medicine and Nephrological Center, University of Pécs ⁴

14.36 EFFECTS OF GASTRIC JUICES ON ANTIMICROBIAL FOOD

Marton K.¹, Komár A.¹, Szabó S.¹, G. Kisbenedek A.¹, B. Müller K.¹, Armbruszt S.¹, Kerényi M.², Figler M.¹, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs ¹, Medical School, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pécs ²

14.48 THE RESPONSE OF PATHOGENIC BACTERIA TO SPROUTED SEEDS

Szabó S.¹, Kerényi M.², Bátai I.³, Német Z.⁴, Marton K.¹, Kisbenedek A.¹, Armbruszt S.¹, Müller K.¹, Figler M.⁵, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs ¹, Department of General Medical Microbiology University of Pécs ², Department of Anesthesiology and Intensive, University, 7623 Pécs ³, Bajcsy Zsilinszky Hospital Budapest ⁴, Second Department of Medicine and Nephrological Center, University of Pécs ⁵

15.00 OKOZ-E A KILÉGZETT LEVEGŐBEN NO-SZINT EMELKEDÉST ALMA FOGYASZTÁSA FAPOLLEN-ÉRZÉKENY BETEGEKBEN?

Hidvégi E.¹, Lugosi K.², Lázár Z.¹, Losonczy G.¹, Horváth I.¹, Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK V. évf. o.h. ²

15.12 EXAMINATION OF THE NUTRITIONAL HABITS OF PATIENTS SUFFERING FROM HAEMOCROMATOSIS

Müller K.¹, Gubicskó A.¹, Marton K.¹, Szabó S.¹, Armbruszt S.¹, Németh Á.², Figler M.¹

15.24 IDENTIFICATION OF RESVERATROL FROM OIL SEEDS

Kisbenedek A.¹, Szabó S.¹, Marton K.¹, Müller K.¹, Márk L.², Figler M.¹, Department of Nutritional sciences and Dietetics, University of Pécs¹, Department of Biochemistry and Medical Chemistry, Faculty of Medicine, University of Pécs²

15.36 CHEMOPREVENTIVE EFFECTS OF TEA EXTRACTS

Marton K.¹, Pőcz V.¹, Szabó S.¹, G. Kisbenedek A.¹, B. Müller K.¹, Armbruszt S.¹, Figler M.¹, Varjas T.², Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs¹, Medical School, Institute of Public Health, University of Pecs²

15.48 A TERÁPIÁS DIETETIKUS SAJÁTOS NAPTÁRA

Podhoroszkyné Imre E.¹, Povázsay K.¹, Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterologia¹

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
16.00 – 19.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

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

Üléseelnökök:

Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár **Kormosné Török Éva**, Miskolc
Paulovicsné Kiss Melinda, Pécs

16.00 PACEMAKER ELEKTRÓDA A GYOMORBAN 8 ÉVVEL A SZÍVMŰTÉT UTÁN – ENDOSZKÓPOS ESETISMERTETÉS

Benkő E.¹, Molnár T.¹, Pálinkás A.², Palkó A.³, Nagy F.¹, Eszlári E.⁴, Wittmann T.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Erzsébet Kórház, Hódmezővásárhely², Szegedi Tudományegyetem, Radiológiai Klinika, Szeged³, Szegedi Tudományegyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szívsebészeti Osztály, Szeged⁴,

16.10 ACUT GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSA A KARCAGI KÁTAI GÁBOR KÓRHÁZBAN 5 ÉV ADATAI TÜKRÉBEN

Kabai A.¹, Szentes G.¹, M.Tóthné Kállai E.¹, Kátai Gábor Kórház Karcag, Gasztroenterológiai szakrendelés¹

16.20 AKUT GASZTRODUODENÁLIS FEKÉLYVÉRZŐ BETEGEK ÁPOLÁSA 2007-2008

Kovács A.¹, Bognár E.¹, Bugáné Hálám G.¹, Jedlinszkyné Varga T.¹, Bordácsné Csizmadia R.¹, Szeriné Lakó K.¹, Dancs N.¹, Szalai M.¹, Tőreki D.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

16.30 A GASZTROINTESTINÁLIS TRAKTUS VÉRZÉSCSILLAPÍTÁSÁNAK GYAKORLATA A SOPRONI ENDOSZKÓPIÁN

Szingerné Borsetzki I.¹, Fehérvári E.¹, Soproni Erzsébet Kórház - Gasztroenterológia

16.40 VÉKONYBÉL KAPSZULA ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK ALKALMAZÁSA TISZTÁZATLAN EREDETŰ TÁPCSATORNAI VÉRZŐ BETEGEINKBEN

Tóthné Lestár A.¹, Papp I.², Fodorné Keserű A.², Székely A.¹, Balogh G.¹, Madácsy L.¹, Endoszkópos Laboratórium, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár, Hungary¹, Endo-Kapszula MOC²

16.50 A MEGSZOKOTTÓL ELTÉRŐ ENDOSZKÓPOS BEAVATKOZÁSOK ÉS KOMPLIKÁCIÓK

Kiss G.¹, Szné Lakó K.¹, Endoszkópos Labor, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

17.00 A MINŐSÉGI COLONOSCOPIA SZEMPONTJAI ÉS AZ ASSZISZTENSNŐ SZEREPE A VIZSGLATI CÉLOK ELÉRÉSÉBEN

Kalmárné I.¹, Kürthy J.¹, Ádámné I.¹, Tátrai E.¹, Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterológia¹

17.10 BIOLÓGIAI TERÁPIA HATÁSÁNAK UTÁNKÖVETÉSE CROHN BETEGSÉG MULTIPLEX EXTRAINTESZTINÁLIS MANIFESZTÁCIÓJÁBAN

Sovány L.¹, Tóth G.¹, Varga-Szabó L.², Székely G.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza, I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály¹, Szent Pantaleon Kórház, Dunaújváros, Belgyógyászat-Gasztroenterológia²

17.20. ÓRIÁS SZŐNYEG-POLYP DARABOLÓ POLYPECTOMIÁJA A RECTUMBAN

Dózsa L.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Gasztroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest¹

17.30-18.00

POSZTER SZEKCIÓ

Poszterbírálók:

Hocz Pálné, Szeged **Seres Lászlóné**, Gyöngyös **Tari Krisztina**, Budapest

- 1. ÖNÁLLÓ ASSZISZTENSI FELADATOK A GASTROENTEROLÓGIÁN**
Seres L.¹, Bugát Pál Kórház Gyöngyös¹
- 2. AZ ASSZISZTENCIA KIEMELT FELADATKÖRE A 24 ÓRÁS pH-MONITORIZÁLÁS ÉS A NYELŐCSŐ MANOMETRIA VIZSGÁLATBAN**
Gergely H.¹, Bagosi É.¹, Takács R.¹, Foldházi K.¹, Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterologia¹
- 3. HÁROM AZ EGYBEN - AVAGY INTEGRÁCIÓ PÉCSETT**
Somogyiné Kolozsvári M.¹, Langhammer S.¹, Paulovicsné Kiss M.¹, PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika Endoszkópia¹
- 4. ÖNTÁGULÓ EPEÚTI FÉMSTENTEK INOPERÁBILIS ROSSZINDULATÚ EPEÚTI SZÚKÜLETBEN 71 BETEG FELDOLGOZÁSA ALAPJÁN**
Szvatek A.¹, Bördös A.¹, Kandikó K.¹, Gaál E.¹, Kecskés S.¹, Dózsa L.¹, Rábai K.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Gasztroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest¹
- 5. A SZŰRÉSEK LEHETŐSÉGEI, JELENTŐSÉGE A COLORECTÁLIS TUMOROK FELISMERÉSÉBEN**
Langhammer S.¹, PTE KK I. Belgyógyászat TSZDK Endoszkópos labor Pécs¹
- 6. AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENSI FELADATOK VÁLTOZÁSA AZ ÁTALAKULÓ EGÉSZSÉGÜGYBEN**
Maros K.¹, Illés K.¹, Csepeli Eü Szolgálat, Gastroenterologia¹
- 7. A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓIG VEZETŐ ÚT HOSSZÚ ÉS NEHÉZ – ESETISMERTETÉS**
Hodosy M.¹, Róbertné Hasúlyó E.¹, Koós T.¹, Szalai G.¹, Visnyei Z.¹, Varsányi M.¹, Czeglédi Z.¹, Schafer E.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Állami Egészségügyi Központ Gasztroenterológia¹

8. **ALTATÁSBAN VÉGZETT VASTAGBÉL-TÜKRÖZÉS: A VIZSGÁLAT ELŐTTI ELŐKÉSZÍTÉS ÉS POSTINTERVENCIÓS MEGFIGYELÉS SPECIÁLIS SZEMPONTJAI GYAKORLATUNKBAN**

Murányi E.¹, Gelley A.², Fodor G.², Szokolóczy O.², Pohl Z.¹, Tóth V.¹, Peták I.³, Schwab R.², Kelen Kórház Kft., Budapest ¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest ², Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK, Budapest ³

18.00 – 19.00

**KÖZGYŰLÉS
VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS**

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság Endoszkópos Szekciójának ÚJ honlapja:

www.giendoscopynurse.hu

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
17.40 - 18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

60 éves a FERRING
FERRING 60 years

Köszönetnyilvánítás a Magyar Gasztroenterológusoknak a Ferring 60 éves évfordulója alkalmából.

Acknowledgement to the Hungarian Gastroenterologists on FERRING'S 60th anniversary.

Pezsgős koccintás, rövid videófilm

2010. június 12. Szombat
12 June, Saturday
18.00 - 19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**IBD KEZELÉSE 2010-BEN: EVIDENCIA, TAPASZTALAT,
 ELKÖTELEZETTSÉG**

MANAGING IBD IN 2010: EVIDENCE, EXPERIENCE, COMMITMENT
 FERRING SZIMPÓZIUM/ FERRING SYMPOSIUM

EPIDEMIOLOGIAI ADATOK 2010

EPIDEMIOLOGY 2010

Lakatos László, Veszprém

COLITIS ULCEROSA - 5-ASA TERÁPIA 2010

ULCERATIVE COLITIS - 5-ASA THERAPY 2010

Bene László, Budapest

SÚLYOS COLITIS - BOTTOM-UP VAGY TOP DOWN TERÁPIA?

SEVERE COLITIS - BOTTOM-UP OR STEP-DOWN THERAPIE

Molnár Tamás, Szeged

UC KEZELÉSE - MI A JÖVŐ?

UC THERAPY - WHAT'S THE FUTURE?

Miheller Pál, Budapest

5-ASA és a CHEMOPREVENCIÓ.

5-ASA and CHEMOPREVENTION.

Banai János, Budapest

ADHERENCIA

ADHERENCE

Demeter Pál, Budapest

CROHN BETEGSÉG KEZELÉSE

CROHN'S TREATMENT

Lakatos Péter, Budapest

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
9.00 –12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELOADÁS
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

HOL TART A HASNYALMIRIGY SEBÉSZETE?

PANCREATIC SURGERY: AN UP-DATE

Oláh Attila, Győr

Megemlékezés MAGYAR IMRE születésének 100. évfordulójáról. / Könyvbemutató

Pap Ákos / Kovács Ágota

MAGYAR IMRE EMLÉKELOADÁS
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

A természetes immunitás szerepe idült alkoholos májbetegségben

The role of innate immune system in chronic alcoholic liver disease

Hritz István, Budapest

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS

Gyorgy Baffy, Boston, USA

Herbert Lochs, Innsbruck, Austria

Tamas Ordog, Rochester, USA

Christoph Rink, Aue, Germany

STATE OF ART LECTURES

THE GUT IN SIRS AND SEPSIS

Herbert Lochs, Innsbruck, Austria

**CHANCES AND LIMITATIONS OF THERAPY IN ALCOHOLIC LIVER DISEASES AND
PROGNOSTIC IMPLICATIONS**

Christoph Rink, Aue, Germany

* * *

A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA

A legjobb magyar nyelvű gasztroenterológiai tárgyú dolgozat díj,

"Hetényi Géza" emlékérem, "Pro Optimo Merito in Gastroenterologia" emlékérem

Rolf Madaus Alapítvány díja

A SIMOR PÁL ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA

K Ö Z G Y Ű L É S

GENERAL ASSEMBLY

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

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

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

MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. MAGYAR IMRE	1960	Dr. PRÓNAY 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. OLÁH ATTILA	2010
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. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999
Dr. F.VILARDELL	(E)	Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999
Dr. D. MÜTING	(D)	Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999
Dr. L.DEMLING	(D)	Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999
Dr. H.MANSUROV	(SU)	Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2000
Dr. A.UGOLEV	(SU)	Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000
Dr. M.SIURALA	(FL)	Dr. A.S. PENNA	(NL)	2000
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)	Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000
Dr. L.LAMBLING	(F)	Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001
Dr. E.GÜLZOW	(D)	Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001
Dr. HERBERT FALK	(D)	Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001
Dr. SERGE BONFILS	(F)	Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. ROLF MADAUS	(D)	Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. F.G. RENGIER	(D)	Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. HERIBERT THALER	(A)	Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. HARALD HENNING	(D)	Dr. MICHAEL PETER MANNS	(D)	2006
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. PETER FERENCI	(A)	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER	(D)	Dr. LÁSZLÓ G. BOROS.	(USA)	2007
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. GUENTER J.KREIS	(A)	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2010
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	Dr. HERBERT LOCHS	(A)	2010
Dr. P. FUNCH-JENSEN	(D)	Dr. ÖRDÖG TAMÁS	(USA)	2010
Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	Dr. CHRISTOPH RINK	(D)	2010
Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)			

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD

1990.	Dr. LENGYEL GABRIELLA	2001.	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ
1991.	Dr. KEMPLER PÉTER	2002.	Dr. GASZTONYI BEÁTA
1992.	Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA	2003.	Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ
1993.	Dr. IZBÉKI FERENC	2004.	Dr. JUHÁSZ MÁRK
1994.	Dr. HORVÁTH GÁBOR	2005.	Dr. MIHELLER PÁL
1995.	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2006.	Dr. SCHWAB RICHÁRD
1996.	Dr. HEGYI PÉTER	2007.	Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN
1997.	Dr. OSZTROGONÁCZ HENRIK	2008.	Dr. PAPP MÁRIA
1998.	Dr. CSEPREGI ANTAL	2008.	Dr. PÁR GABRIELLA
1999.	Dr. MOLNÁR BÉLA	2009.	Dr. VENGLOVECZ VIKTÓRIA
2000.	Dr. NEMECZ ANDREA	2010.	Dr. HRITZ ISTVÁN

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. SIMON LÁSZLÓ	2001
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. TULASSAY ZSOLT	2002
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. LONOVICS JÁNOS	2002
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. KISS JÁNOS	2004
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. PÁR ALAJOS	2004
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. WITTMANN TIBOR	2005
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. TÁRNOK FERENC	2006
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. VÁRKONYI TIBOR	2006
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. DÁVID KÁROLY	2006
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	Dr. SCHAFF ZSUSZA	2007
Dr. PREISICH PÉTER	1994	Dr. LÍBOR JÁNOS	2007
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2008
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	Dr. NAGY FERENC	2008
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	Dr. BERÓ TAMÁS	2009
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2009
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	Dr. KUPCSULIK PÉTER	2009
Dr. SZALAY FERENC	1997	Dr. DALMI LAJOS	2009
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2010
Dr. FEHÉR JÁNOS	1998	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2010
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999		
Dr. SZEKENI ÁGNES	1999		
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000		
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000		
Dr. PAPP JÁNOS	2001		

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

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
13.40 - 14.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

OMCH SZIMPÓZIUM/ OMCH SYMPOSIUM

Üléselnökök/ Chairmen:

**PRESENTATION WORKING PRINCIPLE CLEANTOP® WM-S DISINFECTION
DEVICE**

Dieter H.¹, Lendvai G.², CBC (Deutschland) GmbH, Düsseldorf ¹, OMCH Egészségügyi
Szolgáltató Kft., Budapest ²,

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
14.00-15.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

KAPSZULA ENDOSZKÓPIA - MINISZIMPÓZIUM

Üléselnökök/Chairmen: **Pák Gábor**, Esztergom **Rácz István**, Győr

14.00 SMALL BOWEL ENTEROPATHY ASSOCIATED WITH NSAID THERAPY. EXPERIENCES WITH CAPSULE ENDOSCOPY

Rácz I.¹, Szalai M.¹, Kovács Valéria .¹, Kiss Gyöngyi .¹, Regőczy Henriett .¹, 1st Department of Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹,

14.10 TÉVEDÉSEK, NEHÉZSÉGEK A KAPSZULÁS ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK KAPCSÁN: MIT LÁTUNK?- MI A VALÓSÁG?

Kovács M.¹, Pák P.¹, Pák G.¹, Vaszary Kolos Kórház II.Belgyógyászat Esztergom¹,

14.20 COMPARISON OF COLON CAPSULE ENDOSCOPY AND FLEXIBLE COLONOSCOPY, EXPERIENCES IN TWO HUNGARIAN GASTROENTEROLOGY CENTRES

Szalai M.¹, Kovács Valéria .¹, Balogh G.², Madácsy L.², Rácz I.¹, 1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹, Dept. of Gastroenterology, Szent György County Hospital, Székesfehérvár²,

14.30 COLONIC CLEANSING BEFORE COLON CAPSULE ENDOSCOPY (CCE) – TOLERABLE AND EFFECTIVE?

Balogh G.¹, Székely A.¹, Madácsy L.¹, Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary.¹,

14.40 COLON CAPSULE ENDOSCOPY: THE IMPORTANCE OF DOUBLE SIDED VIDEO CAMERA SYSTEM FOR THE DETECTION OF LOCALIZED COLONIC PATHOLOGY

Gaál A.¹, Balogh G.¹, Székely A.¹, Madácsy L.¹, First Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér County Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹,

15.00-15.15

THE DILEMMA OF GI BLEEDING WHEN USING CARDIOPROTECTIVE DOSES OF ASPIRIN IN COMBINATION WITH NSAIDS IN RHEUMATIC PATIENTS

KD Rainsford, England

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
15.15 – 16.35

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

SEBÉSZET / SURGERY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Lázár György, Budapest

Bursics Attila, Budapest

Bálint András, Budapest

Harsányi László, Budapest

- 15.15 **LAPAROSZKÓPOS ÉLŐDONOR MŰTÉT TECHNIKÁJA**
Kovács J.¹, Piros L.¹, Branstetter G.¹, Deák P.¹, SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika
- 15.25 **THE ROLE OF ANTIREFLUX SURGERY IN THE TREATMENT OF BARRETT'S ESOPHAGUS**
Simonka Z.¹, Paszt A.¹, Géczi T.¹, Ábrahám S.¹, Pieler J.¹, Tiszlavicz L.², Németh L.², Izbéki F.³, Rosztóczy A.³, Wittmann T.³, Lázár G.¹, Department of Surgery¹, Department of Pathology², First Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Hungary³,
- 15.35 **DATA ON SURVIVAL AFTER SURGERY FOR PANCREATIC CANCER**
Bursics A.¹, Fekete A.¹, Köveskúti Á.¹, Lauf L.¹, Megadja B.¹, Pápai Z.², Gyökeres T.³, Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹, National Health Center, Department of Oncology², National Health Center, Department of Gastroenterology³
- 15.45 **POSTCONDITIONÁLÁS KÍSÉRLETES VIZSGÁLATA PATKÁNY VÉKONYBÉL ISCHAEMIA-REPEFUSIOS MODELLBEN**
Ónody P.¹, Stangl R.¹, Rosero O.¹, Szijártó A.², Semmelweis Egyetem¹, Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika²
- 15.55 **BENIGNUS COLORECTALIS BETEGSÉGEK LAPAROSCOPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSA**
Kathy S.¹, Tóth D.¹, Bokor L.¹, Drahos D.¹, Kincses Z.¹, Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft., Általános Sebészet¹
- 16.05 **ADVANCED LAPAROSCOPY IN OUR COLORECTAL SURGICAL PRACTICE**
Mészáros P.¹, Fekete A.¹, Pörnczi B.¹, Masszi I.¹, Megadja B.¹, Bursics A.¹, Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹
- 16.15 **PRIMARY ANASTOMOSIS DURING URGENT COLORECTAL RESECTIONS – IS THERE A PLACE?**
Fekete A.¹, Korpásy I.¹, Bursics A.¹, Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹
- 16.25 **NAGY MÉRETŰ HIATUS HERNIÁK LAPAROSCOPOS REKONSTRUKCIÓJA MŰANYAG HÁLÓ IMPLANTÁTUMMAL**
Bálint A.¹, Brenner B.¹, Rózsa B.¹, Hajnal P.¹, Pfahler P.¹, Máté M.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest¹

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
16.40 – 18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

SEBÉSZET / SURGERY
(POSZTEREK / POSTERS)

Poszerbírálók:

Vámosi-Nagy István, Budapest

Szijaártó Attila, Budapest

Ender Ferenc, Budapest

1. **GASTROINTESTINALIS STROMALIS TUMOR RITKA ESETE**
Sélley C.¹, Szabó H.², Lukász P.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹, Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza. Sebészeti Osztály¹, Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza. Patológiai és Kórszövettani Osztály²
2. **REOPERATION OF A PATIENT FOLLOWING FAILED ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF CYSTIC DUCT INSUFFICIENCY -CASE REPORT**
Zaránd A.¹, Jobaházi J.¹, Taller A.³, Kádár E.¹, Gyökeres T.², Csikós D.³, Baranyai Z.¹, Teknős D.¹, Dede K.¹, Jakab F.¹, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti- és Érsebészeti Osztály¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia², Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály³
3. **MŰTÉT KÖZBEN VÉGZETT PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMIA**
Vámosi-Nagy I.¹, Dubóczki Z.¹, Iványi E.², Sebészeti Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹, Fej-Nyak Sebészet, Országos Onkológiai Intézet, Budapest²,
4. **AKCIDENTÁLISAN FELISMERT INTRAABDOMINALIS TERIME – CAST-LEMAN BETEGSÉG – PREOPERATÍV EMBOLIZÁCIÓT KÖVETŐ LAPAROSCOPOS ELTÁVOLÍTÁSA**
Brenner B.¹, Rózsa B.¹, Máté M.¹, Bánsághi Z.², Bardóczi E.³, Bálint A.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil¹, Képalkotó Diagnosztikai Osztály², Patológiai Osztály, Budapest³
5. **CHOLELITHIASIS GYERMEKKORBAN-KÓRHÁZI KEZELÉST IGÉNYLŐ ESETEINK 2 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN**
Lásztity N.¹, Szabó A.¹, Sárközy S.², Lőrincz M.¹, Gasztroenterológiai osztály¹, Sebészeti osztály Heim Pál Gyermekkorház, Budapest²

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
16.40-18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ENDOSZKÓPIA / ENDOSCOPY

(POSZTEREK / POSTERS)

Poszterbírálók: Topa Lajos, Budapest Vincze Áron, Pécs

1. **SCREENING OF OROPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CARCINOMA BY UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY**
Takács K.¹, Gerlinger I.², Tornóczy T.³, Solt J.¹, University of Pécs, Medical School, Department of Internal Medicine ¹, University of Pécs, Medical School, Department of Otorhinolaryngology ², University of Pécs, Medical School, Department of Pathology ³,
2. **ENDOSCOPIC REMOVAL OF FOREIGN BODIES FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT**
Pásztai I.¹, Bazsika A.², Varga É.², Tóka M.³, Pediatric Surgical and Traumatological Department of Saint John's Hospital ¹, Pediatric Intensive Care Unit of Saint John's Hospital², Pediatric Radiological Department of Saint John's Hospital, Budapest, Hungary ³,
3. **METASTATIC MALIGNANT MELANOMA OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT. DIAGNOSIS WITH CONVENTIONAL AND NBI ENDOSCOPY.**
Székely A.¹, Iliás A.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hosp. Dept. of Gastroenterology ¹,
4. **THE EDIFICATIONS OF OUR DUODENUM CARCINOMA CASES**
Bakcsy-Magyarosi D.¹, Goda M.², Pécsi G.¹, Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár ¹, Department of Pathology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár ²,
5. **DIAGNOSZTIKAI ÉS TERÁPIÁS NEHÉZSÉGEK HEMODINAMIKAI INSTABILITÁST OKOZÓ HEMOBILIÁBAN**
Varga L.¹, Sümei J.², Lázár I.³, Orosz P.², DEOEC, Szak- és Továbbképzési Központ ¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászati Osztály ², B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Képző Osztály ³, Diagnosztikai, Intervenciós intézet – Angiographiás intézeti laboratórium ³,
6. **COLON ADENOCARCINOMA MŰTÉTET KÖVETŐEN DIAGNOSZTIZÁLT CROHN BETEGSÉG**
Emih Á.¹, Szalay A.¹, Oblidál Z.¹, Kemmer É.¹, Kovács E.¹, Kemenesaljai Egyesített Kórház, Celldömölk ¹,
7. **PRIMARY RESISTANCE OF HELICOBACTER PYLORI TO CLARITHROMYCIN IN DIFFERENT REGION OF HUNGARY**
Tiszai A.¹, Sükösd F.², Lénárt Z.¹, Bálint L.¹, F. Kiss Z.¹, Rosztóczy A.¹, Garamszegi M.³, Váry A.⁴, Fricz P.⁵, Rácz I.⁶, Wittmann T.¹, 1st. Dept. of Internal Medicine Univ. of Szeged ¹, Dept. of Pathology Univ. of Szeged ², Tolna County Hospital Szekszárd ³, Municipal Hospital Baja ⁴, Municipal Hospital Kalocsa ⁵, Petz Aladár County and Teaching Hospital Győr ⁶

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
16.40 – 18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY

(POSZTEREK / POSTERS)

Poszterbírálok: Schwab Richárd, Budapest

Peták István, Budapest

1. **GÉNSZKENNELÉS ALKALMAZHATÓSÁGA VASTAGBÉLRÁKOK MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
Jóri B.¹, Székely C.¹, Tölgyesi Z.¹, Schwab R.², Peták I.¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft.¹, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK²,
2. **HATÓANYAGOK HATÉKONYABB CÉLZOTT KEZELÉSÉHEZ SZÜKSÉGES NANORÉSZECSKÉK FEJLESZTÉSE**
Lőrincz A.¹, Varga Z.², Naszályi L.², Paku S.¹, Bóta A.², Takáts Z.³, Mihalik R.¹, Kopper L.¹, Schwab R.⁴, Peták I.⁵, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem¹, Magyar Tudományos Akadémia Kémiai Kutatóközpont², MassProm Kutató, Fejlesztő és Szolgáltató Kft.³, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft.⁴, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK⁵,
3. **A PIBF FEHÉRJE MINT ÚJ TERÁPIÁS CÉLPONT VASTAGBÉLRÁK SEJTEK ESETÉBEN**
Nagy K.¹, Polgár B.², Nagy E.², Mihalik R.¹, Szekeres-Bartho J.², Schwab R.³, Peták I.⁴, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Pécs², Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK, Budapest³, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest⁴,
4. **DNA METHYLATION PROFILE IN COLORECTAL CANCER VERSUS NORMAL COLONIC TISSUE - PRELIMINARY RESULTS**
Patai V. A.¹, Galamb O.², Tóth K.¹, Kalmár A.¹, Spisák S.², Wichmann B.¹, Jász O.¹, Leiszter K.¹, Valcz G.¹, Sipos F.¹, Schöller A.³, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary³,
5. **MICROALBUMINURIA IN COLORECTAL CANCER**
Szigeti N.¹, Molnár G.¹, Markó L.¹, Fábián G.¹, Cseh J.¹, Wittmann I.¹, 2nd Department of Medicine and Nephrological Center, University of Pécs, Pécs¹,
6. **COLORECTALIS SZŰRÉS - BUDAÖRS 2009**
Kováts-Megyesi A.¹, Molnár S.¹, Simon K.¹, Burai M.³, Pap Á.³, Gastroenterológia, Europ-Med Kft., Egészségház, Endoterápia Kft., Budaörs.¹, Patológia, Szt. Imre Kórház, Budapest.³, Gastroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁴,

7. **A GASTRO-OESOPHAGEALIS REFLUX POTENCIÁLIS SZÖVÖDMÉNY-
FORRÁS LEHET A PROPOFOL ANAESTHESIABAN VÉGZETT
COLONOSCOPIA SORÁN. ESET-ISMERTETÉSEK.**
Gelley A.¹, Fodor G.¹, Gelley F.², Boros A.², Szokolóczy O.², Peták I.³, Schwab R.²,
Kelen Kórház Kft. ¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ²,
Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ³,
8. **CHEMORADIATION (CRT) INDUCED ESOPHAGEAL TOXICITY (ET) OF
THE TREATMENT OF NON SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC)**
Maráz A.¹, Zag L.¹, Pálföldi R.², Pap E.¹, Szántó E.¹, Fodor E.¹, Varga Z.¹, Furák
J.³, Fazekas O.¹, Hideghéty K.¹, University of Szeged, Department of Oncotherapy -
Szeged ¹, University of Szeged, Department of Pulmonology - Deszk ², University of
Szeged, Department of Surgery - Szeged ³,
9. **CHARACTERISTICS OF FIBROLAMELLAR HEPATOCELLULAR
CARCINOMA; EXPRESSION OF TIGHT JUNCTION PROTEINS**
Törzsök P.¹, Patonai A.¹, Korompay A.¹, Erdélyi-Belle B.¹, Somorács Á.¹, Kovalszky
L.², Lotz G.¹, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, 2nd Institute of Pathology, Semmelweis University
Budapest, Hungary ¹, 1st Institute of Pathology and Experimental Cancer Research,
Semmelweis University Budapest, Hungary ²,
10. **SECUNDER PREVENTION OF PROSTATE CANCER PROGRESSION WITH
BIOACTIVE AGENTS FROM NATURAL SOURCES TO HAVE LIFE
QUALITY UNDER CONTROL**
Blázovics A.¹, Nyirády P.², Szentmihályi K.³, Bekő G.⁴, Szűcs M.², Romics I.², Sárdi
E.⁵, Department of Pharmacognosy, Semmelweis University ¹, Department of Urology
and Urooncological Centre, Semmelweis University ², Institute of Materials and
Environmental Chemistry CRC HAS ³, Central Laboratory (Pest), Semmelweis
University, ⁴, Department of Genetic and Plant Breeding, Faculty of Horticultural
Science, Corvinus University of Budapest ⁵

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
14.00 –16.20

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Bene László**, Budapest **Lakatos László**, Veszprém

14.00 UPDATE OF MESALAZINE TREATMENT IN CROHN DISEASE
 Andreas Tromm, Hattingen, Germany

14.20 – 15.00

MINISZIMPÓZIUM
A szedáció kérdései a colonoscopos gyakorlatban. Nemzetközi és hazai rendelkezések, tapasztalatok

Moderátor: **Bene László**, Budapest

14.20 ENDOSZKÓPOS SZEMPONTOK

14.30 ANESZTEZIOLOGIAI SZEMPONTOK

14.40 MINISZTERIUMI KÉPVISELŐ

14.50 ÖSSZEFOGLALÓ, HOZZÁSZÓLÁSOK
 Bene László, Budapest

15.00-15.30

STATE OF ART LECTURES

Üléselnökök/Chairmen: **Banai János**, Budapest **Nagy Ferenc**, Szeged

15.00 A VAKCINÁCIÓ KÉRDÉSEI IBD-BEN
 Molnár Tamás, Szeged

**15.15 A COLORECTALIS CARCINOMA PREEOPERATÍV STAGING-E ÉS
 POSZTOPERATÍV KÖVETÉSE**
 Lakatos László, Veszprém

15.30 – 17.10

BEJELENTETT ELŐADÁSOK

*Üléselnökök/Chairmen:***Miheller Pál**, Budapest**Lakatos Péter László**, Budapest**Molnár Tamás**, Budapest**15.30 INCIDENCE AND EARLY DISEASE COURSE OF ULCERATIVE COLITIS IN WESTERN HUNGARY BETWEEN 2002-2006**

Lakatos L.¹, David G.¹, Pandur T.¹, Erdelyi Z.¹, Mester G.², Balogh M.², Szipocs I.³, Molnar C.⁴, Horvath A.⁵, Komaromi E.⁶, Kiss L.⁷, Lakatos P.⁷, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary ¹, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary ², Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary ³, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary ⁴, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary ⁵, Dept of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota ⁶, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁷,

15.40 NKX2-3 RS10883365 IS ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY TO BOTH CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS WHILE IRGM RS13361189 VARIANT ALLELE INCREASED THE RISK FOR CROHN'S DISEASE IN EASTERN EUROPEAN PATIENTS

Lakatos P.², Meggyesi N.¹, Kiss L.², Koszarska M.¹, Lakatos L.⁴, Molnar T.⁵, Altörjay I.⁶, Papp M.⁶, Tulassay Z.⁷, Miheller P.⁷, Papp J.², Tordai A.¹, Lukas M.³, Andrikovics H.¹, for the Hungarian IBD Study Group ², Department of Molecular Diagnostics, Hungarian National Blood Transfusion Service, Budapest, Hungary ¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², IBD Clinical and Research Centre, ISCARE IVF and 1st Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic ³, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ⁴, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ⁵, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ⁶, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁷,

15.50 SERUM LIPOPOLYSACCHARIDE-BINDING PROTEIN AND SOLUBLE CD14 ARE MARKERS OF DISEASE ACTIVITY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Papp M.¹, Kiss L.¹, Palatka K.¹, Altörjay I.¹, Antal-Szalmas P.³, Palyu E.¹, Udvardy M.¹, Molnar T.⁴, Farkas K.⁴, Veres G.⁵, Harsfalvi J.⁶, Papp J.², Lakatos P.², 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², Department of Clinical Biochemistry and Molecular Pathology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ³, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ⁴, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁵, Clinical Research Center, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ⁶

16.00 BOTH CYCLOSPORINE RESCUE THERAPY AND SURGERY CAN IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH SEVERE ULCERATIVE COLITIS

Szepes Z.¹, Molnár T.¹, Farkas K.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 MANAGEMENT OF PATIENTS WITH REFRACTORY ULCERATIVE COLITIS AFTER PROCTOCOLECTOMY: POUCHITIS IS A REAL DANGER**
Molnár T.¹, Farkas K.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹,
- 16.20 AZATHIOPRIN MELLÉKHATÁSOK GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK-BEN**
Palatka K.¹, Papp M.¹, Kacska S.¹, Vitális Z.¹, Balogh I.², Altörjay I.¹, DE OEC Gasztroenterológiai Tanszék¹, DE OEC Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet²
- 16.30 OUTCOME, SAFETY PROFILE AND LONG-TERM APPLICABILITY OF INFLIXIMAB IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: CLINICAL EXPERIENCES FROM A TERTIER CENTER**
Farkas K.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹,
- 16.40 MEDIUM TERM EFFICACY AND SAFETY OF ADALIMUMAB THERAPY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE. NATIONAL DATA FROM HUNGARY**
Czegledi Z.¹, Miheller P.², Molnar T.³, Lakatos L.⁴, Vincze A.⁵, Palatka K.⁶, Gasztonyi B.⁷, Salamon A.⁸, Horvath G.⁹, Szamosi T.¹, Tulassay Z.², Papp M.⁶, Kiss L.¹⁰, Papp J.¹⁰, Lakatos P.¹⁰, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Medicine, Szeged University, Szeged, Hungary³, 1st Department of Medicine Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary⁴, 1st Department of Medicine, University of Pecs, Pecs, Hungary⁵, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁶, Department of Medicine, County Hospital of Zala, Zalaegerszeg, Hungary⁷, Department of Gastroenterology Szekszard County Hospital, Szekszard, Hungary⁸, Department of Internal Medicine, Miskolc County Hospital, Miskolc, Hungary⁹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹⁰
- 16.50 ENDOSCOPIC OUTCOME OF MEDIUM TERM ADALIMUMAB THERAPY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE. NATIONAL DATA FROM HUNGARY**
Kiss L.⁶, Czegledi Z.¹, Miheller P.², Molnar T.³, Lakatos L.⁴, Palatka K.⁵, Farkas K.³, Szamosi T.¹, Banai J.¹, Tulassay Z.², Papp M.⁵, Altörjay I.⁵, Nagy F.³, Papp J.⁶, Lakatos P.⁶, Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Medicine, Szeged University, Szeged, Hungary³, 1st Department of Medicine Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary⁴, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶,
- 17.00 THE PROGNOSTIC VALUE OF CELL PROLIFERATION IN COLORECTAL ADENOMAS AND CARCINOMAS**
Harisi R.¹, Székely G.¹, Járay B.³, Winternitz T.⁴, Harsányi L.⁴, Kupcsulik P.⁴, Jeney A.², Weltner J.⁴, 1st Dept. of Gastroenterology, Szent János Hospital, Budapest¹, 1st Inst. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest², 2nd Inst. of Pathology, Semmelweis University, Budapest³, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest⁴

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
17.10 –18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES

(POSZTEREK / POSTERS)

Poszterbírálók:

Kovács Ágota, Budapest **Palatka Károly**, Debrecen **Vincze Áron**, Pécs

1. **TÉVEDÉSI LEHETŐSÉGEK AZ IBD ANÁLIS, PERIANÁLIS MEGJELENÉSÉBEN**
Csatár É.¹, Procto-Med Coloproctológiai magánrendelés Budapest ¹,
2. **THE DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF THE RECTOSIGMOID ENDOMETRIOSIS**
Kristóf T.¹, Grenda A.¹, Orosz P.¹, 2nd Dept. of Medicine, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc ¹
3. **MEDICATION, SURGICAL TREATMENT, CARE AND IBD**
Rózsa V.¹, Kupcsulik P.², Szijártó A.², Szipli B.³, Torma N.³, Weltner J.², Wacha J.², Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest ¹, Semmelweis University, Faculty of Medicine, 1st Dept. of Surgery, Budapest ², Eötvös Lóránd University Faculty of Education and Psychology, Psychology, MA, Budapest ³,
4. **QUALITY OF LIFE AND IBD**
Torma N.¹, Kupcsulik P.², Rózsa V.³, Szijártó A.², Szipli B.¹, Weltner J.², Wacha J.², Eötvös Lóránd University Faculty of Education and Psychology, Psychology, MA, Budapest ¹, Semmelweis University, Faculty of Medicine, 1st Dept. of Surgery, Budapest ², Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest ³
5. **MENNYIRE VESSZÜK FIGYELEMBE AZ ISMERT KÓRJÓSLATI TÉNYEZŐKET CROHN-BETEGSÉG KEZELÉSE KAPCSÁN?**
Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Juhász M.¹, Tóth D.¹, Tóth Z.¹, Kocsis D.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika ¹
6. **HATÉKONY ADALIMUMAB TERÁPIA SZTEROID-DEPENDENS ÁLTALÁNOS, HASI ÉS POLIETIOLÓGIÁS IZÜLETI PANASZOKTÓL SZENVEDŐ CROHN-BETEG PÁCIENSÜNKNÉL**
Tóth Z.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Szűts I.², Gaál R.², Tóth D.¹, Kocsis D.¹, Lőrinczy K.¹, Műzes G.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika ¹, ORFI, II.sz. Reumatológiai Osztály ²,
7. **CROHN-BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ PÁCIENSEINK KIVIZSGÁLTSÁGI FOKA, ÉS MONTRÉAL KLASSZIFIKÁCIÓS BESOROLÁSA A DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSAKOR, ÉS A KEZELÉS FOLYAMÁN**
Tóth D.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Lőrinczy K.¹, Pregun I.¹, Tóth Z.¹, Kocsis D.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika ¹,

8. **COELIAKIÁS BETEGEK ELSŐFOKÚ ROKONAINAK SZŰRÉSE
COELIAKIÁS CENTRUMBAN**
Kocsis D.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Pregun I.¹, Tóth D.¹, Tóth Z.¹, Lőrinczy K.¹,
Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika ¹

9. **LAPAROSCOPIC TREATMENT FOR IBD**
Masszi I.¹, Pörnecei B.¹, Fekete A.¹, Mészáros P.¹, Megadja B.¹, Czeglédi Z.², Shafer E.²,
Gyökerez T.², Bursics A.¹, Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of
 God in Budapest, Department of Surgery ¹, National Health Center, Department of
 Gastroenterology ²,

10. **MARSH 3 - DE MI A DIAGNÓZIS?**
Szűcs D.¹, Tiszlavicz L.², Várkonyi Á.¹, SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és
 Gyermekegészségügyi Központ ¹, SZTE Patológia Intézet ²

11. **SCREENING FOR ACTIVE IBD-ASSOCIATED GENES IN PERIPHERAL
BLOOD**
Sipos F.¹, Galamb O.², Krenács T.³, Molnár J.⁴, Tóth K.¹, Múzes G.¹, Zágoni T.¹,
Schöller A.⁵, 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, 1st Department of Pathology and Experimental
 Cancer Research, Semmelweis University, Budapest ³, National Institute of Food and
 Nutrition Science, Budapest ⁴, 2nd Department of Surgery, Semmelweis University,
 Budapest ⁵

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
14.00 – 18.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Molnár Béla**, Budapest **Varga Gábor**, Budapest

- 14.00 **HIGHER SELENOPROTEIN W EXPRESSION IN HYPERPLASTIC POLYPS COMPARED TO EPITHELIUM OF NORMAL COLONIC MUCOSA**
Molnár J.¹, Sipos F.², Krenács T.³, Valcz G.², Leiszter K.², Molnár B.², Tulassay Z.²,
Department of Nutrition and Epidemiology, National Institute of Food and Nutrition Science, Budapest ¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ², 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest ³
- 14.12 **AZ FGFR1 ÉS PAX9 SNP-K SZEREPET JÁTSZANAK A FOGCSÍRAHIÁNYOK KIALAKULÁSÁBAN A MAGYAR POPULÁCIÓBAN**
Hontvári D.¹, Stiedl P.¹, Jobbágy-Óvári G.¹, Soós B.², Hermann P.², Madlén M.³, Varga G.¹, Tarján I.³, Semmelweis Egyetem FOK, Orálbiológiai Tanszék ¹, Semmelweis Egyetem FOK, Fogpótlástani Klinika ², Semmelweis Egyetem FOK, Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika ³
- 14.24 **METHYLATION-RELATED BIOMARKER IDENTIFICATION BY GENE EXPRESSION ANALYSIS OF LASER MICRODISSECTED COLONIC CELLS**
Kalmár A.¹, Spisák S.², Galamb O.², Wichmann B.¹, Sipos F.¹, Tóth K.¹, Schöller A.³, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ³
- 14.36 **BILE ACIDS INDUCE INTRACELLULAR ACIDOSIS AND ATP DEPLETION IN HUMAN COLONIC CRYPTS**
Kunstár E.¹, Farkas K.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Takács T.¹, Venglovecz V.², Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged ²
- 14.48 **EMBERI NYÁLMIKIRIGY MODELL AZ EPITHELIÁLIS TRANSPORTFOLYAMATOK MOLEKULÁRIS VIZSGÁLATÁHOZ**
Hegyesi O.¹, Földes A.¹, Lőrincz A.², Rásonyi-Kovács O.², Barabás J.², Steward M.³, Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest ², Faculty of Life Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK ³
- 15.00 **NHE1 REGULATES MIGRATION IN HUMAN GASTRIC MYOFIBROBLASTS**
Czepán M.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Schnúr A.¹, Lázár G.², Simonka Z.², Tiszlavicz L.³, Németh I.³, Venglovecz V.⁴, Varró A.⁵, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Lonovics J.¹, University of Szeged, First 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

Üléselnökök/Chairmen: Gyires Klára, Budapest Rakonczay Zoltán,

15.12 ANALYSIS OF $\alpha 2$ -ADRENOCEPTOR SUBTYPES INVOLVED IN THE REGULATION OF GASTROPROTECTION AND GASTRIC MOTILITY IN MICE

Zádori Z.¹, Shujaa N.¹, Décsei O.¹, Dabi A.¹, Hein L.², Gyires K.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary ¹, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Universität Freiburg, Albertstraße 25. D-79104. Freiburg i. Br., Germany ²

15.24 PATKÁNY PULPA ÉS FOGGYÖKÉRHÁRTYA EREDETŰ PROGENITOR SEJTEK IN VITRO VIZSGÁLATA

Kálló K.¹, Porcsalmy B.¹, Földes A.¹, Blazsek J.¹, Gerber G.², Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, Anatómiai, Szövet és Fejlődéstani Intézet, Budapest ²

15.36 EXAMINATION OF REGENERATION EFFECT OF SEPTIN9 DNA FRAGMENTS IN MOUSE MODEL

Spisák S.¹, Jász O.², Valcz G.², Sipos F.², Kalmár A.², Galamb O.¹, Schöller A.³, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ³

SZÜNET

16.00 LEVOSIMENDAN, MINT KÉMIAI PRECONDITIONÁLÓ SZER A MÁJSEBÉSZETEN

Stangl .¹, Szijártó A.¹, Lotz G.², Schneider Á.¹, Hegedüs V.³, Blázovics .³, Kupcsulik P.¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK II. sz. Patológiai Intézet, Budapest ², Semmelweis Egyetem, GYOK Farmakognózi Intézet, Budapest ³,

16.12 NEUROIMMUNOMODULATION IN THE NORMAL AND INFLAMED HUMAN LIVER

Pongor É.¹, Lengyel G.², Wimmer A.², Altdorfer K.¹, Fehér E.¹, Department of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, IInd Clinics of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²

16.24 EFFECT OF MAGNESIUM ON HEART MACRO- AND MICROELEMENT CONTENT IN SYSTEMIC LOW INFLAMMATION IN RATS

Szentmihályi K.¹, Bérci I.², May Z.¹, Virág V.³, Blázovics A.⁴, Chemical Research Center of the HAS, Budapest ¹, Biyo Product Co, Komárom ², Lilly Hungaria Kft, Budapest ³, Institute of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest ⁴

16.36 EMBERI FOGBÉLBŐL ÉS FOGGYÖKÉRHÁRTYÁBÓL IZOLÁLT ÖSSEJTEK IN VITRO DIFFERENCIÁLÓDÁSÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Szabó E.¹, Porcsalmy B.¹, Kádár K.¹, Gerber G.², Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék¹, Semmelweis Egyetem, Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézet²

16.48 FIBROSIS MARKERS (SERUM HYALURONIC ACID, PROCOLLAGEN-III-PEPTIDE, PASMA TRANSFORMING GROWTH FACTOR-BETA) AND TRANSIENT ELASTOGRAPHY (FIBROSCAN) IN CHRONIC HCV INFECTION

Pár G.¹, Vincze A.¹, Berki T.², Miseta A.³, Pajor L.⁴, Kereskai L.⁴, Szereday Z.⁵, Nagy A.¹, Hunyady B.¹, Pár A.¹, 1-st Department of Medicine, University of Pécs,¹, Institute of Immunology and Biotechnology, University of Pécs,², Laboratory Medicine Institute, University of Pécs,³, Institute of Pathology, University of Pécs, Pécs⁴, Baranya County Hospital, Pécs, Hungary⁵

17.00 INVESTIGATION OF COCAINE- AND AMPHETAMINE-REGULATED TRANSCRIPT (CART) PEPTIDE IMMUNOREACTIVITY IN FEEDING-RELATED BRAIN AREAS OF CCK-1 RECEPTOR DEFICIENT RATS

Armbruszt S.¹, Abraham H.², Figler M.³, Hajnal A.⁴, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Hungary¹, Central Electron Microscopic Laboratory, Faculty of Medicine, University of Pécs, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine and Nephrology Center, Pécs, Hungary³, Department of Neural and Behavioral Sciences, College of Medicine, The Pennsylvania State University, Hershey, PA, USA⁴,

17.12 NEW THERAPEUTICAL TARGETS IN ULCERATIVE COLITIS: THE IMPORTANCE OF ION TRANSPORTERS IN THE HUMAN COLON

Farkas K.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Varga L.², Takács T.¹, Wittmann T.¹, Schnúr A.¹, Venglovecz V.³, Yeruva S.⁴, Hubricht J.⁴, Riederer B.⁴, Seidler U.⁴, Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged³, Department of Gastroenterology, Hannover Medical School, Hannover⁴

17.24 ELEVATED OSTEOPOINTIN EXPRESSION AND PROLIFERATIVE/APOPTOTIC RATIO IN THE COLORECTAL ADENOMA – DYSPLASIA - CARCINOMA SEQUENCE

Valcz G.¹, Sipos F.¹, Krenács T.², Molnár J.³, Patai A.¹, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Solymosi N.¹, Galamb O.¹, Schöller A.⁴, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest², National Institute of Food and Nutrition Science, Budapest³, 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

17.36 PREVALENCE OF HUMAN CYTOMEGALOVIRUS AND KRAS SIGNALLING HYPERACTIVATION

Patonai A.¹, Hegedüs Z.¹, Hegedüs B.¹, Tátrai P.¹, Lotz G.¹, Rásó E.¹, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, Tímár J.¹, 2nd Institute of Pathology, Semmelweis University Budapest, Hungary¹

17.48 DISTINCT APOPTOTIC ACTIVITY AND MRNA EXPRESSION OF PRO- AND ANTI-APOPTOTIC GENES IN COLORECTAL CANCER AND HISTOLOGICALLY INTACT ADULT AND CHILDREN COLONIC BIOPSY SAMPLES

Leiszter K.¹, Galamb O.², Sipos F.¹, Krenács T.³, Spisák S.², Veres G.⁴, Kiss A.⁵, Wichmann B.¹, Tóth K.¹, Valcz G.¹, Patai A.¹, Kalmár A.¹, Schöller A.⁶, 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, Budapest³, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest⁴, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest⁵, 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶,

2010. június 13. Vasárnap
13 June, Sunday
18.00 - 19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ESETRŐL-ESETRE-IBD
KÉRDÉSEK ÉS VÁLASZOK
IBD- QUESTIONS AND ANSWERS
ABBOTT LABORATORIES SZIMPÓZIUM /
ABBOTT LABORATORIES SYMPOSIUM

Moderátor: **Nagy Ferenc, Szeged**

Kommentátorok/presenters:

Molnár Tamás, Szeged

Miheller Pál, Budapest

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
8.30 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ABBOTT PRODUCTS SZIMPÓZIUM / ABBOTT PRODUCTS SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman: **Witmann Tibor**, Szeged **Kempler Péter**, Budapest

**PATOFIZIOLÓGIAI INTERAKCIÓK A PANCREAS EXOKRIN ÉS ENDOKRIN
ÁLLOMÁNYA KÖZÖTT**

*PATOPHYSIOLOGICAL INTERACTIONS BETWEEN EXOCRINE AND ENDOCRINE
PANCREAS*

Hegyi Péter, Szeged

**A KRÓNIKUS PANCREATITIS KLINIKAI VONATKOZÁSAI, AZ
ENZIMSZUBSZTITÚCIÓ JELENTŐSÉGE**

*CLINICAL ASPECTS OF CHRONIC PANCREATITIS AND ENZYME REPLACEMENT
THERAPY*

Takács Tamás, Szeged

**EXOKRIN FUNKCIÓZAVAR ÉS KEZELÉSE NEM PANCREATOGEN
DIABETESBEN**

*TREATMENT OF EXOCRINE PANCREATIC INSUFFICIENCY IN TYPE I AND II
DIABETES*

Várkonyi Tamás, Szeged

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**HAEMOSTASIS RENDELLENESSÉGEI TÁPCSATORNAI
KÓRKÉPEKBEN /**
HAEMOSTATIC DISTURBANCES IN GASTROINTESTINAL DISORDERS
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátor: Altorjay István, Debrecen

BEVEZETÉS

INTRODUCTION

Altörjay István, Debrecen (5 perc)

AZ ALVADÁS ÉLETTANA

PHYSIOLOGY OF BLOOD COAGULATION

Gervain Judit, Székesfehérvár (10 perc)

VELESZÜLETETT HAEMOSTASIS ZAVAROK TÁPCSATORNAI VONATKOZÁSAI
*GASTROINTESTINAL PROBLEMS CAUSED BY INHERITED HAEMOSTATIC
DISTURBANCES*

Schlamadinger Ágota (15 perc)

**GYÓGYSZEREK OKOZTA HAEMOSTASIS ZAVAROK PATOMECHANIZMUSA ÉS
DIAGNOSZTIKÁJA**

DRUG INDUCED HAEMOSTATIC DISORDERS, PATHOMECHANISM AND DIAGNOSTICS

Pfliegler György (20 perc)

TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEK FELOSZTÁSA, DIAGNOSZTIKÁJA

CLASSIFICATION AND DIAGNOSTICS OF GASTROINTESTINAL BLEEDINGS

Rácz István, Győr (15 perc)

**A KAPSZULÁS ENDOSCOPIA HELYE ÉS JELENTŐSÉGE A VÉKONYBÉL
VÉRZÉSEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**

*ROLE AND SIGNIFICANCE OF CAPSULE ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSTICS OF
INTESTINAL BLEEDING*

Pák Gábor, Esztergom (10 perc)

A HAEMOSTASIS ELTÉRÉSEI GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN

ALTERATION OF HAEMOSTASIS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Papp Mária, Debrecen (15 perc)

HAEMOSTASIS ZAVAROK MÁJBETEGSÉGEKBEN

HAEMOSTATIC DISTURBANCES IN LIVER DISORDERS

Tornai István, Debrecen (15 perc)

HAEMOSTASIS RENDELLENESSÉGEK ÉS TÁPCSATORNAI TUMOROK

HAEMOSTATIC DISTURBANCES IN GASTROINTESTINAL TUMOURS

Altörjay István, Debrecen (15 perc)

11.05 – 11.35

**KRÓNIKUS VÍRUSHEPATITISZEK VESEPÓTLÓ
KEZELÉSBEN RÉSZESÜLŐ BETEGEKBEN**
*MANAGEMENT OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS BEFORE AND
AFTER RENAL TRANSPLANTATION*
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Előadó/Lecturer: **Tornai István**, Debrecen

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
11.40 – 12.40

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

FINANSZÍROZÁS / FINANCING
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Gasztroenterológiai fekvő és járóbetegellátás jelenlegi finanszírozása- hogyan tovább?

Üléselnökök

Dr Végsőné Dr Varga Ágota, EÜM Kódkarbantartó Bizottság Titkára
Dr Gurzó Zoltán, Gyula
Dr Pák Gábor, Esztergom

Járóbetegállítás során elvégzett beavatkozások finanszírozása, elszámolható német pontok.

Beavatkozások költségeinek és jelenlegi finanszírozásának összehasonlítása
Dr G.Kiss Gyula, Debrecen/ 15 p/

Egynapos ellátással elvégezhető beavatkozások jelenlegi lehetőségei, finanszírozása.

Milyen beavatkozásokat lenne célszerű ebben a formában elvégezni és mennyiért.

Dr Dávid Gyula, Székesfehérvár/15p/

Gasztroenterológiai fekvőbeteg kórképek jelenlegi finanszírozása (milyen kiegészítésekkel lehet a HBCS értéket növelni, milyen kórképek nem jelennek meg az adminisztrációban –deficitese elszámolhatóság, mire elegendő a jelenlegi finanszírozás)

Dr Szinku Zsolt, Kaposvár/15p/

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
14.00 - 14.30

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

**SAVCSÖKKENTŐ TERÁPIA HELYES ALKALMAZÁSA: PRO
 ÉS CONTRA**

CASE DISCUSSION WORKSHOP
 RICHTER SZIMPÓZIUM/ RICHTER SYMPOSIUM

INTERAKTÍV ESETMEGBESZÉLÉSEK

ADEQUATE USE OF ACID SUPPRESSION THERAPY: PRO VS. CONTRA

Moderálnak/ Chairmen:

Pap Ákos, Budapest

Hegyi Péter, Szeged

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
14.30 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbldeon Hall

PANCREAS

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Pap Ákos**, Budapest **Hegyi Péter**, Szeged

14.30 HEREDITARY PANCREATITIS CAUSED BY INTRAGENIC DUPLICATION AFFECTING THE ACTIVATION PEPTIDE OF HUMAN CATIONIC TRYPSINOGEN (PRSS1)

Geisz A.¹, Joergensen M.², Brusgaard K.³, Schaffalitzky de Muckadell O.², Hegyi P.⁴, Gerdes A.³, Sahin-Tóth M.¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, United States. ¹, Department of Medical Gastroenterology, Odense University Hospital, University of Southern Denmark, Odense, Denmark. ², Department of Biochemistry, Pharmacology and Genetics, Odense University Hospital, University of Southern Denmark, Odense, Denmark. ³, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary. ⁴

14.40 CHARACTERIZATION OF PANCREATIC AND EXTRAPANCREATIC POLYAMINE HOMEOSTASIS IN L-ORNITHINE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Biczó G.¹, Hegyi P.¹, Sinervirta R.², Berczi S.³, Dósa S.³, Siska A.⁴, Iványi B.³, Venglovecz V.⁵, Wittmann T.¹, Takács T.¹, Alhonen L.², Rakonczay Jr. Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged ¹, Department of Biotechnology and Molecular Medicine, A.I. Virtanen Institute for Molecular Sciences, University of Eastern Finland, Kuopio Campus ², Department of Pathology, University of Szeged ³, Department of Clinical Chemistry, University of Szeged ⁴, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged ⁵,

14.50 PHYSIOLOGICAL AND CLINICAL RELEVANCE OF APICAL MAXI-K+ CHANNELS IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS

Venglovecz V.¹, Hegyi P.², Rakonczay Jr. Z.², Kemény L.¹, Tiszlavicz L.³, Grunet M.⁴, Nardi A.⁴, Gray M.⁵, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy ¹, First Department of Medicine ², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary ³, NeuroSearch A/S, Ballerup, Denmark and National Research Foundation Centre for Cardiac Arrhythmia, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark ⁴, Institute for Cell & Molecular Biosciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK ⁵,

15.00 THE NON-CONJUGATED CHENODEOXYCHOLATE INDUCES SEVERE MITOCHONDRIAL DAMAGE AND INHIBITS BICARBONATE TRANSPORT IN PANCREATIC DUCT CELLS

Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Balázs A.¹, 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,

15.10 TRYPSIN INHIBITS PANCREATIC DUCTAL BICARBONATE SECRETION VIA CFTR Cl- CHANNEL

Pallagi P.¹, Ózsvári B.¹, Rakonczay Jr Z.¹, Takács T.¹, Venglovecz V.², Judák L.¹, Wittmann T.¹, Borka K.³, Sahin-Tóth M.⁴, Hegyi P.¹, First 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 Univ., Boston, MA, USA ⁴,

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

15.20 AUTOIMMUN PANCREATITIS (AIP)

Pap Á.¹, Gasztroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ¹,

15.30 AUTOIMMUNE PANCREATITIS IN HUNGARY. A MULTICENTER NATIONWIDE STUDY

Czakó L.¹, Takács T.¹, Gyökeres T.², Dubravcsik Z.³, Szepes A.³, Topa L.⁴, Pap Á.⁵, Földesi I.¹, Tiszlavicz L.⁶, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged ¹, Department of Gastroenterology, State Health Centre ², Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital ³, Department of Gastroenterology, Szent-Imre Hospital ⁴, Department of Gastroenterology and Endoscopy, National Cancer Institute ⁵, Department of Pathology, University of Szeged ⁶,

15.40 ASSESSMENT OF THE EXOCRINE PANCREATIC DYSFUNCTION AND THE EFFECTS OF ENZYME SUBSTITUTION IN PATIENTS WITH NON-PANCREATIC DIABETES

Várkonyi T.¹, Szabolcs A.¹, Szidor V.¹, Szász A.¹, Laurentzi R.¹, Orosz A.², Lengyel C.¹, Kempler P.³, Takács T.¹, Wittmann T.¹, 1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged ¹, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged ², 1st. Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ³,

15.50 PANCREAS TUMOR KLINIKUMÁT UTÁNZÓ-, WIRSUNG VEZETÉK RUPTÚRÁVAL ÉS PANCREATOGEN ASCITESSEL JÁRÓ-, SÚLYOS AKUT NEKROTIZÁLÓ PANCREATITIS-ESETBEMUTATÁS

Szőnyi M.¹, Topa L.¹, Rédei C.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Gasztroenterológiai profil ¹,

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
16.00-17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chairmen: **Döbrönte Zoltán**, Szombathely, **Gyökeres Tibor**, Budapest

16.00 EFFECT OF RECTAL INDOMETHACINE IN THE PREVENTION OF POST-ERCP PANCREATITIS

Márk L.¹, Lakner L.¹, Toldy E.², Toldy E.³, Döbrönte Z.¹, Döbrönte Z.³, Markusovszky Teaching Hospital, Dept. of Gastroenterology and Internal Medicine ¹, Markusovszky Teaching Hospital, Central Laboratory ², University of Pécs, Faculty of Healthcare Science, Teaching Center Szombathely ³,

16.10 COMPARISON OF THE OUTCOME OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) TREATED WITH ERCP AND BILIARY SPHINCTEROTOMY WITH OR WITHOUT SMALL CALIBER PANCREATIC STENTS – NONRANDOMIZED, PROSPECTIVE, DUAL CENTER TRIAL

Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Fejes R.², Virányi Z.¹, Hausinger P.¹, Balogh G.², Székely A.², Madácsy L.², Department of Gastroenterology and Endoscopy, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Hospital, Kecskemét ¹, First Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár ²,

16.20 TRANSGASTRIC ENDOSCOPIC NECROSECTOMY FOR AN INFECTED WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS WITH A HIGH FLOW WATERJET SYSTEM AND A TEMPORARILY PLACEMENT OF A SELF EXPANDING METAL STENT TO MAINTAIN ADEQUATE DRAINAGE– A CASE REPORT (WITH VIDEO)

Madácsy L.¹, Balogh G.¹, Fejes R.¹, Székely A.¹, Luka F.², Altörjay Á.², First Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér County Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, Department of Surgery, Fejér County Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary ²,

16.30 ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF COMPLICATIONS OF WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS AFTER NECROTIZING PANCREATITIS

Topa L.¹, Pozsár J.¹, Sahin P.¹, Fejér C.², Káfony A.³, Sánta T.³, Szent Imre Hospital Budapest Gastroenterology ¹, Szent Imre Hospital Budapest ICU ², Szent Borbála Hospital Tatabánya Gastroenterology ³,

Üléselnökök/Chairmen: **Madácsy László**, Székesfehérvár,

Orosz Péter, Miskolc

16.40 SELF-EXPANDING METAL STENTS IN MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION. EVALUATION OF 71 CASES IN OUR UNIT

Bördös A.¹, Rábai K.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹,

16.50 COMPLEX PALLIATIVE TREATMENT OF AN ADVANCED INOPERABLE TUMOR OF THE PAPILLA OF VATER. ENDOSCOPIC ENTERAL AND PERCUTANEOUS BILIARY METALSTENT INSERTION

Varsányi M.¹, Szentpéteri L.², Vukov P.¹, Gaálné E.¹, Kecskésné S.¹, Szamosi T.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹, Dept. of Radiology, State Health Centre, Budapest ²,

17.00 INSERTION OF A BILIARY STENT FROM THE STOMACH. CASE REPORT OF ECTOPIC OPENING OF THE COMMON BILE DUCT IN THE PYLORIC CANAL

Gyökeres T.¹, Kandikó K.¹, Hamar E.², Sándor J.², Csizmazia I.¹, Banai J.¹, Bursics A.³, Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹, Dept. of Radiology, State Health Centre, Budapest ², Dept. of Surgery, BIK Hospital, Budapest ³,

17.10 ENDOSCOPIC BILIARY INTERVENTIONS THROUGH THE CHOLEDOCHODUODENOSTOMY

Tolmácsi B.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹,

17.20 INTRAOPERATÍV EPEÚTI SÉRÜLÉSEK ENDOSCOPOS MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEI

Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Szenes M.¹, Gasztonyi B.¹, Belgyógyászati Osztály, Zala Megyei Kórház ¹,

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
14.30 – 16.10

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

MOTILITÁS / MOTILITY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnök/Chairman: **Wittmann Tibor**, Szeged

- 14.00 **INTERSTITIAL CELLS OF CAJAL FROM BENCH TO BEDSIDE**
Ördög Tamás, Rochester, USA

Üléselnökök/Chairmen: **Király Ágnes**, Pécs **Rosztóczy András**, Szeged

- 14.20 **CERVICAL INLET PATCH (CIP) – A NOVEL PIECE IN THE ETIOLOGY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD)?**

Rosztóczy A.¹, Vadászi K.¹, Németh I.², Dulic S.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Gecse K.¹, Gyökeres T.³, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², State Health Centre, Budapest, Hungary.³

- 14.30 **THE EFFECT OF ASPIRIN TREATMENT ON THE MUCOSAL CYCLOOXYGENASE-2 (COX-2) ACTIVITY IN PATIENTS WITH BARRETT'S METAPLASIA: A FOLLOW UP STUDY.**

Inczefi O.¹, Németh I.², Izbéki F.¹, Róka R.¹, Vadászi K.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

- 14.40 **DOUBLE, CRYCOPHARYNGEAL AND CARDIAL ACHALASIA IN A PATIENT**

Major J.¹, Illés A.², Solt J.¹, 1st Dept. of Medicine, Medical University of Pécs¹, Medical Center of Komló²

- 14.50 **BILIARY PAIN ON CONTRAST INJECTION DURING ERCP IS A PREDICTOR OF CHRONIC NEUROPLASTIC CHANGES IN PATIENTS WITH SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION (SOD)**

Kurucsai G.¹, Joó I.¹, Fejes R.¹, Székely A.¹, Székely I.¹, Funch-Jensen P.², Madácsy L.¹, First Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejer Megyei Szent-György Hospital, Szekesfehervar, Hungary¹, Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark²

Üléselnökök/Chairmen: **Izbéki Ferenc**, Szeged **Kurucsai Gábor**, Székesfehérvár

- 15.00 **UPPER GASTROINTESTINAL MOTILITY IN PATIENTS WITH SLOW-TRANSIT CONSTIPATION**

Illés A.¹, Király Á.², Medical Center of Komló¹, 1st Dept. of Medicine, Medical University of Pécs²

15.10 RESULTS WITH SHORT-TERM AND LONG-TERM FIBER RESTRICTED DIET IN THERAPY-RESISTANT CONSTIPATION WITH SEVERE PAIN

Czimmer J.¹, Szabó I.¹, Felföldi F.², Vincze Á.¹, Fist Dept. Of Medicine, Clinial Centre, University of Pecs, Hungary ¹, Gastroenterology Ward, Balassa Janos Tolna County Hospital, Szekszard, Hungary ²

15.20 CORRELATION OF DISEASE SEVERITY IN ULCERATIVE COLITIS WITH FECAL MMP-9 LEVELS, OCCLUDIN, PAR-2 AND PAR-4 mRNA EXPRESSION IN CORRESPONDING BIOPSIES

Gecse K.¹, Annaházi A.¹, Bezirard V.², Leveque M.², Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Ferrier L.², Bueno L.², Wittmann T.¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, UMR 1054 INRA/EI-Purpan NGN Unit, Toulouse, France ²

15.30 ELEVATED CYSTEINE-PROTEASE ACTIVITY IN FECAL SUPERNATANTS OF CONSTIPATION PREDOMINANT IBS PATIENTS: A NEW FACTOR DISRUPTING COLONIC EPITHELIAL BARRIER

Róka R.¹, Annaházi A.¹, Gecse K.¹, Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Inczei O.¹, Ferrier L.², Bezirard V.², Eutamene H.², Theodoru V.², Bueno L.², Wittmann T.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, UMR 1054 INRA/EI-Purpan NGN Unit, Toulouse, France ²

Üléselnökök/Chairmen: Bálint András, Budapest Illés Anita, Pécs

15.40 PAR4 PLAYS AN ENDOGENOUS ANTINOCICEPTIVE ROLE IN INFLAMMATORY BUT NOT IN STRESS-INDUCED COLORECTAL HYPERALGESIA IN MICE

Annaházi A.¹, Dabek M.², Gecse K.¹, Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Izbéki F.¹, Theodoru V.², Wittmann T.¹, Eutamene H.², Bueno L.², 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, UMR 1054 INRA/EI-Purpan NGN Unit, Toulouse, France ²

15.50 INTESTINAL ENDOTHELIAL DYSFUNCTION MAY HAVE A ROLE IN THE DEVELOPMENT OF MYENTERIC NERVE DAMAGE IN A RAT MODEL OF DIABETES MELLITUS

Bódi N.², Talapka P.², Bagyánszki M.², Rosztóczy A.¹, Fekete E.², Wittmann T.¹, Izbéki F.¹, 1st Department of Medicine, Univeristy Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, University of Szeged, Hungary ²

16.00 COLONIC AND ANORECTAL DYSFUNCTION IN SPINAL CORD INJURY PATIENTS.

Király Á.¹, Illés A.¹, 3rd Dept. of Medicine, University of Pécs, H-7632 Pécs, Akác str.1. ¹

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
16.10 – 17.10

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

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

Üléselnökök/Chairmen: Szilvás Ágnes, Budapest Tóth Géza, Budapest

16.10 ULTRASOUND ATTENUATION OF THE LIVER: CUT-OFF VALUE AND ITS SIGNIFICANCE IN THE DIAGNOSTICS OF CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES

Szebeni A.¹, Tolvaj G.², Stotz G.³, Ultrasound Laboratory, Budakeszi Str., MI Central Hospital, Budapest ¹, 1st Internal Dept., MI Central Hospital, Budapest ², Pathol. Dept., MI Central Hospital, Budapest ³

16.20 BIOLOGICAL THERAPY EFFECTIVITY CONTROLLED BY ULTRASONOGRAPHY IN IBD

Szilvás Á.¹, Bóka B.¹, Horváth B.¹, Berki I.², Vadinszky P.², Székely G.¹, St.János Hospital, 1st Dept. of Int. Med.and Gastroenterology, Budapest, Hungary ¹, St.János Hospital, Surgical Dept., Budapest, Hungary ²

16.30 NEW ASPECTS OF 3D ANAL ULTRASONOGRAPHY

Székely G.¹, Szilvás Á.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály ¹

16.40 MDCT ENTEROCLYSIS, ENTEROGRÁFIA SZEREPE CROHN BETEGSÉG KIMUTATÁSÁBAN, SZÖVŐDMÉNYEK IGAZOLÁSÁBAN.

Tóth G.¹, Szalai K.², Tóth G.², Tóth Z.², Turupoli E.¹, Nemzetközi Egészségügyi Központ ¹, Semmelweis Egyetem ²

16.50 THE USE OF MRCP EFFECTIVELY DECREASES THE COMPLICATIONS OF ERCP IN PATIENTS WITH SUSPECTED PANCREATOBILIARY TRACT DISEASES

Szalai O.¹, Hoffer K.², Ringelhan B.², Bodrogi N.², Baranyai T.², Patai Á.¹, O. Szalai - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Gastroenterology ¹, K. Hoffer - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology ², B. Ringelhan - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology ³, N. Bodrogi - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology ⁴, T. Baranyai - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology ⁵, Á. Patai - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Gastroenterology ⁶

17.00 SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME IN A MIDDLE-AGED WOMAN

Angi A.¹, Kiss I.³, Palkó A.³, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Czakó L.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika ¹, Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet ², Euromedic Diagnostics Szeged Kft. ³

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
14.30-15.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG / ENDOSCOPY ULTRASOUND

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Madácsy László**, Székesfehérvár **Pakodi Ferenc**, Pécs

14.30 **DIAGNOSZTIKUS NONINVAZÍV ENDOSONOGRAPHIÁS VIZSGÁLATOK SZÜKSÉGESSÉGE, INDIKÁCIÓI**

Takács R.¹, Hamvas J.¹, Főv. Bajcsy-Zsilinszky kórház I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹,

14.40 **ENDOSCOPIC ULTRASOUND PROCEDURES ON PANCREATIC FLUID**

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest 1st Dept. of Internal Medicine, Gastroenterology¹,

14.50 **OUR FIRST EXPERIENCES WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS) GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (FNA)**

Szepes A.¹, Virányi Z.¹, Serényi P.², Dubravcsik Z.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, Department of Pathology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét²,

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
15.00 – 17.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: Kopper László, Budapest Molnár Béla, Budapest

15.00 A KRAS, BRAF ÉS A PIK3CA MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATÁNAK INTEGRÁLÁSA A VASTAGBÉLDAGANATOK SZEMÉLYRE SZABOTT GYÓGYSZERES KEZELÉSÉBE

Peták I.¹, Landherr L.², Pintér F.¹, Várkondi E.¹, Jóri B.¹, Székely C.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Micsik T.³, Pápay J.³, Sápi Z.³, Kopper L.³, Schwab R.⁴, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft.¹, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház², I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem³, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK⁴,

15.15 COLORECTAL CANCER AND ADENOMA SPECIFIC DIAGNOSTIC BIOPSY MRNA EXPRESSION PROFILES CONFIRMED ON A LARGE INDEPENDENT SAMPLE SET

Galamb O.¹, Sipos F.¹, Wichmann B.¹, Spisák S.¹, Krenács T.², Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Jász O.¹, Kalmár A.¹, Schöller A.³, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest², Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

15.25 SCREENING OF COLORECTAL POLYPS FROM BLOOD - MONONUCLEAR CELLS IN FOLLICLES ARE THE INFORMATION TRANSPORTERS

Tóth K.¹, Spisák S.², Galamb O.², Sipos F.¹, Wichmann B.¹, Leiszter K.¹, Kalmár A.¹, Valcz G.¹, Schöller A.³, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, Semmelweis University, 2nd Department of Internal Medicine, Budapest, Hungary¹, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Group, Budapest, Hungary², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary³,

15.35 NEXT-GENERATION GENOME SEQUENCING TECHNOLOGY IN THE FUTURE OF MOLECULAR PATHOLOGY

Pintér F.¹, Várkondi E.¹, Kövesdi A.¹, Szabó E.¹, Kopper L.², Schwab R.³, Peták I.¹, KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd.¹, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University², Rational Drug Design Laboratories CRC³,

15.45 MIKROLÖKÉSHULLÁM LÉZER MIKRODISSZEKCIÓ HASZNÁLATA KRAS ÉS EGFR GÉN MUTÁCIÓINAK VIZSGÁLATÁBAN

Várkondi E.¹, Pintér F.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Micsik T.², Pápay J.², Sápi Z.², Pap A.³, Kopper L.², Schwab R.¹, Peták I.¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft.¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem², Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK³,

SZÜNET

Üléselnökök/Chairmen: **Bodoky György**, Budapest

Pap Ákos, Budapest

16.05 COLORECTAL CANCER (CRC), ADENOMA AND IBD DETECTION IN BLOOD CELLS BY ARRAY PCR - ROLE OF CIRCULATING FREE DNA AS MONONUCLEAR CELL ACTIVATOR

Molnár B.¹, Tóth K.², Spisák S.¹, Galamb O.¹, Jász O.², Kalmár A.², Sipos F.², Miheller P.², Schöller A.³, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ³,

16.20 K-RAS MUTÁCIÓK FORMÁI ÉS GYAKORISÁGUK A HAZAI VASTAGBÉLRÁKOS POPULÁCIÓBAN

Schwab R.¹, Várkondi E.¹, Pintér F.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Székely C.¹, Micsik T.², Kopper L.², Telekes A.³, Peták I.⁴, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem ², Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza, Onkológiai Osztály ³, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ⁴,

16.30 THE USE OF VALIDATED QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRES IN PATIENTS WITH NEUROENDOCRINE TUMORS. THE RESULTS OF THE NATIONAL MULTICENTER STUDY (SAS-LAR-QOL) OF 93 PATIENTS

Gyökeres T.¹, SASLAR-QOL Study Group ², Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹, multicenter ²,

16.40 SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL LIVER METASTASIS: THE IMPACT OF SIMULTANEOUS LIVER AND COLORECTAL RESECTION FOR SYNCHRONOUS COLORECTAL METASTASIS

Petri A.¹, Höhn J.¹, Kovács K.¹, Solymosi L.¹, Lázár G.¹, Szeged University, Department of Surgery ¹,

16.50 EPEÚTI DAGANATOK ENDOSZKÓPOS ÉS KEMOTHERÁPIÁS KEZELÉSE. RETROSPEKTÍV VIZSGÁLAT.

Tarpay A.¹, Burai M.¹, Rubovszky G.², Nagy T.², Láng I.², Pap A.¹, Gasztroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ¹, Kemothérapie B, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ²,

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
17.30 – 18.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

SAVSZEKRÉCIÓ GÁTLÁS ÚJ KÉRDÉSEI

NEW TOPICS ON GASTRIC ACID INHIBITION

KRKA SZIMPÓZIUM / KRKA SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman: **Tulassay Zsolt**, Budapest

PPI ÉLETFOGYTIGLAN?

PPI FOREVER?

Pregun István, Budapest

INDOKOLT-E PPI-T VÁLTANI?

IS IT REASONABLE TO SWITCH FROM ONE PPI TO ANOTHER?

Altörjay István, Debrecen

PPI ÚJ INDIKÁCIÓI

NEW INDICATIONS OF PPIS

Wittmann Tibor, Szeged

MIKOR MELYIK PPI?

PPI: WHEN, WHICH?

Hersényi László, Budapest

2010. június 14. Hétfő
14 June, Monday
18.30-19.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

TIHANYTÓL – TIHANYIG (2009-2010)
AZ ELMÚLT ÉV SZAKMAI ÚJDONSÁGAI, ÉRDEKESSÉGEI
A GASZTROENTEROLÓGIA NÉHÁNY KIEMELT
TERÜLETÉN

FROM TIHANY TO TIHANY (2009-2010)
HIGHLIGHTS OF SELECTED TOPICS FROM GASTROENTEROLOGY
DURING LAST YEAR

NYCOMED SZIMPÓZIUM / NYCOMED SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chairmen:

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

REFLUX/FEKÉLY/HP-ERADIKÁCIÓ

REFLUX/ULCUS/HP-ERADICATION

Hersényi László, Budapest

IBD

Nagy Ferenc, Szeged

COELIAKIA/LAKTÓZ/D-VITAMIN

COELIAKIA/LACTOSE/VITAMIN-D

Juhász Márk, Budapest

ENDOSCOPIA/NOTES

ENDOSCOPIA/NOTES

Papp János, Budapest

2010. június 15. Kedd
15 June, Tuesday
8.30 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

BIOMARKEREK A VASTAGBÉLRÁKBAN SZIMPOZIUM

BIOMARKERS IN COLORECTAL CANCER SYMPOSIUM

KPS és ENDOTHERAPIA Kft-k SZIMPÓZIUMA /

KPS és ENDOTHERAPIA LTD'S SYMPOSIUM

Üléselnök / Chairman:

Pap Ákos, Budapest

Peták István, Budapest

**A GASTROENTEROLOGUSOK SZEREPE A METASTATIKUS
COLORECTALIS BETEGEK KOMPLEX DIAGNOSZTIKÁJÁBAN: CÉL
A NEOADJUVÁNS KEZELÉSEL ÉS MŰTÉTTEL TUMORMENTESÉ
TEHETŐ BETEGEK KIVÁLASZTÁSA.**

Schwab Richárd, Budapest

2010. június 15. Kedd
15 June, Tuesday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ÚJ MÓDSZEREK AZ ENDOSZKÓPIÁBAN /
NEW METHODS IN ENDOSCOPIC PROCEDURES
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátor: Bene László , Budapest

Simon László, Budapest

BEVEZETŐ GONDOLATOK

INTRODUCTION

Simon László, Budapest

**TECHNIKAI ÚJÍTÁSOK AZ ELMÚLT ÉVTIZEDBEN- „UTAK ÉS TÉVUTAK”.
MERRE TOVÁBB? (15 perc)**

*TECHNICAL INNOVATION IN THE LAST DECADE-WAYS AND MEANS. WHICH IS
A RIGHT WAY*

Pap János, Budapest

**ENDOSONOGRÁFIA SZEREPE A PANCREÁS DIAGNOSZTIKÁBAN ÉS
INTERVENCIÓKBAN (15 perc)**

THE ROLE OF ENDOSONOGRAPHY IN THE PANCREATIC DISEASE

Pap Ákos, Budapest

**NBI: A LUSTA ENDOSZKÓPOS KROMOENDOSZKÓPIÁJA? VAGY MÉGSE? (15
perc)**

*NBI: IS THERE AN OLD METHOD FOR THE SLOTH ENDOSCOPIST INSTEAD OF
CHROMOENDOSCOPY?*

Nagy Ferenc, Szeged

KROMOENDOSZKÓPIA, A VALÓDI LEHETŐSÉG? (15 perc)

CHROMOENDOSCOPY: IS THERE A REAL OPTION?

Szalóki Tibor, Vác

**KONFOKÁLIS LÉZER ENDOSZKÓP: UTÓPIA VAGY VALÓDI ÁTTÖRÉS AZ
ENDOSZKÓPOS DIAGNOSZTIKÁBAN? (15 perc)**

*CONFOCAL LASER ENDOSCOPY: IS THERE A REAL DIAGNOSTIC REVOLUTION
OR UTOPIA IN ENDOSCOPY?*

Bene László, Budapest

**KAPSZULA ENDOSZKÓPIA AVAGY UTAZÁS A BÉLHUZAMBAN. MERRE,
MEDDIG? (15 perc)**

CAPSULA ENDOSCOPY: FANTASTIC JOURNEY IN THE INTESTINAL TRACT

Rácz István, Győr

VITA, HOZZÁSZÓLÁSOK

DISCUSSION

11.05 – 11.35

MÁJTRANSZPLANTÁCIÓ INDIKÁCIÓJA, IDŐZÍTÉSE
INDICATION AND TIMING OF LIVER TRANSPLANTATION
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Előadó/Lecturer: **Schuller János,**

2010. június 15. Kedd
15 June, Tuesday
11.35 – 13.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

KOLLÉGIUMI FÓRUM

Üléselnökök/Chairmen:

Tulassay Zsolt, a kollégium elnöke **Pap Ákos**, MGT elnöke

Referens:

Banai János, a kollégium titkára

2010. június 15. Kedd
15 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 Zsuzsa, Budapest,
Szalay Ferenc, Budapest, Bene László, Budapest, Schwab Richárd, Budapest,
Harsányi László, Budapest, Vereczkei András, Pécs**

1. **ANTIGENOME OF HELICOBACTER PYLORI: VACCINATION ON THE HORIZON?**
Kovács Z.¹, Meinke A.², Nagy E.², Henics T.², Gelbmann D.², Prustomersky S.², Minh D.², Winkler B.², Stierschneider U.², Berger M.², von Gabain A.², Storm M.³, Engstrand L.³, Hunyady B.¹, Kaposi Mór Regional Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary ¹, Intercell AG, Vienna, Austria ², the Swedish Institute of Infectious Disease Control, Solna, Sweden ³
2. **SCURVY - CASE REPORT**
Iliás A.¹, Faludi P.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. Gastroenterology ¹,
3. **FIGHT WITH THE GASTRO-CHAMELEON – CELIAC DISEASE PATIENT WITH HEMATOLOGY SYMPTOMS**
Tóth G.¹, Horváth L.², Székely G.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza, I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály ¹, SE. III. Belgyógyászati Klinika, Haematológiai Osztály ²,
4. **TÜNTEKTŐL A DIAGNÓZISIG: ÖTVENHAT ÉV**
Illés K.¹, Maros K.¹, Csepeli Eü Szolgálat, Gastroenterologia ¹
5. **LATENS COELIACIA, MINT ÖSSZETETT AUTOIMMUN KÓRKÉP-ESETISMERTETÉS**
Szakács A.¹, Kerékgyártó O.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház-I.sz. belgyógyászat-gastroenterológia ¹
6. **VÉRZÉSFORRÁS KERESÉSE OKKULT GASZTROINTESZTINALIS VÉRZÉSEKBEN: NA-HEPARINNAL ÉRZÉKENYÍTETT KÉPALKOTÓ ELJÁRÁSOKKAL SZERZETT TAPASZTALATAINK KÉT ESET KAPCSÁN**
Kacska S.¹, Gacsai N.¹, Tornai T.¹, Szabados L.², Ifj. Péter M.³, Altörjay L.¹, DE OEC, Gasztroenterológiai Tanszék ¹, DE OEC, PET-CT Orvosi Diagnosztikai Kft ², Euromedic Diagnostics Szeged KFT ³

7. **INTESTINALIS ISCHAEMIA FATÁLIS ESETE – OGILVIE-SYNDROMA ?**
Szita I.¹, Németh I.¹, Fiák E.², Kulcsár I.¹, Lakatos L.¹, Veszprém Megyei Csolnoky F.Kh. Belgyógyászat¹, Balatonfüredi Állami Szívkórház Kardiológiai Aktív Osztály²

8. **VISSZATÉRŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSEK AZ ARTÉRIA GASZTRODUODENÁLIS ÁGÁNAK ANEURYSMÁJÁBÓL**
Topál L.¹, Szakál I.¹, Bartek P.², Szabó S.¹, Szigyártó I.¹, Kardosné Forrási C.¹, Fazekas I.¹, Paukovics Á.³, Steinbach M.³, Szatmári F.², Pák G.⁴, Pák P.⁴, Belgyógyászati Osztály, Selye János Kórház, Komárom¹, I. Radiológia, Angiográfiás Labor, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr², CT Labor, Nemzetközi Egészségügyi Központ, Győr³, II. Belgyógyászati Osztály, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom⁴

9. **EGY REJTÉLYES ANAEMIA HÁTTERE**
Kotsis L.¹, Póczy M.², Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján, Traumatológia¹, Dr. Kenessey Albert Kórház Balassagyarmat, Tüdőgyógyászat²

10. **GASTRIC STASIS AND TRANSIT DISORDER CAUSED BY A BOCHDALEK HERNIA – AN INTERESTING ANATOMICAL SITUATION**
Dede K.¹, Nagy P.¹, Zaránd A.¹, Csikós D.², Taller A.², Jakab F.¹, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti Osztály¹, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Gasztroenterológiai Osztály²

11. **OESOPHAGEAL SYNCOPE**
Lukács M.¹, Csécsei P.², Komoly S.², Dept. Of Internal Med., City Hospital, Dombóvár¹, Neurology Clin., Univ. of Pécs²,

12. **RHABDOMYOLYSIS IN CONNECTION WITH GASTROINTESTINAL DISEASE TREATMENT - SIDE EFFECT OR COMPLICATION?**
Fazekas K.¹, Semmelweis University Doctoral School¹

13. **MALIGNANT EXTRAHEPATIC BILE DUCT TUMORS WITH SYNCHRONOUS BREAST CANCER – CASE REPORT OF TWO CASES**
Lauf L.¹, Perduk A.¹, Gyökeres T.², Bursics A.¹, Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹, National Health Center, Gastroenterologic Department²

14. **AZ AIHA HÁTTERÉBEN ÁLLÓ MALIGNITÁS**
Szabó E.¹, Földházi K.¹, Takács R.¹, Fejér T.², Hamvas J.², Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belosztály, Gasztroenterológia¹, Felnőtt Háziorvosi Rendelő Budapest, 1105 Zsivaj u. 2.²

15. **THE EFFECT OF CESSATION OF PROTON-PUMP INHIBITOR THERAPY ON SERUM CHROMOGRANIN A LEVEL**
Pregun I.¹, Hersényi L.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Lakatos G.¹, Patócs A.¹, Rácz K.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

16. **RITKA LOKALIZÁCIÓJÚ CARCINOID TUMOR**
Földházi K.¹, Takács R.¹, Nemesi K.², Ternyik L.³, Tiba I.³, Árva T.⁴, Pádi É.⁵, Benedek G.³, Telekes A.⁴, Hamvas J.¹, Föv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgasztroenterológia¹, Föv. Szent László Kórház², Föv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészet³, Föv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Onkológia⁴, Kecskeméti Megyei Kórház Onkológia⁵

17. **COLITIS ULCEROSA KEZELÉSE SUBTOTÁLIS COLECTOMIA UTÁN**
Boros A.¹, Perduk A.², Bély M.³, Gelley A.¹, Belgyógyászati, Gasztroenterológiai Osztály, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest ¹, Sebészeti Osztály, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest ², Patológiai Osztály, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest ³
18. **CROHN BETEGSÉG TALAJÁN KIALAKULT INTESZTINÁLIS CARCINOMÁK**
Czeglédi Z.¹, Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Rábai K.¹, Lestár B.², Jackel M.³, Banai J.¹, Állami Egészségügyi Központ Gasztroenterológia Osztály ¹, Állami Egészségügyi Központ II. Sebészet Osztály ², Állami Egészségügyi Központ Patológia Osztály ³
19. **RÖVID TÁVÚ CSONT-ANYAGCSERE VÁLTOZÁSOK INFLIXIMABBAL KEZELÉST KÖVETŐEN CROHN-BETEG GYERMEKEKBEN**
Bérczes R.¹, Kővári É.¹, Szabó D.¹, Müller K.¹, Dezsőfi A.¹, Arató A.¹, Veres G.¹, Gasztroenterológia Osztály, Semmelweis Egyetem I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest ¹
20. **GASTRODUODENAL CROHN'S DISEASE - CASE REPORTS**
Schafer E.¹, Czeglédi Z.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Lestár B.², Banai J.¹, Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest ¹, Állami Egészségügyi Központ II. Sebészet, Budapest ²
21. **SEBÉSZETI KEZELÉS GYERMEKKORI IBD-BEN. MIKOR SZÓLJUNK SEBÉSZNEK?**
Szabó A.¹, Lőrincz M.¹, B. Kovács J.¹, Lásztity N.², Sárközy S.³, Lestár B.⁴, Gastroenterologia-Nephrologia osztály, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest ¹, Belgyógyászati osztály, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest ², Sebészeti osztály, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest ³, Sebészeti osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest ⁴
22. **HOW TO LIVE WITH SHORT BOWEL SYNDROME?**
Németh-Simon S.¹, Solt J.², Bajor J.¹, PTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Általános Belgyógyászat. ¹, PTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológia. ²
23. **EGY ELFELEDETT BETEGSÉG - AZ INTESTINALIS TUBERCULOSIS EGY ESETÜNK KAPCSÁN**
Czirják K.¹, Vén L.¹, Francz M.², Rácz F.¹, Szegedi J.¹, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Jósza András Oktatókórház, Nyíregyháza ¹, Patológiai Osztály, Jósza András Oktatókórház, Nyíregyháza ²
24. **EGY VIZSGÁLATI LELET ÉS AMI MÖGÖTTE REJLIK**
Csoszánzki N.¹, Machnitz J.¹, Karádi Z.¹, Semmelweis Egyetem Budapest II.sz. Gyermekklinika ¹
25. **MECKEL-DIVERTICULITIS – GONDOLJUNK RÁ!**
Visnyei Z.¹, Tolmácsi B.¹, Schäfer E.¹, Iványi A.², Kardos K.³, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológia Osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest ¹, Sebészeti Osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest ², Radiológiai Osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest ³

26. **SIMPLE APPENDICITIS? ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS MIMICKING ACUTE APPENDICITIS - CASE REPORTS**
Iványi A.¹, Kálnay T.¹, Pop G.¹, Tolvaj G.², Kósa R.³, Schafer E.², Lestár B.¹, Állami Egészségügyi Központ, II. sz. Sebészet, Budapest ¹, Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest ², Állami Egészségügyi Központ, Patológia, Budapest ³
27. **ACUTE PORTAL VEIN THROMBOSIS UNRELATED TO CIRRHOSIS OR MALIGNANCY. CASE REPORT OF A 29 YEAR OLD FEMALE PRESENTING WITH ABDOMINAL PAIN.**
Lidi H.¹, Csikós D.¹, Szántó P.¹, Blans B.², Bodó I.³, Balázs G.⁴, Taller A.¹, Uzsoki Hosp. Dept. of Gastroenterology ¹, Uzsoki Hosp. Dept. of Radiology ², St. István and St. László Hosp. Dept. of Haematology and Stem Cell Transplantation ³, Semmelweis University Heart Center ⁴,
28. **ISMERETLEN EREDETŰ LÁZ, ARTHRITIS, EXANTHEMA, MÁJELÉGTELENSÉG, TRANSZPLANTÁCIÓ, SEPSIS, EXITUS. AZ ALAPBETEGSÉG STILL BETEGSÉG? ESETISMERTETÉS.**
Gelley F.¹, Fehérvári I.¹, Mándli T.¹, Zádori G.¹, Benkő T.¹, Fazekas J.¹, Tóth S.¹, Nagy P.², Micsik T.², Görög D.¹, Gelley A.³, Nemes B.¹, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika ¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet ², Budai Irgalmasrendi Kórház ³
29. **HALÁSZLÉ ÉS MÁJTÁLYOG**
Solymossi Z.¹, Madácsy L.², Altörjay Á.³, Varga I.³, Müller Z.¹, Infektológia Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár ¹, I. Belgyógyászati Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár ², Sebészeti Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár ³
30. **GIANT CELL HEPATITIS WITH ULCERATIVE COLITIS AND PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: A CASE REPORT**
Nagy I.¹, Molnár T.¹, Takács T.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary ¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary ²,
31. **A CASE WITH SCHWANNOMAS AT THE CELIAC TRUNK CAUSING PANCREATITIS REMOVED SURGICALLY, AND IN THE LIVER TREATED BY RADIOFREQUENCY ABLATION**
Izbéki F.¹, Petri A.², Farkas G.², Höhn J.², Morvay Z.³, Palkó A.³, Tiszlavicz L.⁴, Rosztóczy A.¹, Takács T.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Department of Radiology, University of Szeged, Szeged, Hungary ³, Institute of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary ⁴,
32. **ENDOTHERÁPIA A BŰNÖZÉS SZOLGÁLATÁBAN**
Molnár S.¹, Tarpay Á.², Burai M.², Pap Á.², Gasztroenterológiai Szakrendelés, Egészségügyi Központ, Budaörs. ¹, Gasztroenterológiai Onkológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet Budapest ²

33. **ACUT PANCREATITIS ÉS AMI MÖGÖTTE VAN**
Gajdán L.¹, Tilinger E.², Sárkány A.³, Szilágyi A.⁴, Gervain J.¹, Fejér Megyei Szt. György Kórház IV. Belgyógyászat ¹, Fejér Megyei Szt. György Kórház Pulmonológiai Osztály ², Fejér Megyei Szt. György Kórház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Osztály ³, Fejér Megyei Szt. György Kórház Patológiai Osztály ⁴
34. **JELENTŐS MÉRETŰ GASTROINTESTINÁLIS VÉRZÉS HÁTTERÉBEN ÁLLÓ, JEJUNUMOT ÉRINTŐ B-SEJTES LYMPHOMA ESETÉNEK BEMUTATÁSA**
Szeli D.¹, Papp J.², Demeter J.², Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály ¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika ²
35. **OSTEODENSITOMETRY IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME**
Stark J¹, Zagoni T¹, Toth M¹, Sipos F¹, Gutaj P² 12nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2 First Faculty of Medicine, Poznan University of Medical Sciences, Poznan, Poland

52. Nagygyűlés

52nd Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology**ELŐADÁSKIVONATOK***Abstracts
of Lectures and Posters*

2010.

Tihany, 12 - 15 June, 2010.
Tihany, CLUB TIHANY, HungaryELNÖK
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. Bajor Judit
Dr. Bálint András
Dr. Bene László
Dr. Bodoky György
Dr. Döbrönte Zoltán
Dr. Fehérvári Imre
Dr. Figler Mária
Dr. Gurzó Zoltán
Dr. Gyökeres Tibor
Dr. Harsányi LászlóDr. Hegyi Péter
Dr. Hunyady Béla
Kabai Annamária
Dr. Király Ágnes
Kokas Marianna
Dr. Kupcsulik Péter
Dr. Lakatos László
Dr. Lakatos Péter László
Dr. Madácsy László
Dr. Magyar Anna
Dr. Molnár Béla
Dr. Molnár Tamás
Dr. Nagy FerencDr. Pap Ákos
Dr. Pár Alajos
Dr. Rácz István
Dr. Rosztóczy András
Dr. Schwab Richárd
Dr. Szalay Ferenc
Dr. Székely György
Dr. Szőnyi László
Dr. Takács Tamás
Dr. Tornai István
Dr. Tulassay Zsolt
Dr. Varga Gábor
Dr. Wittmann Tibor

1

SUPERIOR MESENTERIC ARTERY SYNDROME IN A MIDDLE-AGED WOMAN

Angi A.¹, Kiss I.³, Palkó A.³, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Czákó L.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika ¹, Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet ², Euromedic Diagnostics Szeged Kft. ³

Introduction: The superior mesenteric artery (SMA) syndrome is an uncommon cause of proximal small bowel obstruction resulting from compression of the third part of the duodenum by the SMA. Various medical conditions may lead to a rapid weight loss and narrowing of the aortomesenteric angle. The clinical manifestations may include a variety of nonspecific symptoms ranging from postprandial epigastric pain to severe nausea and bilious emesis.

Patient: A 54-year-old woman presented with a 1-year history of epigastric pain, nausea, bloating and belching after eating and an acidic reflux. There was no vomiting. She had no appetite and had lost 13 kg. She had had a cerebral infarction and was treated for depression. She had drunk alcohol regularly. She had sought medical advice during this period and had undergone a specialist gastroenterologist review and endoscopy. The laboratory test findings were unremarkable; both CEA and CA 19-9 were negative. Erosive pangastritis with thickened gastric folds and reflux disease was diagnosed. Big particle biopsy revealed Menetrier's syndrome. Proton pump inhibitor and prokinetic treatment had relieved her symptoms temporally. Abdominal CT indicated the thickening of both the tail of the pancreas and the gastric wall. EUS showed a normal pancreas, but enormous widening (12 mm) of the muscularis propria of the antrum. The barium meal identified the obstruction of the third part of the duodenum. CT-enterography revealed reductions of both the aortomesenteric angle and the aortomesenteric space. Hence, all 3 diagnostic criteria of the SMA syndrome were met. The syndrome was probably caused by a previous weight loss due to the patient's depression and alcoholism. Surgical treatment was recommended.

Conclusion: The SMA syndrome should be considered as a potential diagnosis in patients with persistent postprandial abdominal symptoms and weight loss.

2

PAR4 PLAYS AN ENDOGENOUS ANTINOCICEPTIVE ROLE IN INFLAMMATORY BUT NOT IN STRESS-INDUCED COLORECTAL HYPERALGESIA IN MICE

Annaházi A.¹, Dabek M.², Gecse K.¹, Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Izbéki F.¹, Theodoru V.², Wittmann T.¹, Eutamene H.², Bueno L.²

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

Activation of proteinase-activated receptor-4 (PAR4) from the colonic lumen by its agonist (PAR4-AP) or cathepsin-G (Cat-G) has antinociceptive effect to colorectal distension (CRD) in mice in basal conditions.

Aims: To clarify if PAR4 activation has antihyperalgesic effect in 2 visceral hypersensitivity models, water avoidance stress (WAS) and TNBS colitis, and to test if endogenous PAR4 activation is present in these conditions.

Methods: In one group of C57/BL6 mice, animals underwent WAS. A second group was treated with TNBS (20 mg/kg intracolonicallly /ic/). Controls were either SHAM-stressed or received saline ic. After 4 days of WAS sessions or 72 h TNBS infusion mice were infused ic with 100 µg PAR4-AP or its vehicle. Other groups of TNBS or WAS treated animals received a PAR4 antagonist (pepducin, 0.75 mg/kg) or its vehicle intraperitoneally (ip). Visceral hypersensitivity was assessed by recording abdominal contractions provoked by CRD.

Results: WAS significantly increased the abdominal EMG response by 760, 123, 68 and 22%, at the distension volumes from 0.02 to 0.08 mL. PAR4-AP completely restored basal sensitivity at all volumes (p<0.05). Pepducin did not change the hyperalgesia provoked by stress. In TNBS colitis, EMG activity was elevated by 1529, 98, 90 and 25% compared to controls. PAR4-AP reduced the increase of visceral sensitivity to the baseline (p<0.05). Pepducin significantly increased the hypersensitivity at the volumes of 0.04, 0.06 and 0.08 mL compared to TNBS alone (p<0.05). Cat-G was elevated in feces after TNBS compared to controls (17.0±2.6 vs 8.8±1.9 U/mg, p<0.05), but not after WAS (6.9±2.5 U/mg).

Conclusions: PAR4 activation displays analgesic properties in both inflammatory and non-inflammatory colorectal hyperalgesia. Endogenous PAR4 activation is present and plays an antinociceptive role in inflammatory, but not in stress induced colorectal hyperalgesia. These data also suggest that Cat-G released by neutrophils in TNBS colitis may be responsible for such endogenous activation. (Grant: TAMOP-4.2.2-08)

3

INVESTIGATION OF COCAINE- AND AMPHETAMINE-REGULATED TRANSCRIPT (CART) PEPTIDE IMMUNOREACTIVITY IN FEEDING-RELATED BRAIN AREAS OF CCK-1 RECEPTOR DEFICIENT RATS

Armbruszt S.¹, Abraham H.², Figler M.³, Hajnal A.⁴

Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Hungary ¹, Central Electron Microscopic Laboratory, Faculty of Medicine, University of Pécs, Hungary ², 2nd Department of Internal Medicine and Nephrology Center, Pécs, Hungary ³, Department of Neural and Behavioral Sciences, College of Medicine, The Pennsylvania State University, Hershey, PA, USA ⁴

Introduction: Cholecystokinin (CCK) mediates digestion and has stimulatory effects on the vagus nerve, induces satiation by decreasing the rate of gastric emptying. Naturally occurring mutation of the CCK-1 receptor gene in the Otsuka Long Evans Tokushima Fatty (OLETF) rats

Results in hyperphagia, obesity and the development of type II diabetes. Cocaine- and amphetamine regulated transcript (CART) peptide is expressed in the myenteric plexuses of small and large intestine, as well as in brain areas involved in the control of appetite and has an overall anorexigenic effect. Recently, we have shown that CART immunoreactivity (ir) was significantly reduced in the rostral part of the nucleus accumbens and in the rostro-medial nucleus of the solitary tract in diabetic OLETF rats compared to Long Evans Tokushima Otsuka (LETO) lean controls, whereas distribution of CART-ir elements in the brain was identical.

Methods: In the present study, CART-immunoreaction in feeding-related areas of the brain was compared in age-matched (6-8 weeks old) non-obese OLETF rats and in LETO lean controls.

Results: Like in adult rats, no difference was detected in the young OLETF and LETO strains in the distribution and intensity of CART-ir in areas related to food intake regulation such as nucleus accumbens, septal and hypothalamic nuclei, amygdala, parabrachial nucleus and nucleus of the solitary tract. Thus, in contrast to the adult diabetic rats, CART-peptide expression is not decreased in the nucleus of solitary tract and in nucleus accumbens of non-obese non-diabetic OLETF compared to control LETO rats.

Discussion: These findings collectively suggest that factors related to obesity and/or diabetes rather than impaired CCK-1 receptor signaling may contribute to altered CART expression in this strain.

Supported by the Hungarian State Eötvös Scholarship and grant of the University of Pécs ÁOKKA-34039-4/2009 to H.A. and NIH grant DK065709 to A.H.

4

THE EDIFICATIONS OF OUR DUODENUM CARCINOMA CASES

Bakcsy-Magyarosi D.¹, Goda M.², Pécsi G.¹

Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár ¹, Department of Pathology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár ²

Introduction: The malignant tumors of the small intestine are very rare, approximately 1% of the gastrointestinal malignomas. Their incidence is 0.3-2.0 : 100000 per person. The most frequent is the adenocarcinoma (50%), followed by the carcinoid tumors (20%), lymphoma (20%) and the leiomyosarcoma (10%). In about half of the cases the adenocarcinoma is situated in the duodenum.

Case presentation: In our gastroenterology department during 2008-2009 we have diagnosed 3 duodenum adenocarcinoma cases.

Their clinical characteristics are presented in the following table:

No.	Gender	Age	Leading clinical symptom	Operation	Chemotherapy	Follow-up (month)
1	F	68	duodenum stenosis	palliativ	+	14(alive)
2	F	56	duodenum stenosis	palliativ	+	2(exit)
3	M	60	positive stool blood test	pancreato-duodenectomy	+	7(alive)

In all three cases the diagnoses was assured by the upper pan-endoscopy and confirmed by histology. The tumor in two cases was situated infrapapillar on the descending pars and in one case on the lower pars horizontal.

Conclusions

1. In our patient flow the incidence was 2 : 100000, which shows a significant increase compared to the previous years and the bibliography
2. The cases with evident clinical symptoms were diagnosed in the inoperable stadium
3. The examination of the deep duodenum is essential part of the upper pan-endoscopy and it helps in the early diagnoses of some rare small intestinal diseases.

5

NAGY MÉRETŰ HIATUS HERNIÁK LAPAROSCOPOS REKONSTRUKCIÓJA MŰANYAG HÁLÓ IMPLANTÁTUMMAL

Bálint A.¹, Brenner B.¹, Rózsa B.¹, Hajnal P.¹, Pfahler P.¹, Máté M.¹, Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest¹

Bevezetés: A hiatus herniák műtéti megoldása utáni sérvkiújulás gyakorisága elfogadhatatlanul magas, 42%-t is elérheti. Ezért indokolt a hiatus rekonstrukció hatékonyabb megoldását keresnünk.

Módszerek: Munkacsoporthunk a rutinszerűen végez refluxgátló és hiatus rekonstrukciós műtéteket. Nagy hiatus hernia (átmérő >6 cm) esetén a rekonstrukciót háló alkalmazásával végezzük. A háló beültetése mellett szól a hernia mérete mellett a rekeszszárak rigiditása. A hálót csomós varratokkal és hernia kapsokkal rögzítjük a pillérekhez úgy, hogy a háló szélesen ráfeküdjön a rekeszizomra. A műtét funduplicatio képzésével zárul. A betegeinket követjük. Idáig 24 betegnél (15 nő és 9 férfi) végeztünk laparoscopos háló beültetéssel rekonstrukciót, egyikük laparoscopos funduplicatio utáni recidív hiatus hernia miatt került műtetre (redo műtét).

Eredmények: A műtét betegeinknél hatékony refluxgátlást eredményezett: mind refluxos panaszai, mind a hiatus herniával összefüggő un. mechanikai panaszai (fájdalom, dysphagia) javultak illetve megszűntek. A betegek életminőségük jelentős javulásáról számoltak be. A hálóval történő rekonstrukciók után ritkán, a hálóra jellegzetes szövődmények alakulhatnak ki. Egy betegnél fél évvel a műtét után láz, fokozódó dysphagia háttérben a nyelőcső lumene felé spontán kiürülő háló körüli tályog igazolódott, melyet a háló műtéti eltávolításával szanáltunk. Az irodalomból ismert, jellemzőnek tartott fokozott hegképződés, strictura egy betegnél alakult ki.

Konklúzió: Mind az irodalmi adatok alapján, mind saját tapasztalataink szerint a műanyag hálóval történő laparoscopos hiatus rekonstrukciók funkcionális eredményei jók, a műtéti megterhelés kisebb és a laparoscopos műtétek ismert előnyei adóttak. Ugyanakkor fel kell hívni a figyelmet a még nyitott kérdésekre is: az indikáció pontosítása, a műanyag háló összetétele, mérete és alakja, a rögzítés módja még további vizsgálatokat igényel. Mivel a recidív típusos helye a nyelőcső mögötti terület, a hálóval történő rekonstrukció obligát eleme kell legyen a retroesophagealis terület adekvat lefedése.

6

COLONIC CLEANSING BEFORE COLON CAPSULE ENDOSCOPY (CCE) – TOLERABLE AND EFFECTIVE?

Balogh G.¹, Székely A.¹, Madácsy L.¹

Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary.¹

Introduction: Recent studies with CCE demonstrated an excellent sensitivity in colorectal polyp detection compared to standard colonoscopy (89%) in a subgroup of patients (pts) with optimal colonic preparation. In contrast, in up to 18% of all pts the colonic cleansing is still ineffective to visualize the entire colonic mucosa with CCE. The aim of the present study was to retrospectively evaluate the colon cleanliness in our CCE pts.

Patients and Methods: We investigated 28 pts (11 female, 17 male, mean age: 49,6 years) with CCE. All pts filled a standardized questionnaire about their defecation habits. We applied a standardized preparation protocol as follows: low fiber diet, 45 ml Fleet Phosphosoda two days before, and a liquid diet combined with 3 liters of PEG one day before the CCE study. For the assessment of colonic cleanliness the modified Boston bowel preparation scale (BBPS) had been applied (graded as 0:poor; 1:incomplete; 2:good; and 3:excellent preparation) in four different colonic regions. Each of the CCE recordings was evaluated by two independent observers.

Results: We found excellent inter-observer agreement of the BBPS. The mean of the BBPS from each bowel segments determined as follows: cecum 1.11, transverse colon 2.29, descending and sigmoid colon 2.39, rectum 1.89. The mean of the overall BBPS scores calculated from all four segments was 7.88. Inadequate colonic preparation (BBPS score under 6) had been documented in 17,9 % of our pts. Regional BBPS scores indicated a significantly better mucosal visualization in the transverse colon and the descending plus sigmoid colon (p=5.4 x 10-8) versus in the cecum and the rectum. The polyp detection rate did not correlated with BBPS (p=0.36). In contrast, a significant correlation could be demonstrated between the defecation habits and the overall BBPS (p=0.02).

Conclusion: Current protocols of bowel preparation for CCE are suboptimal. Individual bowel cleansing with different laxatives or increased volume of PEG with different timing of administration might be necessary to overcome these difficulties.

7

PACEMAKER ELEKTRODA A GYOMORBAN 8 ÉVVEL A SZÍVMŰTÉT UTÁN – ENDOSZKÓPOS ESETISMERTETÉS

Benkő E.¹, Molnár T.¹, Pálkás A.², Palkó A.³, Nagy F.¹, Eszlári E.⁴, Wittmann T.¹

Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Erzsébet Kórház, Hódmezővásárhely², Szegedi Tudományegyetem, Radiológiai Klinika, Szeged³, Szegedi Tudományegyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika és Kardiológiai Központ, Szívsebészeti Osztály, Szeged⁴

A szerző előadásában egy 79 éves férfibeteg esetét ismerteti, akinél 2001 májusában aorta billentyű csere és coronaria bypass műtét történt. 2009 decemberében került Klinikánkra szurokszéklet, anémia miatt. Gastroszkopia során az antrum corpus határon, az elülső falon egy polypoid erosio látszódott, melyből két fémdrótnek imponáló képlet lógott a gyomor lumenébe folyamatos nyálkahártya irritációt okozva a szemközti falon. Az elvégzett mellkas CT a mellürbe is követhető kettős fémszállban a korábbi szívsebészeti beavatkozásból származó külső pacemaker visszahagyott elektrodját valószínűsítette, amit szívsebészeti konzílium is megerősített. Ismételt gastroszkopia során az egyik elektródot sikeresen eltávolítottuk, a másikat a további nyálkahártya károsodás megelőzése céljából visszahajlítottuk. A beavatkozást követően szövődémenyt nem észleltünk, vérzésre utaló jel nem volt.

A gyomorba került idegentestek gasztroszkópos eltávolítása nem ritka eljárás a napi gyakorlatban. Jelen esetünk érdekessége, hogy a gyomorban látott fémszállak a gyomor falának korábbi iatrogén perforációját követően, 8 év panaszmentesség után kerültek felfedezésre egy rutin gasztroszkópia során.

RÖVID TÁVÚ CSONT-ANYAGCSERE VÁLTOZÁSOK INFLIXIMABBAL KEZELÉST KÖVETŐEN CROHN-BETEG GYERMEKEKBEN

Bérczes R.¹, Kövári É.¹, Szabó D.¹, Müller K.¹, Dezsőfi A.¹, Arató A.¹, Veres G.¹

Gasztroenterológia Osztály, Semmelweis Egyetem I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest¹

Bevezetés: A Crohn-betegség (CD) együtt jár a csontanyagcsere kedvezőtlen változásaival. A csontlebontás fokozódó, a csontépítés változatlan vagy csökkent mértéke felnőttekben osteoporosishoz, gyermekekben növekedéskorhoz visszamaradottsághoz és magasabb csonttörési rizikóhoz vezet. Felnőttekben számtalan hazai és nemzetközi vizsgálat igazolta az anti-TNF α terápia (Infliximab (IFX)) kedvező hatását a csontanyagcsere, gyermekekkel kapcsolatban azonban alig van rendelkezésre álló adat.

Célkitűzés: Az I.Sz. Gyermekgyógyászati Klinikán gondozott Crohn beteg gyermekek IFX kezelése során vizsgáltuk a szer csontanyagcserere kifejtett hatását, csontépítési- és lebontási markerek, csontanyagcsereben szerepet játszó hormonok segítségével.

Betegek és Módszerek: A vizsgálatban 10 Crohn-beteg gyermek vett részt. Terápia rezisztens betegségük miatt a 0. 2. 6. héten 5 mg/ttkg IFX iv. terápiában részesültek. Az első mintát a 0. héten, IFX-kezelés előtt, a másodikat a 6. héten vettük le. Elemeztük az osteocalcin (OC), bétacrosslaps (bCL), calcitonin (CT), D3-vitamin (D-vit.), parathormon (PTH) és csont-specifikus alkalikus foszfatáz (bALP) szinteket. Megvizsgáltuk az aktivitási index (PCDAI), a CRP, a Ca szintek változásait is.

Eredmények: IFX kezelés hatására a PCDAI és a CRP értékek szignifikánsan csökkentek. A kezdeti OC medián értéke a 6. hétre több mint duplájára nőtt. A bCL a kezelést követően 836,5 pg/ml-ről 927 pg/ml-re emelkedett. Ezek az Eredmények nem bizonyultak szignifikánsnak. A 6. héten az OC és a bCL között erős szignifikáns pozitív korreláció mutatható ki ($p=0,0011$, $r=0,89$). A bALP a 6. hétre csökkent és erős szignifikáns negatív korrelációt mutat a PCDAI értékkel ($p=0,006$, $r=-0,793$). A D-vitamin szint kiegészítő D-vitamin terápia mellett emelkedett, de még mindig alacsonyabb a normál szintnél.

Következtetés: A IFX terápia kedvezően befolyásolta a PCDAI és a CRP szinteket, a betegek állapotát egyértelműen javította. A rövid távú IFX kezelés a kóros csontparaméterek tendenciós javulását eredményezte. A csontanyagcsere hosszú távú monitorozását tervezzük.

CHARACTERIZATION OF PANCREATIC AND EXTRAPANCREATIC POLYAMINE HOMEOSTASIS IN L-ORNITHINE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Biczó G.¹, Hegyi P.¹, Sinervirta R.², Berczi S.³, Dósa S.³, Siska A.⁴, Iványi B.³, Venglovecz V.⁵, Wittmann T.¹, Takács T.¹, Alhonen L.², Rakonczay Jr. Z.¹

1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Biotechnology and Molecular Medicine, A.I. Virtanen Institute for Molecular Sciences, University of Eastern Finland, Kuopio Campus², Department of Pathology, University of Szeged³, Department of Clinical Chemistry, University of Szeged⁴, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged⁵

Introduction: L-ornithine is a precursor of polyamine synthesis that is essential for cell survival. However, intraperitoneal (i.p.) administration of L-ornithine results in severe acute necrotizing pancreatitis in rats. Aims: To investigate the changes in pancreatic and extrapancreatic (lung and liver) polyamine homeostasis after injection of a large dose of L-ornithine and to test the effects of the stable polyamine analogue methylspermidine (MeSpd) on L-ornithine-induced acute necrotizing pancreatitis.

Methods: Male Wistar rats were injected intraperitoneally (i.p.) with 3 g/kg L-ornithine and/or physiological saline and were untreated, pretreated or treated with 50 mg/kg MeSpd i.p.. Rats were sacrificed after 0-168 h for determinations of pancreatic and extrapancreatic concentrations of spermidine, spermine, and putrescine, and activities of ornithine decarboxylase and spermidine/spermine N1-acetyltransferase (SSAT). Besides measuring polyamine levels and SSAT activity, the severity of pancreatitis was assessed by measuring standard laboratory and histological parameters.

Results: Administration of 3 g/kg L-ornithine paradoxically induced marked pancreatic spermidine catabolism, possibly via activation of SSAT, after (>6h) appearance of first histological signs of acute pancreatitis. In contrast, polyamine levels were generally increased in the lung and liver with the exception of lung spermidine levels which decreased. Pretreatment or treatment with MeSpd did not influence the levels of natural polyamines and SSAT activity and did not alter the severity of L-ornithine-induced acute pancreatitis.

Conclusions: L-ornithine-induced acute pancreatitis was associated with activation of pancreatic polyamine catabolism. However, in this model, polyamine catabolism is unlikely to play a role in the initiation of pancreatic injury. Administration of MeSpd did not affect disease severity.

Supported by OTKA, NKTH, MTA and Academy of Finland.

PREVENTION OF CANCER PROGRESSION WITH BIOACTIVE AGENTS FROM FOOD SOURCES

Blázovics A.¹, Nyirády P.², Szentmihályi K.³, Bekő G.⁴, Székely E.¹, Szűcs M.², Romics L.², Sárdi É.⁵

Department of Pharmacognosy, Semmelweis University¹, Department of Urology and Urooncological Centre, Semmelweis University², Institute of Materials and Environmental Chemistry CRC HAS³, Central Laboratory (Pest), Semmelweis University,⁴ Department of Genetic and Plant Breeding, Faculty of Horticultural Science, Corvinus University of Budapest⁵

Introduction/Aims: Epidemiological, experimental and clinical investigations have shown that food supplements are not effective in cancer therapy because of inappropriate usage in cases of people suffering from cancers with low vitamin and trace element levels. Significant changes of total scavenger capacity, metal element concentrations, bounded HCHO and protoporphyrin as well as Zn-protoporphyrin concentrations in erythrocyte can be observed in cancerous processes, which are very important indexes in tumor anemia. Therefore we have looked for a special supplementation, which improves the erythrocyte function of bone metastatic prostate cancer cases.

Methods: Taxane administered (i.v. 75mg/m² every 3 weeks + 10mg/day p.o. steroid) metastatic prostate cancerous patients (N=18; age=68 $\pm$ 8 years) were treated with *Beta vulgaris L. ssp. esculenta var. rubra* lyophilised powder (Permission No: 1361/004/2003 BFAÉÉ) for a month with 2x10g/day. 27 routine laboratory (Roche/Hitachi MODULAR equipment, Abbott MEIA test), 12 immunological (Randox Biochip Protein Array), 4 biochemical parameters (Jasco FP 6300 fluorometer, Berthold 9105 Lumat luminometer) and bounded HCHO (Shimadzu CS-930 TLC/HPTLC) were measured and 16 element analyses with ICP-OES were carried out. For comparison of results, oneway analysis of variance (ANOVA) was used. Significance level was determined at P<0.05.

Results: Special components (betain, folic acid, Fe, flavonoids, vitamins) of table beet could increase erythrocyte total scavenger capacity and modify element concentrations, improve the transmethylation ability and diminish Zn-protoporphyrin concentration. At the same time VEGF level did not change, although EGF level was higher ($p=0.003$), and PSA- and fPSA-levels were elevated non-significantly after supplementation. The levels of IL-6, CRP, IFNG and MCP1 were decreased in small extent in the sera due to the effect of table beet lyophilised powder.

Conclusion: Long time table beet supplementation must be controlled by gastroenterologists and oncologists. Support: ETT 354/2006, ETT002-02, ETT12/2006

INTESTINAL ENDOTHELIAL DYSFUNCTION MAY HAVE A ROLE IN THE DEVELOPMENT OF MYENTERIC NERVE DAMAGE IN A RAT MODEL OF DIABETES MELLITUS

Bódi N.², Talapka P.², Bagyánszki M.², Rosztóczy A.¹, Fekete E.², Wittmann T.¹, Izbéki F.¹

1st Department of Medicine, University Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, University of Szeged, Hungary²

Background: Our previous studies have demonstrated that the nitrergic subpopulation of myenteric neurons is especially susceptible

to neurodegenerative changes in a streptozotocine-induced rat model of diabetes. The loss of modulatory role of endothelium in capillaries supplying the myenteric plexus has been proposed as a potential mechanism underlying enteric neuropathy. Aim of the present studies was to elucidate the relationship between the diabetes-associated neuronal and vascular damage. Therefore we investigated the quantitative change in nitrergic myenteric neurons, the change in the thickness of basal lamina (BL), the Caveolin-1 (CAV-1) and endothelial nitric oxide synthase (eNOS) expression in capillary endothel in the vicinity of the myenteric plexus.

Materials and Methods: Ten weeks after the onset of diabetes, gut segments of control, streptozotocin-induced diabetic and insulin-treated diabetic rats were processed. The effects of diabetes and insulin replacement on density of nitrergic neurons were evaluated by NADPH-diaphorase histochemistry. The thickness of BL was measured by morphometry and quantitative features of CAV-1 and eNOS was investigated by postembedding immunohistochemistry.

Results: Regionally different susceptibilities of nitrergic myenteric neurons to diabetic damage and their different responsiveness to insulin treatment have been demonstrated. Nitrergic neuronal density decreased by 35% in the duodenum and by 15% in the ileum. Insulin treatment partially prevented the cell loss in the jejunum and completely in the colon. Region-specific thickening of BL and overexpression of CAV-1 and eNOS were documented in diabetic animals, while immediate insulin treatment had a prophylactic effect.

Conclusions: Our data indicate that endothelial dysfunction in the intestine can be an additional pathogenetic factor for the development of neurodegenerative changes in the enteric nervous system and associated deranged intestinal motility demonstrated previously in this model.

Grant support: UMFT-TÁMOP-4.2.2-08/01

12

SELF-EXPANDING METAL STENTS IN MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION. EVALUATION OF 71 CASES IN OUR UNIT

Bördös A.¹, Rábai K.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹

Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹

Introduction: Malignant biliary obstruction occurs due to papillary-, pancreatic-, gallbladder- or bile duct tumors. Unfortunately in majority of cases the diagnosis is late and curative surgery cannot be performed. The best palliative method to resolve the jaundice is the placement of biliary metalstent into the biliary tree to bridge the stenosis.

Patients and Methods: We placed biliary metalstent in 71 patients suffering inoperable malignant biliary obstruction in the last 2.5 years. There were 32 men, 39 women, median age: 72 (45-97) years. The indications were: 44 tumor of the head of the pancreas, 17 Klatskin-tumor, 4 gallbladder tumor with bile duct expansion, 3 hepatocellular cancer with biliary propagation and 1-1 patient with tumor of papilla of Vater, duodenal neuroendocrine carcinoma and biliary metastasis of a lung cancer. We applied 57 covered and 14 uncovered stents depending on the previous cholecystectomy. The length of the stents were between 50-104 mm. We always performed biliary papillotomy before stent placement. There were 15 cases with elevated amylase after ERCP, all of them normalised within 3-4 days. We also had two mild cholangitis. The median follow up was 19.3 weeks. Repeated biliary obstruction developed in 11 patients (at av. 11.9 weeks) due to tumor ingrowth or overgrowth. These late complications were managed by insertion plastic stents/another biliary metalstent into the occluded metalstent and by percutaneous route in one case.

Conclusion: Biliary metalstent placement is a safe and effective palliative treatment modality offering good long term Results in patients with inoperable malignant biliary obstruction.

13

COLITIS ULCEROSA KEZELÉSE SUBTOTÁLIS COLECTOMIA UTÁN

Boros A.¹, Perduk A.², Bély M.³, Gelley A.¹

Belgyógyászati, Gasztroenterológiai Osztály, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest ¹, Sebészeti Osztály, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest ², Patológiai Osztály, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest ³

Bevezetés: A colitis ulcerosa kezelése végső esetben total colectomiával történhet, azonban bizonyos esetekben elégséges lehet a subtotalis colectomia is, további konzervatív ellátással kiegészítve.

Ötven éves férfi betegünk 5 éve ismert colitis ulcerosában szenved. azathioprin bázisrápára felépítése mellett adenoid, pseudopolyposis nyálkahártya hyperplasia mutatkozott, mely klinikailag ileussal járó sztenózishoz vezetett. Akut ellátásként subtotalis colectomia történt; sigma – ileum vég a véghez anasztomózzal, 50 cm-es vastagbélszakasz megtartásával. A szigma bélen továbbra is fennállt a pseudopolyposus elváltozás, azonban az azathioprin kezelés 2,5 mg /tskg-ra (esetünkben 200 mg/nap) emelése után az érintett bél szakasz remisszióba került, és jelenleg is 2. éve inaktív állapotban van.

Következtetés: Betegünk története azt mutatja, hogy a subtotalis colectomia – megfelelő, hatékony, és folyamatos immunmoduláns kezeléssel - jobb életkörülmények mellett fenntartható remissziót eredményezhet.

14

AKCIDENTÁLISAN FELISMERT INTRAABDOMINALIS TERIME – CASTLEMAN BETEGSÉG – PREOPERATÍV EMBOLIZÁCIÓT KÖVETŐ LAPAROSCOPOS ELTÁVOLÍTÁSA

Brenner B.¹, Róza B.¹, Máté M.¹, Bánsághi Z.², Bardóczi E.³, Bálint A.¹

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil ¹, Képző Diagnosztikai Osztály ², Patológiai Osztály, Budapest ³

Bevezetés: A Castleman betegség az ún. atípusos lymphoproliferatív kórképek közé tartozik. Klinikailag lokalizált és szisztémás változatát, szövettanilag hyalin-vascularis, plasmasejtes és kevert vagy intermedier típusát különíthetjük el. Az esetek többsége lokalizált típusba tartozik, jellemzően fiatalokon alakul ki és klinikailag gyakran tünetmentes. Lefolyása többnyire benignus. A ritkábban jelentkező multicentrikus forma az idősebbeket érinti, általános tüneteket okoz, generalizált lymphadenomegalia, hepatosplenomegalia, központi idegrendszeri tünetek, vese és májérintettség, anaemia, polyneuropathia, autoimmun jelenségek kísérhetik. Gyakran lymphoma kialakulásával jár, lefolyása malignus.

Esetismertetés: Egy 60 éves nőbetegnél felhasi fájdalom miatt végzett kivizsgálás kóros eltérést nem talált, a hasi UH a bal alhasban térfoglaló folyamatot írt le. Hasi CT a bal csípőlapát magasságában talált 41x35 mm erősen vascularisált terimét. Preoperatív angio-CT leírta a terime érellátását: arteriás ellátást az art. mes.inf.-ból kapta, fő vénája a vena mes. inf.-ba ömlött. A vizsgálat során az arteriát mikroszpirálokkal sikerült elzárni. A vizsgálatot követő napon a mesosigma területén talált körülírt terimét az érkepletek klippekkel történő ellátása után laparoscopus úton eltávolítottuk. A specimen szövettani vizsgálata Castleman betegséget (hyalin-vascularis típus) igazolt. A postoperatív időszak eseménytelenül telt el, a beteg gyógyult. Ezt követően végzett nyaki, mellkasi és hasi CT lymphadenomegáliát illetve egyéb kóros eltérést nem talált. A beteg onkológiai gondozás alatt áll.

Megbeszélés: Esetünket a kórkép ritkasága miatt, valamint az interdisziplináris együttműködés eredményes példájaként tartottuk bemutatásra érdemesnek. A daganat 4 mm átmérőjű vascularis képletei (tápláló arteria és vena) önmagukban illetve az arteria és vena mesenterica inferior rendszerhez való szoros közelségük miatt komoly vérzéskockázatot jelentettek. A sikeres embolizáció jelentősen csökkentette az intraoperatív vérzéses szövődésmény kockázatát.

15

ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTEK A DAGANATOS PALLIÁCIÓBAN.NEHÉZSÉGEK ÉS TAPASZTALATAINK A MINDENNAPOS GYAKORLATBAN.

Burai M.¹, Tarpay A.¹, Pap A.¹

Gastroenterológia,Országos Onkológiai Intézet ,Budapest ¹,

Bevezetés:A nyelőcső-,gyomor,epe- és hasnyálmirigy tumorok palliációjában az öntáguló fémstentek (SEMS) alkalmazása a preferált beavatkozás,mivel alacsony a szövődésmény és magas a sikerességi rátájuk,relative költséghatékonyak.Speciális beteganyagunkból adódóan sok esetben új technikát igényel a probléma megoldása az endoszkópos team számára.Nyelőcső SEMS esetében leggyakoribb probléma a migráció,melyet jól menedzselhetünk haemoklippel történő rögzítéssel. Epeúti stentek esetében legtöbbször a cholangitis okoz problémát,melynek kezelésére igen hatékony a nasobiliaris lavage.

Gyakran gondot jelent SEMS késői elzáródása, mely legtöbbször a fedetlen stenteknél jelentkezik. A rekanalizáció legelterjedtebb módja a plastic stenttel történő áthidalás, azonban egyre több irodalmi adat támasztja alá a második fémstent előnyét, ha a várható túlélés meghaladja a 3-4 hónapot. Néhány esetben azonban a bevont SEMS-tel rekanalizált epeút is igen gyorsan újra elzáródott.

Beteganyag: Az Országos Onkológiai Intézet Gasztroenterológiai Osztályán a 2007-től 2010.03.-ig 12 nyelőcső, 59 epeúti és 1 pancreas SEMS implantációját végeztük. A nyelőcső stentek közül 25% -ban helyeztünk fel haemooklippt. Részleges migráció mindössze 3 esetben fordult elő, 2 esetben túlnövés miatt tápszondát helyeztünk le. Láz, vagy látható gennyürülés esetén rutinszerűen helyeztünk fel nasobiliaris draint közvetlenül epeúti SEMS implantáció után. A folyamatos isotóniás sóoldattal, vagy jódos oldattal folytatott lavage mellett lehetőségünk volt ismételt epeminta vételre és célzott kezelésre. Epeúti fémstent tumoros elzáródása miatt 11 betegben implantáltunk második, két esetben 3. fémstentet a korábbi SEMS-be. Legtöbbször az újabb SEMS megoldotta az obstrukciót, néhány esetben azonban váratlanul rövid időn belül ismétlődött az elzáródás.

Konklúzió: Az öntáguló fémstentek klippelése hatékony módszer lehet a migráció megelőzésére. Nasobiliaris drain behelyezése szükséges lehet SEMS esetén is. Tumor benövés kezelésére a

16

DATA ON SURVIVAL AFTER SURGERY FOR PANCREATIC CANCER

Bursics A.¹, Fekete A.¹, Köveskúti Á.¹, Lauf L.¹, Megadja B.¹, Pápai Z.², Gyökér T.³

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery ¹, National Health Center, Department of Oncology ², National Health Center, Department of Gastroenterology³

Introduction: Pancreatic cancer has poor resectability rate and even poorer survival. Recently we experienced rise in resectability rate. We still lack the data from Hungary upon the actual survival.

Patients: Between January 2007 and February 2010 we operated 44 patients for pancreatic cancer. 2 patients died after surgery and we lost other 2 for follow up. From the 40 patients we followed 25 had resection with curative intent. In 15 patients we just performed palliation. After surgery patients were considered for adjuvant or palliative chemotherapy (mostly gemcitabine monotherapy). The mean follow up was 14 months. The mean follow up time was 15 months for resection and 10 months for palliation. At the end of the follow up time 18 patients (72%) are alive in the resection group whereas 8 patients (53%) are alive in the palliation group.

Conclusion: Our initial data show superior survival after curative surgery for pancreatic cancer. Data after longer follow ups are still awaited.

17

TÉVEDÉSI LEHETŐSÉGEK AZ IBD ANÁLIS, PERIANÁLIS MEGJELENÉSÉBEN

Csatár E.¹

Procto-Med Coloproctológiai Magánrendelés Budapest ¹

A Crohn betegség analís megjelenése 25%, vékonybél érintettség mellett, 50-80% vastagbél érintettség esetén.

Az analís tünetek jelen lehetnek a betegség egyéb megnyilvánulásával egy időben, követheti azt, de 20-36%-ban megelőzi. A Crohn betegség analís tüneteinek korai felismerésében felelőssége van a proktológusnak.

Az analís tünetek megjelenési ideje, típusa, súlyossága általában nincsen összhangban az alapbetegség súlyosságával.

A jellegzetes tüneteket az analís szivárgó váladékozás, következményes perianális gyulladással, duzzadt un. elefántfül carunculák, fájdalomtalan, gyógyhajlatot nem mutató fekélyek, visszaterő tályogok, sipolyok, pseudopolypok az analís csatornában, illetve az analís striktúrák, rigid végbélnyílás, esetleg inkontinenciával melyeket betegeink kapcsán képeken keresztül szeretném bemutatni az elváltozásokat.

Különösen fontos a differenciáldiagnosztika kérdése, mely szerint el kell különíteni a hidradenitis suppuratívától, az analís TBC-től, az analís tumoroktól, valamint HIV fertőzés okozta eltérésektől..

18

PROMOTORMETHYLIERUNG VON TUMORSUPPRESSORGENEN BEIM HEPATOZELLULÄREN KARZINOM

Csepregi A.¹, Malfertheiner P.²

Klinik für Innere Medizin, Hufeland Klinikum GmbH Bad Langensalza ¹, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg ²

Hintergrund: Die meisten Lebertumoren werden erst in einem fortgeschrittenen Stadium diagnostiziert. Die epigenetischen Mechanismen, die der Hepatokarzinogenese zugrunde liegen, sind weitgehend unbekannt.

Ziel: Bei Patienten mit Lebertumoren (HCC, CCC und Lebermetastasen) die Promotormethylierung bekannter, aber bislang funktionell in der Hepatokarzinogenese noch nicht gut definierten Gene zu untersuchen.

Patienten & Methoden: Eine Methylierungsanalyse von 10 Tumorsuppressorgenen (CDKN2A, APC, DAPK, GSTP1, TPEF/HPP1, TIMP3, CDH1, O6-MGMT, hMLH1 und ALX4) wurde bei Patienten mit Lebertumoren oder chronischer Hepatitis C mit zwei Methoden (MSP und MethyLight) durchgeführt. Die Proteinexpression wurde mit Immunhistochemie analysiert.

Ergebnisse & Schlussfolgerung: Die erhaltenen Ergebnisse zeigen, dass der Verlust der p16-Expression mit der Hypermethylierung des CDKN2A(p16)-Promotors in Patienten mit HCC häufig assoziiert ist. Der Nachweis der Methylierung mittels „MethyLight“-Assay könnte demnach ein diagnostischer Biomarker zum Nachweis des HCC darstellen. Darüberhinaus scheint die Stärke der p16-Expression bei den nichtmalignen Gewebeproben Evom Fibrosegrad der Leber abhängig zu sein.

Der APC-Promotor zeigte sich bei Patienten mit HCC hochgradig methyliert. Die Promotormethylierung des APC-Gens scheint in der Hepatokarzinogenese von Bedeutung zu sein. Ein methylierter Promotor war jedoch auch in den Nichttumor-Proben nachweisbar, dessen physiologische Bedeutung zur Zeit unklar ist.

Die Promotorregion des O6-MGMT-Gens war bei mehr als der Hälfte der untersuchten Patienten mit chronischer Hepatitis C methyliert. Bei Vorliegen einer fortgeschrittenen Leberfibrose stieg sogar die Prävalenz der Promotormethylierung des Enzyms auf 77% an. Die Inaktivierung des Enzyms durch Promotormethylierung könnte eine Rolle in der Hepatokarzinogenese bei chronischer Hepatitis C spielen. Eine ähnliche Prävalenz der Methylierung ließ sich aber in den HCV-induzierten HCC-Proben nicht mehr nachweisen. Bei Leberzirrhose und HCC war eine tendenziell verminderte Expression von O6-MGMT zu beobachten.

19

EGY VIZSGÁLATI LELET ÉS AMI MÖGÖTTE REJLIK

Csoszánzki N.¹, Machnitz J.¹, Karádi Z.¹

Semmelweis Egyetem Budapest II.sz. Gyermekklinika ¹

3 különböző típusú kórképpel klinikánkon kezelt beteg esetének bemutatásával az intestinalis és portalis pneumatosis leltére szeretnénk felhívni a figyelmet.

Az intestinalis pneumatosis jelensége, mely igen gyakran társul portalis pneumatosisal, korábbiakban elsősorban a koraszülött újszülöttek necrotisalo enterocolitisében vált ismertté. A képalkotó vizsgálatok kiterjedt alkalmazása mellett azonban az utóbbi időkben ezen jelenségek ennél lényegesen változatosabb előfordulására derült fény, a súlyos septikus állapotot kísérő megjelenéstől, a klinikailag tünetszegény előfordulásig.

Első bemutatandó betegünk esetében a gyermek csecsemőkori szűrő UH vizsgálata során derült fény intestinalis pneumatosis fennállására, melynek differenciál-diagnosztikus kivizsgálása során tehéntejfehérje allergia fennállására derült fény. Második betegünk esetében a multiplex fejlődési rendellenességű gyermeknél súlyos septikus állapot alakult ki, melynek egyik jól látható, és követhető tünete a portalis pneumatosis volt. harmadik betegünk esetében cytotatikus kezelés mellett kialakult granulocytopeniás colitis során volt UH vizsgálattal kimutatható a bél falon belüli és a portalis keringésben levegő felszaporodása, melyet CT vizsgálata még érzékenyebben igazolt.

20

AUTOIMMUNE PANCREATITIS IN HUNGARY. A MULTICENTER NATIONWIDE STUDY

Czakó L.¹, Takács T.¹, Gyökeres T.², Dubravcsik Z.³, Szepes A.³, Topa L.⁴, Pap A.⁵, Földesi I.¹, Tiszlavicz L.⁶, Wittmann T.¹,

1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Gastroenterology, State Health Centre², Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital³, Department of Gastroenterology, Szent-Imre Hospital⁴, Department of Gastroenterology and Endoscopy, National Cancer Institute⁵, Department of Pathology, University of Szeged⁶

Background: Most cases of autoimmune pancreatitis (AIP) have been reported from Japan. The aim of the present study was to assess the clinical features and management of AIP cases in Hungary.

Methods: The demographics, clinical presentation, laboratory and imaging findings, extrapancreatic involvement, treatment response and recurrence were assessed in the first 10 patients diagnosed with AIP in Hungary.

Results: The median age at presentation was 44 years (range: 19-74); 50% were men. New-onset mild abdominal pain (90%), weight loss (50%) and jaundice (30%) were the most common symptoms, with biliary strictures and ulcerative colitis as the most frequent (30%) extrapancreatic manifestations. Diffuse pancreatic swelling was seen in 7 patients (70%), and a focal mass in 3 (30%). Pancreatic duct strictures were present in all 10 patients. The serum immunoglobulin-G4 level was elevated in 66% at presentation. All the percutaneous core biopsies (3 patients) and surgical specimens (2 patients) and in 2 out of 4 cases the biopsy of the papilla of Vater revealed the typical characteristic findings of AIP: diffuse lymphoplasmacytic infiltration, marked interstitial fibrosis, and obliterative phlebitis. A complete response to steroid treatment was achieved in all 10 patients. Because of the suspicion of pancreatic tumor, 2 patients with focal AIP underwent partial pancreatectomy. Recurrences were not observed. The Japanese Pancreas Society diagnostic criteria for AIP were fulfilled in 80% of these cases.

Conclusions: In this first Hungarian series, we have confirmed several findings previously reported in AIP. The occurrence in young patients and the lack of a male preponderance were interesting features of AIP in this series. The response to immunosuppressive therapy was excellent. The performance of percutaneous biopsy is highly recommended.

21

MEDIUM TERM EFFICACY AND SAFETY OF ADALIMUMAB THERAPY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE. NATIONAL DATA FROM HUNGARY

Czegledi Z.¹, Miheller P.², Molnar T.³, Lakatos L.⁴, Vincze A.⁵, Palatka K.⁶, Gasztanyi B.⁷, Salamon A.⁸, Horvath G.⁹, Szamosi T.¹, Tulassay Z.², Papp M.⁶, Kiss L.¹⁰, Papp J.¹⁰, Lakatos P.¹⁰,

Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Medicine, Szeged University, Szeged, Hungary³, 1st Department of Medicine Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary⁴, 1st Department of Medicine, University of Pecs, Pecs, Hungary⁵, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁶, Department of Medicine, County Hospital of Zala, Zalaegerszeg, Hungary⁷, Department of Gastroenterology Szekszard County Hospital, Szekszard, Hungary⁸, Department of Internal Medicine, Miskolc County Hospital, Miskolc, Hungary⁹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹⁰

Background/Aims: Adalimumab is a fully human monoclonal antibody targeting tumor necrosis factor with proven efficacy in the treatment of Crohn's disease in clinical trials. In the present study our aim was to investigate the short and medium term efficacy and side effects during induction and maintenance adalimumab therapy in patients with Crohn's disease in specialized centers approved for biological therapy in Hungary until the 1st of November 2009.

Methods: Data of 139 CD patients were analyzed. (male/female: 61/78, mean age: 34.4 years, duration: 10.5 years). Indication for biologic therapy was active luminal disease in 81 (58.3%) and fistulizing disease in 58 (41.7%) patients. Previous infliximab therapy was given in 68 (48.9%) patients. Concomitant immunosuppression was given to all patients at induction therapy (steroid 56 (40.3%), azathioprine: 101 (72.7%) or combined: 38 (37.7%)). Medical records were captured prospectively and analyzed retrospectively.

Results: After induction therapy (at week 4) only 8 patients were considered primary non-responders. At 12-, 24- and 52 weeks the

overall clinical response rate was 86.8% (n=129), 73.3% (n=116) and 59.6 (n=89), while 51.2%, 51.7% and 41.6% patients achieved clinical remission. Need for combined concomitant immunosuppression at induction was associated with worse 52-week outcome (remission: 19% vs 48.5%, p=0.004). Disease duration, location, behavior, perianal disease, CRP, endoscopic severity or induction dose were not associated to medium term response or remission. Complications: 5 abscesses, two herpes zoster infections and one CMV colitis. Two patients had a psoriatic skin reaction.

Conclusion: The short and medium term 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.

22

CROHN BETEGSÉG TALAJÁN KIALAKULT INTESZTINÁLIS CARCINOMÁK

Czegledi Z.¹, Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Rábai K.¹, Lestár B.², Jackel M.³, Banai J.¹,

Állami Egészségügyi Központ Gasztroenterológia Osztály¹, Állami Egészségügyi Központ II. Sebészeti Osztály², Állami Egészségügyi Központ Patológia Osztály³

Annak ellenére, hogy a colitis ulcerosa és a colorectalis carcinoma közötti összefüggésre már a múlt század első felében felhívták a figyelmet, majd a későbbiekben ez több vizsgálatban is bizonyítást nyert, a Crohn betegség talaján kialakuló intestinális daganatok rizikóját nagyobb betegségekre csak az utóbbi évtizedekben vizsgálták. Ezen vizsgálatok alapján fokozott vastagbél carcinoma kockázat állapítható meg Crohn colitis valamint ileocolicus Crohn betegség esetén. A vékonybél érintő Crohn ugyan a vastagbél carcinoma kockázatát nem fokozza, de a vékonybél adenocarcinoma rizikója –a gyulladás kiterjedésétől függetlenül– egyértelműen magasabb.

Az AEK 2007-es megalakulása óta osztályunkon kezelt Crohn betegek anyagát tekintettük át az intestinális carcinomák megjelenése szempontjából. Ezeket összegezve 3 betegnél vastagbél adenocarcinoma (ebből egy betegnél ezzel párhuzamosan vastagbél neuroendokrin tumor), egy betegnél vékonybél adenocarcinoma, egy betegnél pedig a korábban Crohn betegség miatt végzett rezekció ileocolicus anasztomózisában kialakult adenocarcinoma került diagnosztizálásra. Minden beteg 60 év alatt volt. 3/5 betegnél nem volt korábban diagnosztizálva a Crohn betegség. A családi anamnézisen egy betegnél szerepelt vastagbél adenocarcinoma, egy másiknál pedig Crohn betegségről. PSC mint fokozott carcinoma kockázati tényező egy betegnél állt fenn, korábban ismert vastagbél szűkület két esetben volt. Amellett, hogy mind az 5 beteg műtetre került, a műtét előtti vizsgálatok csak 3 betegnél utaltak malignitásra.

Mivel osztályunk IBD centrumként működik, így a szövődmenyes esetek megjelenéséből populáció szintű incidencia nem számítható. Azonban eseteink is alátámasztják a nemzetközi irodalomból ismert carcinoma rizikót növelő tényezők, mint a pozitív családi anamnézis, a PSC jelenléte, a dohányzás és az ismert colon szűkületek jelentőségét és ezek jelenléte esetén a betegek kiemelt követésének a fontosságát. A Crohn betegség szövődmenyeként megjelenő malignitások diagnosztizálásban és kezelésében különösen fontos hangsúlyt kap a gasztroenterológus, patológus és sebész együttműködése.

23

NHE1 REGULATES MIGRATION IN HUMAN GASTRIC MYOFIBROBLASTS

Czepán M.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Schnúr A.¹, Lázár G.², Simonka Z.², Tiszlavicz L.³, Németh L.³, Venglovicz V.⁴, Varró A.⁵, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Lonovics J.¹,

University of Szeged, First Department of Medicine¹, Department of Surgery², Department of Pathology³, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy⁴, University of Liverpool, Department of Physiology⁵

Background & Aims: Myofibroblasts play central roles in wound healing, repair of the extracellular matrix and epithelial proliferation. To achieve the above mentioned functions they actively migrate in the subepithelial matrix. These cells can face different acid or alkali loads which can influence their function. Our aim was to characterize the

effects of one of the major acid/base transporters, the Na⁺/H⁺ exchanger (NHE), on the migration of human gastric myofibroblasts.

Methods: Myofibroblasts were isolated from human gastric resection tissue (n=12). Cells from each preparation were stained for α -smooth muscle actin (α -SMA) and vimentin to monitor purity. The localization of NHE1, 2 and 3 isoforms were visualized with immunocytochemistry (IC). In order to measure the intracellular pH (pHi) changes, myofibroblasts were loaded with the pH-sensitive fluorescent dye BCECF-AM. Reverse transcription PCR (RT-PCR) was performed to investigate the mRNA expression of NHEs. Scratch wound migration assays were applied to test the effect of NHE inhibition on basal and insulin-like growth factor (IGF) II-stimulated migration.

Results: Myofibroblast cultures with >99% α -SMA and vimentin-positive cells were used. RT-PCR experiments revealed that NHE1, 2 and 3 mRNA are expressed in myofibroblasts, whereas, IC showed that these transporters are localized to the plasma membrane. The functional activities of NHEs were proven using selective NHE inhibitor HOE642. Microfluorimetry showed that NHE1 is responsible for 83±5%, NHE2 for 11±1% and NHE3 for 1.5±0.8% of all Na⁺/H⁺ exchange activity. IGF-II significantly stimulated cell migration, whereas, 1 μ M HOE642 (inhibitor of NHE1) completely abolished this stimulatory effect of IGF-II. Inhibition of NHE1 activity alone had no effect on the migration of myofibroblasts.

Conclusions: Human gastric myofibroblasts express functionally active Na⁺/H⁺ exchanger isoforms 1, 2 and 3. The functional activity of NHE1, which is the most active isoform, is necessary for IGF-II-stimulated migration of myofibroblasts in vitro.

This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

24

Results WITH SHORT-TERM AND LONG-TERM FIBER RESTRICTED DIET IN THERAPY-RESISTANT CONSTIPATION WITH SEVERE PAIN

Czimmer J.¹, Szabó L.¹, Felföldi F.², Vincze A.¹

Fist Dept. Of Medicine, Clinical Centre, University of Pecs, Hungary¹, Gastroenterology Ward, Balassa Janos Tolna County Hospital, Szekszard, Hungary²

Background. The treatment of colonic inertia, when well documented and assuming failure of an aggressive and prolonged trial of laxatives, fiber, and prokinetics, is total colectomy with ileorectal anastomosis (Pemberton JH et al 1991). Surgical procedures are designed to treat difficult and infrequent evacuation and associating symptoms (e.g. abdominal pain and bloating) not necessarily being relieved by achieving regular defecation. Results with surgery of defecation abnormalities are relatively poor.

AIM of this retrospective study was to investigate result of short-term (1 month) or long-term (6 month) very-low-fiber diet in patients with constipation resistant for conventional therapeutic trials.

Results. 15 patients with severe constipation were studied and given short-term zero-fiber diet. Some of them (n=12) needed long-term low-fiber diet. Others (n=3) did not tolerate low fiber diet for more than 1 month. In the short-term 3 of the patients reported complete relief of pain, 6 of them had improvement. 9 of 15 got normal frequency of stool. In the long term 1 of 15 patients reported complete relief of pain, 3 of them had improvement. 8 of 15 got normal frequency of stool.

Conclusions. Zero-fiber diet is not in the therapeutic protocol of severe constipation, but it seems to increase stool frequency on a short-term basis, similarly to long-term low-fiber diet, however fiber restriction was not effective in pain-relief.

25

EGY ELFELEDETT BETEGSÉG - AZ INTESTINALIS TUBERCULOSIS EGY ESETÜNK KAPCSÁN

Czirják K.¹, Vén L.¹, Francz M.², Rácz F.¹, Szegedi J.¹

I. sz. Belgyógyászati Osztály, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza¹, Patológiai Osztály, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza²

Bevezetés: A tuberculosis a Mycobacterium tuberculosis, egy karcosú saválló baktérium által okozott fertőzés következtében kialakuló megbetegedés. A betegség előfordulási gyakorisága csökken – a rendelkezésre álló adatok alapján 2000-től 2008-ig a betegség prevalenciája folyamatosan csökkenést mutat. A primer tuberculosis szinte minden esetben a tüdőben jelenik meg. Kezeletlen formában

szinte valamennyi szerv ill. - szervrendszer érintettsége kialakulhat. Az intestinalis érintettség igen ritka megjelenési forma, tünetei jellegtelene – gyengeség, fáradékonyság, krónikus hasmenés, hasi colica, fogyás, láz, anaemia. Makroszkóposan fungos vagy ulceratív formákban jelentkezhet, az előrehaladott betegség falmegvastagodással járhat, mely Crohn – betegség vagy malignus folyamat képét utánozhatja.

Esetismertetés: Esetünkben egy 39 éves férfibeteg került felvételre gastrointestinalis vérzés miatt. Anamnézisében májelégtelenség és felszívódási zavarok miatti kezelés szerepel. Gastroscopos vizsgálattal a felső gastro-intestinum területén vérzésforrás nem volt látható. Colonoscopia során a sigmabélben egy vérző polypust találtunk, továbbá a flexura lienalis és hepatica területén egy-egy tumorosnak imponáló elváltozást. Habár vérzését megszüntettük, anaemiáját rendeztük, septicus állapot következtében betegünk exaltált. A sectio során a pulmokban és a májban tuberculosus elváltozásokat írtak le, a látott kép alapján malignus folyamat a vastagbélben nem volt látható, a tumoros laesiókat Crohn-betegségnek vélelmezték. A postmortem szövettani vizsgálatokkal igazolódott, hogy a bélben és a májban talált laesiók a tuberculosis manifestációjának feleltek meg.

Következtetések: A tuberculosis relatíve ritka megbetegedésnek számít, elsősorban a pulmonalis érintettséggel találkozhatunk. Esetünkkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy esetenként az intestinalis tuberculosis lehetőségére is gondolnunk kell, figyelembe véve, hogy a betegség incidenciája csökken.

26

CLINICAL RISK STRATIFICATION WITH SCORING SYSTEMS IN PEPTIC ULCER BLEEDING

Dancs N.¹, Szalai M.¹, Tőrek D.¹, Horváth Z.², Rácz L.¹

Ist Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹, Department of Mathematics and Computational Sciences, Széchenyi István University, Győr²

Background and aim: Acute peptic ulcer bleeding is still a serious clinical problem leading to significant morbidity and mortality. To identify high risk patients clinical and endoscopic scoring systems are available like Baylor and Rockall scores as well as the Forrest classification. The aim of this study was to evaluate the usefulness of those two clinical scores and Forrest classification grades in prediction of clinical outcome in acute ulcer bleeding patients during our daily routine practice.

Methods: During a five year period (2004-2008) emergency endoscopy within 24 hours detected gastroduodenal ulcers as bleeding sources in 333 cases. Endoscopic hemostatic therapy (EHT) attempts were performed and patients with primary hemostasis were admitted to our high dependency ward.

Rebleeding was defined by repeated appearance of haematemesis or melaena or by Hb drops more than 2 g/dl or reappearance of haemodynamic instability and also by the need of repeated EHT during scheduled second look endoscopy. Based on the recorded data and clinical parameters Baylor and Rockall scores were calculated. The sensitivity and specificity to indicate adverse outcomes, including rebleeding, need for surgery, and mortality were analyzed on the basis of clinical scores and the Forrest grades of ulcers during the emergency endoscopy.

Results:

Prediction	of	clinical	outcome	measures	according
Baylor	and	Rockall	scores	and	Forrest
n=333					grades
		Forrest	Ia,b,	Baylor score	Rockall score
		Ia	(n=135)	≥ 10	≥ 8
		(n=135)		(n=175)	(n=28)
Rebleeding	sensitivity	64%		67%	19%
	specificity	65%		51%	94%
Surgery	sensitivity	63%		59%	22%
	specificity	63%		48%	93%
Mortality	sensitivity	42%		74%	32%
	specificity	60%		49%	93%

Conclusion: Endoscopy scores indicating high risk stigmata of recent hemorrhage (Forrest Ia,b, IIa) are not inferior to Baylor and Rockall scores to predict adverse outcomes of ulcer bleeding patients.

27

GASTRIC STASIS AND TRANSIT DISORDER CAUSED BY A BOCHDALEK HERNIA – AN INTERESTING ANATOMICAL SITUATION

Dede K.¹, Nagy P.¹, Zaránd A.¹, Csikós D.², Taller A.², Jakab F.¹,
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti Osztály ¹,
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Gasztroenterológiai Osztály ²

Bochdalek hernia is a congenital defect of the diaphragm. Predominantly diagnosed and repaired in children, but frequently occurs in adults. Asymptomatic incidental Bochdalek hernias in adults usually diagnosed on routine X-ray examinations. The complaints of the hernia in adults usually caused by the hernialisation of an abdominal organ and diagnosed during urgent surgery. The hernias of the diaphragm can be managed by open surgery, laparoscopy or thoracoscopy depending on the position of the hernia and on the complications. Thoracic approach usually used by right-, abdominal approach recommended by left side hernias.

Authors review the case of a 47 years old female patient, who had a gastric stasis and transit disorder caused by a Bochdalek hernia. The curiosity of the case is that the periodic gastric stasis occurred not because of the hernialisation of the stomach. The reason of the transit disorder was a rare anatomical situation caused by the hernialisation of the colon transversum. After the repair of the hernia the recovery of the patient was uneventful.

Authors opinion is that this situation is a rare cause of gastric stasis. Authors previously had no similar case and found no similar reports in the literature.

28

PRESENTATION WORKING PRINCIPLE CLEANTOP® WM-S DISINFECTION DEVICE

Dieter H.¹, Lendvai G.²,
CBC (Deutschland) GmbH, Düsseldorf ¹, OMCH Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest ²

Introduction

Endoscope disinfection (description, 1 slide)

Agents commonly used in disinfection (1 slide)

Issues with chemicals used in endoscope disinfection

Application fields of Electrolyzed Acid Water (EAW)

Principle and characteristics of EAW

Disinfection Performance and microbiological efficacy of EAW

Various in vitro and in vivo (clinical) study **Results**

(number of slides to be decided upon time)

Environmental, human safety and material compatibility of EAW

Toxicological safety

Operational safety

Material compatibility

Comparing of costs of commonly used disinfection machines and

Cleantop WM-S

29

ÓRIÁS SZÖNYEG-POLYP DARABOLÓ POLYPECTOMIÁJA A RECTUMBAN

Dózsa L.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹,
Gasztroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest ¹

Bevezetés: A vastagbélben előforduló polypok rákelőző állapotok. Időben történő eltávolításukkal a vastagbélrák kialakulása megelőzhető. A nyeles polypok és a lumenbe jelentősen bedomborodó sessilis polypok mellett nem ritkán akár igen nagyra is megnövő, villosus jellegű, laposan elterülő szőnyegszerű polyp is előfordulhat, főként a végbélben. Tünetként leggyakrabban véres székletürítés hívhatja fel rá a figyelmet. Lokalizációja miatt gyakran ujjal is tapintható. A képlet oldalirányban terjedve jelentős méretűre nőhet

anélkül, hogy rosszindulatúan átalakulna. Eltávolítása történhet sebészi úton, endoszkópos mucosectomy (daraboló polypectomia), vagy endoszkópos submucosus dissectio (ESD) módszerrel. Eset: Egy 84 éves nőbeteg végbélből származó friss vérzés miatt került felvételre. Az ujjal is tapintható képlet előzetes szövettani vizsgálata nem igazolt malignitást, az aláfiltrálásra jó „elemelkedési jelet” mutatott. Az ESD várhatóan időigényes volta miatt a polyp eltávolítására a daraboló polypectomia módszerét választottuk. A kb. 5x6 cm-es, lapos, részben redő mögötti polyp maradéktalan eltávolításához többszörös submucosalis injektálást, nagyobb és kisebb fejű polypectomiás kacsot alkalmaztunk. A nagyméretű végbél elváltozás teljes eltávolítása 30 percet vett igénybe. **Megbeszélés:** A végbélből elsöre ijesztő megjelenésű és méretű „szőnyegpolypok” is eltávolíthatók endoszkóposan, megfelelő technikával végzett daraboló polypectomiával, megkímélve a beteget mind a sebészi eltávolítás nagyobb invazivitásától, mind az endoscopy submucosus dissectio időrablól voltától.

30

COMPARISON OF THE OUTCOME OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (ABP) TREATED WITH ERCP AND BILIARY SPHINCTEROTOMY WITH OR WITHOUT SMALL CALIBER PANCREATIC STENTS – NONRANDOMIZED, PROSPECTIVE, DUAL CENTER TRIAL

Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Fejes R.², Virányi Z.¹, Hausinger P.¹,
Balogh G.², Székely A.², Madácsy L.²,
Department of Gastroenterology and Endoscopy, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Hospital, Kecskemét ¹, First Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár ²

Introduction: Recently the feasibility and safety of small caliber pancreatic duct (PD) stenting has been described in patients with acute biliary pancreatitis (ABP) but difficult sphincterotomy. The aim of the present prospective, nonrandomized study was to assess the outcome of PD stenting added to endoscopic sphincterotomy (EST) compared to conventional EST and stone extraction in patients with ABP.

Methods: During the last year 116 pts with ABP referred to emergency ERCP in our endoscopy units. Non-alcoholic pts with ABP associated with biliary abnormalities on US (gallbladder stones or dilated CBD) and concomitant early elevation (>1.5N) of obstructive LFTs were selected. In 59 ABP pts successful ERCP, EST, and stone extraction were performed (control group). In the remaining 57 pts (PD stent group) EST, stone extraction and a small calibre (5F, 4-5 cm) pancreatic stent insertion were applied. The indication of PD stenting was papillary oedema, PD contrast filling or difficult biliary cannulation. Thereafter, all pts were hospitalised for medical therapy and were followed up.

Results: The mean age, the symptom to ERCP time, and also the mean amylase and CRP levels at initial presentation were not significantly different in the PD stent and no stent groups: 59 vs. 63 years; 36 vs. 42 h; 2225 vs. 1469 U/l; and 141 vs. 104 U/l, respectively. The overall complication rate, such as need for ICU admission (1.7% vs. 3.3%), pancreatic necrosis with sepsis (3.5% vs. 6.7%) and pseudocyst (> 6 cm) formation (5.3% vs. 15.2%) were significantly more frequent in the control group, respectively (p < 0.01). The mortality rates (0% vs 3.3%) were comparable, reasonably low and without significant differences.

Conclusions: Temporary PD stenting with small calibre stents may offer sufficient drainage to reverse the process of ABP. Small caliber PD stenting added to conventional EST may result a significantly less complications and better outcome as compared to EST alone in pts with ABP.

31

COLON ADENOCARCINOMA MŰTÉTET KÖVETŐEN DIAGNOSZTIZÁLT CROHN BETEGSÉG

Emih A.¹, Szalay A.¹, Oblidál Z.¹, Kemmer É.¹, Kovács E.¹,
Kemenesaljai Egyesített Kórház, Celldömölk ¹

Bevezetés: A Crohn-betegség és a malignus béldaganatok közötti kapcsolat bizonyított. Alapvető fontosságú, hogy a distalis béldaganatok diagnosztizálása esetén is a teljes colonoscopy minden esetben megtörténjen a társbetegségek vizsgálata céljából.

Esetbemutató: A 71 éves nőt beteget haematochesia miatt vizsgáltuk. Diagnosztikus vizsgálata során sigma polypust távolítottunk el, amely

szöveti eredménye adenocarcinoma lett. Emiatt bal oldali hemicolectomiát végeztek. Fél éves kontroll vizsgálata során tumor recidívát nem találtunk, akkor a terminalis ileumban enyhe gyulladás volt látható. 2 éves kontroll vizsgálata során sem igazolódott tumor recidív, de a teljes colonoscopia során ileitis terminalist találtunk. A szövettani eredmény csupán chronicus gyulladást írt le, de az elvégzett passage vizsgálat során ileitis terminalis típusos képét láttuk.

Összefoglalás: A Crohn-betegség és a malignus tumorok közötti kapcsolat szoros. Gyakran a Crohn-betegség diagnózisát követően találunk vastagbél-tumorsejteket, azonban ritka eset az, amikor a colodaganat diagnosztizálását követő években derül fény a Crohn-betegségre. Esetünk bemutatása során felhívjuk a figyelmet a teljes colonoscopia vizsgálat minden alkalommal való elvégzésére, amely jelen esetben a beteg további terápiás és diagnosztikus sorsát jelentős mértékben meghatározta.

32

TAPASZTALATAINK PREVENTÍV PANCREAS STENT (PS) IMPLANTÁCIÓKKAL

Farkas E.¹, Tóthné Pismán K.¹, Szepes A.¹

Bács-Kiskun Megyei Kórház - OMCH Egészségügyi Szolgáltató Kft.
¹, Endoszkópos Centrum ², Kecskemét ³

Bevezetés: A preventív PS implantáció elfogadott metodika az ERCP utáni hasnyálmirigy gyulladás kivédésében. Indikációi: ERCP során a Wirsung vezeték többszöri feltöltése vagy a pancreas instrumentálása valamint korábbi post ERCP-s pancreatitis. Kutatási céllal intézetünkben akut biliaris pancreatitis esetén is használjuk a módszert. **Módszereink és betegek:** A fenti indikációkban minden esetben megkíséreltük a PS-t. Összesen 42 esetben 5F-es, 6 esetben 7F-es stent felhelyezését próbáltuk meg, 46 esetben a maior 2 esetben a minor papillába. A stenteket 0.025 ill. 0.035 F-es vezetődróton helyeztük fel a méretnek megfelelő tolu katéterrel. A stentek endoscopos eltávolítása 32 esetben történt meg, a többiben belső fül nélküli stentet használtunk, melyek spontán távoznak az 1-3. napon.

Eredményeink: Endoszkópos centrumunkban 2009.03.01.-2010.02.28. közt összesen 472 ERCP történt és összesen 48 (10.1%) alkalommal kíséreltük meg a PS behelyezést. 40 alkalommal (80%) sikerült behelyeznünk PS-t, és mindössze 8 PS implantáció volt sikertelen, melyeknél a felhelyezést 4 esetben a sikertelen szelektív pancreas kanülálás, kétszer anatómiai eltérés, ill. 2 esetben metodikai hiba hiúsította meg. A sikertelen PS behelyezések nem függtek a PS stentek méretétől és attól, hogy történt-e előtte pancreas- vagy epeirányú sphincterotomia. A beavatkozásoknál használt drótok minősége és mérete azonban sok esetben meghatározta a kivitelezhetőséget, ezért nagyon fontosnak tartjuk, hogy a legmegfelelőbb eszközök kerüljenek előkészítésre. A vizsgált időszakban lehetőségünk volt több gyártó termékét is kipróbálni. Ezek közül kerültek kiválasztásra azok a stent- és vezetődrót típusok, melyeket azóta is rendelünk és használunk, ezzel emelni tudjuk a sikeres behelyezések arányát. A sikeres PS implantációk után szövödményt nem észleltünk, azonban a sikertelen behelyezéseknél kétszer is súlyos pancreatitis alakult ki.

Következtetés: Vizsgálataink sikerességét és a szövödmények kialakulásának csökkentését a magas szakmai felkészültséggel bíró endoscopos és a jól megválasztott eszköz és tartozék(stent, vezetődrót, papillotom) segíti elő.

33

OUTCOME, SAFETY PROFILE AND LONG-TERM APPLICABILITY OF INFlixIMAB IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: CLINICAL EXPERIENCES FROM A TERTIAR CENTER

Farkas K.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹

Introduction: The efficacy of infliximab (IFX) in the induction and maintenance of remission in inflammatory bowel diseases [IBD-Crohn's disease (CD), ulcerative colitis (UC)] has been confirmed by several trials although less data was published on the efficacy and safety of IFX after one year of therapy. Our aim was to assess the outcome, the safety and applicability of IFX treatment in the clinical practice in a 7-year period.

Patients and Methods: Data of 127 IBD patients (70 females, 57 males; mean age at the diagnosis 27 years) infused for refractory or steroid-dependent CD (n=81), UC (n=38) or pouchitis (n=4) between

2003 and 2009 were analyzed. Responses to infliximab, side effects, infusion reactions and mortality rate were assessed during the mean follow up period of 2.3 years.

Results: 26% of the patients received only three infusion induction while 62.2% of the patients were on maintenance treatment. A total of 733 infusions were administered, the mean number of IFX infusions was 5.8/patient. At the end of the treatment 30.8% of the CD and 26.3% of the UC patients were in remission. Fistula closure was achieved in 25% of fistulising CD. Surgery was performed in 28.4% of the CD and in 28.9% of the UC patients. 12.6% of the IBD patients had 31 episodes of acute, 5.5% of the patients had 9 episodes of delayed infusion reaction. 68.8% of those with acute reaction was on concomitant immunomodulator and/or corticosteroid treatment. IFX had to be discontinued in 12 patients because of the allergic reactions. Listeria meningoencephalitis, sepsis of unknown origin and pulmonary TB was the most severe infectious complications. One patient with UC on IFX monotherapy developed primary colonic lymphoma. The mortality rate was 3.1%.

Discussion: IFX is relatively safe and well tolerated, although fatal complications may also occur during the treatment. Remission was achieved in every third cases of CD and in every fourth patients with UC, but the need for colectomy remained high among the UC patients despite the use of IFX.

34

NEW THERAPEUTICAL TARGETS IN ULCERATIVE COLITIS: THE IMPORTANCE OF ION TRANSPORTERS IN THE HUMAN COLON

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

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

Introduction: The absorption of water and ions is an important function of colonic epithelial cells. Despite the comprehensive animal studies, there are only scarce data on the ion transporter activities of the normal and inflamed human colon. The aim of our study was to determine the expressional and functional characteristics of Na⁺/H⁺ exchangers (NHE) 1-3 and Cl⁻/HCO₃⁻ exchangers (AE) in primary colonic crypts in control patients and in patients with ulcerative colitis (UC).

Methods: Colonic biopsies were obtained from normal and inflamed mucosa of patients undergoing colonoscopy. After collagenase digestion, the isolated colonic crypts were loaded with the pH sensitive fluorescent dye BCECF. Intracellular pH (pHi) was measured by microspectrofluorimetry. The mRNA expression of NHEs and the SLC26A3 Cl⁻/HCO₃⁻ exchangers (DRA) was assessed by real-time PCR.

Results: The activities of NHE1 and 3 isoforms showed a decreasing pattern from the proximal to the distal part of the colon, whereas AE activity was significantly higher in the distal vs. the proximal part of the colon. Only the mRNA expression of NHE3 was decreased in the distal part of the colon vs. the proximal part. No significant difference was detected between the mRNA expression of DRA at the distal and proximal parts of the large intestine.

The activity of NHE1 was significantly higher and the activity of NHE3 was significantly lower in UC vs. control. Decreased AE activities were detected in patients with UC compared with the controls. Significant upregulation in the mRNA levels of NHE1 was revealed in UC; however, no significant changes were detected in the mRNA expression of NHE3 in UC. mRNA levels of DRA were reduced by approximately 50% in UC patients compared to non-inflamed controls.

Conclusions: Both the absorptive and secretory functions of the colonic ion transporters are altered in UC, which may have roles not only in development of diarrhea but also in the disease activity. This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

35

RHABDOMYOLYSIS IN CONNECTION WITH GASTROINTESTINAL DISEASE TREATMENT - SIDE EFFECT OR COMPLICATION?

Fazekas K.¹

Semmelweis University Doctoral School¹

Rhabdomyolysis is a clinical biochemical syndrome, and has a multifactorial aetiology. The diagnosis of rhabdomyolysis relies on the elevation of creatine kinase and on the presence of myoglobinuria.

Our work examine the possible risk and role of specific gastrointestinal drug treatment as the concomitant infections during myopathy and rhabdomyolysis cases.

Methods: drug monitoring databases, Cochrane and Pub Med databases as the source of metaanalysis. The evaluation of possible role of infectious states were only possible in index cases.

Conclusion: proton pump inhibitors use may be associated with occurrence of often myopathies including the serious reaction rhabdomyolysis, as the interstitial nephritis.

36

PRIMARY ANASTOMOSIS DURING URGENT COLORECTAL RESECTIONS – IS THERE A PLACE?

Fekete A.¹, Korpási L.¹, Bursics A.¹

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹

Introduction: Urgent colorectal resection frequently equals with Hartmann's procedure. The stoma formation poses the patient to further surgery and thus to further possible complication. We examined if the primary anastomosis has place in acute colorectal surgery.

Patients: Between January 2009 and March 2010 we performed 30 urgent colorectal resections. We excluded those patient where resection was not possible or necessary and we performed stoma formation only. We performed 20 Hartmann's procedure and 10 resection with primary anastomosis. In the Hartmann's group there were 12 female and 8 male patients, the mean age of patients was 72 years. In the primary anastomosis group we had 6 female and 4 male patient with the mean age of 57 years. The indication for surgery in the Hartmann's group was obstructing tumor in 10 patients, diverticulitis in 9 patients and colonic necrosis due to inferior mesenteric artery thrombosis in 1 patient. The indication for surgery in the primary resection group was diverticulitis in 5, obstructing tumor in 3 and colonic necrosis due to strangulated hernia in 2 patients. We lost 4 patients (20%) in Hartmann's group and did not lost any in the primary anastomosis group.

Conclusion: Our Results show, that in selected patients primary anastomosis can be done safely even under urgent conditions on unprepared bowels. We suggest to perform a primary anastomosis when the patient is young and otherwise low-risk, and the proximal bowel stump is suitable for suturing.

37

RITKA LOKALIZÁCIÓJÚ CARCINOID TUMOR

Földházi K.¹, Takács R.¹, Nemesi K.², Ternyik L.³, Tiba L.³, Árvay T.⁴, Pádi É.⁵, Benedek G.³, Telekes A.⁴, Hamvas J.¹

Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház I.Bel-gastroenterológia¹, Főv. Szent László Kórház², Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészet³, Főv. Bajcsy-Zsilinszky Kórház Onkológia⁴, Kecskeméti Megyei Kórház Onkológia⁵

A gyomor-bél traktusban található a carcinoid tumorok 90%-a, leggyakrabban az appendixben (45%), a terminalis ileumban (30%) (az ileumban gyakran többszörös), a rectumban (10%), gyomorban (3%), a Vater-papillában, Meckel-diverticulumban, nyelőcsőben (összesen 1-2%). Betegünk anyagát összegezve vékonybélben előforduló ritka lokalizációjú carcinoid tumor esetét szeretnénk bemutatni.

A 69 éves nőbeteg esetében 2008. 07. hóban acut appendicitis miatt urgens műtetre került sor, mely során a gyulladt appendixen kívül a bal oldali ovarium teratomát és májból carcinoid metastasist távolítottak el. Onkológián gondozták. Opus után az elvégzett octreoid scan és kromogranin vizsgálat változatlanul magas aktivitást igazolt. Ismételt hasi CT vizsgálat: duodenum leszálló szár és coecum között igazolt inhomogen halmozású lágyrészképlet. A beteg sandostatin terápiában részesült. A beteg onko-team javaslatára 2009 októbertől vizsgáltuk. Colonoscopia: terminalis ileumban polipoid bedomborodás. Gastroscopiával a leírt elváltozást nem értük el. Enteroscopia: duodenum leszálló szár ulcerosus képlet biopsziája - carcinoid tumor. 2010 .01. hóban opus sebészeti osztályunkon : duodenum leszálló szártól mesocolon mellett terminalis ileumba törő

carcinoid tumort találtak. Opus: Tumor resectió, jobb oldali hemicolectomia, ileum resectió.

A beteg további onkológiai kontroll alatt áll, kontrollvizsgálatai folyamatban, Sandostatin kezelésben részesül.

Éppen történő tumor és metastasis resectió esetén is fontos a további primer folyamat ill recidíva keresése

38

COLON CAPSULE ENDOSCOPY: THE IMPORTANCE OF DOUBLE SIDED VIDEO CAMERA SYSTEM FOR THE DETECTION OF LOCALIZED COLONIC PATHOLOGY

Gaál A.¹, Balogh G.¹, Székely A.¹, Madácsy L.¹

First Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér County Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹

Background and aims: Colonoscopy is the gold standard for evaluating pathologies of the large bowel, including screening for colorectal cancer. The PillCam™ Colon capsule endoscopy (CCE) with a double sided video camera system was developed as a non-invasive modality to visualize the colonic mucosa. The aims of our present study were to separately analyse the CCE pictures captured from each camera direction, and to compare the sensitivity of uni- and bidirectional analysis for the detection of localized colorectal lesions.

Methods: In the last year 28 CCE investigations were accomplished in our center. During the analysis of these CCE records we described 16 solitary colonic lesions, including polyps, diverticulas and localized mucosal inflammation. After the selection of these positive CCE recordings, two independent observer were re-evaluated the video recordings captured from left and right video camera, but without the knowledge of the other sided pictures. The appearance of the positive findings and the exact number of positive CCE pictures were calculated at each camera direction and then the Results were compared. The CCE pictures depicted the Bauchin valve were also counted.

Results: We detected only 10 out of 16 solitary colonic lesions with the left, and 14 out of 16 lesions with the right sided video camera of the CCE. Only 8 of the 16 positive colonic findings were visible on both camera directions, therefore we calculated the possible drop of sensitivity up to 50% with a colonic application of a capsule endoscope with single sided camera system. We also demonstrated a significant difference between the mean of the positive picture counts captured from left versus right camera direction: 116 vs. 57 (p=0,0048).

Conclusions: The application of capsule endoscope equipped with a double sided video camera system is mandatory for the detection of localised colonic lesions. The possibility of a third, perpendicularly angled video camera and an increase of the captured picture numbers might further improve the sensitivity of CCE.

39

ALAGÚT-PERFORÁCIÓ A DUODENUMBAN. AZ EPEÚTI STENTELÉS EGYEDI SZÖVŐDMÉNYE

Gaál E.¹, Szvatek A.¹, Kardos K.², Iványi A.³, Lestár B.³, Banai J.¹, Gyökerez T.¹

Gastroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest¹, Radiológia, HM Állami Egészségügyi Központ², II.Sebészet, HM Állami Egészségügyi Központ³

Bevezetés: Az epeúti elzáródás endoszkópos ellátása során gyakorta alkalmazunk epeúti endoprothesis beültetést. Erre malignus vagy benignus epeúti szűkület, el nem távolítható epeúti kő, vagy műtéti szövődmény, epecsorgás esetén kerülhet sor. A krónikus hasnyálmirigy gyulladás okozta epeúti szűkület végleges megoldását a sebészi biliodigestív anasztomózis készítése jelenti, kísérletet tehetünk azonban többszörös epeúti műanyag drének tartós bennhagyásával is. Az epeúti stentek behelyezését követően is okozhatnak szövődményt. A kimozduló és a bélbe kerülő stentek spontán távozhatnak, vagy megakadhatnak, illetve perforálhatják is a belet. Eset: Egy 59 éves nőbeteg láz, enyhén emelkedett obstrukciós enzimek, magas gyulladásos paraméterek, jobb bordaív alatti fájdalom miatt került felvételre. Anamnesisében közel 20 év óta ismert krónikus pancreatitis, következményes epeúti szűkület és 19 (!) éve visszatérő epeúti elzáródások, többszörös epeúti stentelés szerepeltek. Bent lévő két stentjét 2,5 évvel ezelőtt helyezték be. Hasi ultrahang vizsgálat akut cholecystitist igazolt. Nyílt cholecystectomy során gangrénás epehólyagot távolítottak el. A műtét másnapján epecsorgás miatt

ERCP-t végeztünk. Ennek során észleltük, hogy a papillából kilógó két eldugult stent a szemközi duodenum falát perforálja, majd 3 cm-rel lejjebb ismét visszatér a lumenbe, mintegy „alagutat” fúrva a duodenum mellett. A stenteket kacsasal megragadva kihúztuk, a nagyméretű choledochus követ törés után eltávolítottuk, majd a szűkület miatt rövidebb stenteket ültettünk vissza. Az epecsorgás azonnal megszűnt, a beteg a varrat eltávolítás után otthonába távozott. Megbeszélés: Az epeúti stentek szövödményt okozhatnak. Az esetünkben leírthoz hasonló az irodalomban nem találtunk.

40

ACUT PANCREATITIS ÉS AMI MÖGÖTTE VAN

Gajdán L.¹, Tilinger E.², Sárkány A.³, Szilágyi A.⁴, Gervain J.¹

Fejér Megyei Szt. György Kórház IV. Belgyógyászat¹, Fejér Megyei Szt. György Kórház Pulmonológiai Osztály², Fejér Megyei Szt. György Kórház Központi Aneszteziológiai és Intenzív Osztály³, Fejér Megyei Szt. György Kórház Patológiai Osztály⁴

Esetismertetés: a 60éves, dilatatív cardiomyopathiában szenvedő nőbeteg acut pancreatitissal utalták osztályunkra. A hasi görcsök és a jelentős amiláz, lipáz emelkedés mellett a klinikai kép (az etiológia hiánya, a 3hete láz nélkül fennálló masszív diarrhoe) és a leletek (normál We, CRP, se, Ca, negatív hasi UH, CT) ellentmondások voltak. Az acut pancreatitissal alkalmazott terápiás protokoll ellenére betegünket a7.napon kialakult hypotonia, légzési elégtelenség és kontaktusképtelen állapot miatt az Intenzív Osztályra helyeztük. Az időközben kialakuló haemolysist és thrombocytopaeniát haematológiai konzílium TTP-nek véleményezte, kiváltó okként infect eredet illetve malignoma lehetősége merült fel. A székettenyészési és toxin vizsgálat negatív lett, azonban a mellkas CTa jobb tüdőben neoplasmára suspect kerekárnyékot írt le. Nyaki nyirokcsomóból történt aspirációs cytológia kissejtes tüdőrákot igazolt. A megismételt hasi CT vizsgálat ekkor már acut necrotizáló pancreatitis típusos képét mutatta. A sokszervi elégtelenség a több alkalommal végzett plazmaferézis, a teljeskörű szupportív- illetve inotrop-vasopresszor terapia ellenére progresszívult és a beteg exitált.

Emlékeztető: a TTPa thrombocyták fokozott aggregációjával járó, kapillárisokban kialakuló hyalin thrombusok által előidézett sokszervi károsodás. Secunder módon egyes kórképekhez társulhat (infect eredetű hasmenések, malignomák, autoimmun kórképek). 5klasszikus tünet jellemzi: haemolysis, thrombocytopaenia, idegrendszeri tünetek, veseérintettség és láz. Leggyakrabban érintett szervek: vesék, agy, szív és hasnyálmirigy.

Megbeszélés: 1. Acut pancreatitissal jellemző laboratóriumi eltérés esetében mindig törekedjünk az etiológia tisztázására. 2. A bemutatott esetben a hasnyálmirigy gyulladás etiológiai tényezőjének a TTP tekinthető. 3. A TTP hátterében kissejtes tüdőrák állt, a masszív hasmenés ellenére infectológiai eredet nem tudunk azonosítani. 4. Irodalmi adatok szerint a TTP korai felismerésekor alkalmazott plazmaferézis és FFP mellett a betegek 80%-a meggyógyul. Betegünknel a társuló kissejtes tüdőrák és a zajló necrotizáló pancreatitis együttesen vezettek a fatális kimenetelhez.

41

COLORECTAL CANCER AND ADENOMA SPECIFIC DIAGNOSTIC BIOPSY MRNA EXPRESSION PROFILES CONFIRMED ON A LARGE INDEPENDENT SAMPLE SET

Galamb O.¹, Sipos F.¹, Wichmann B.¹, Spisák S.¹, Krenács T.², Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Jász O.¹, Kalmár A.¹, Schöller A.³, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹

2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest², Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background: The whole genomic microarrays are suitable for high-throughput biomarker screening, but the further diagnostic utilization of the markers requires testing their classificatory efficacy on an independent sample set.

Aims: Our aims were to identify characteristic transcript sets in order to develop diagnostic mRNA expression patterns for objective classification of colorectal diseases and test their classificatory power on an independent biopsy set.

Methods: Colorectal cancer (CRC) and adenoma specific transcript sets were identified using HGU133plus2 microarrays and 74 biopsies

(22 CRC, 20 adenoma, 21 IBD, 11 healthy). Additional 122 independent biopsies (27 CRC, 29 adenoma, 28 IBD, 38 normal) were also analyzed on microarrays in order to test the classificatory power of the discriminatory gene panels. Array real-time PCR validation was done on 68 independent samples (24 CRC, 24 adenoma, 20 normal).

Results: Between normal and CRC 38 classifiers were identified by microarray analysis including upregulated CXCL1, osteopontin and downregulated carbonic anhydrase 7. Using these classifiers, the independent CRC and normal biopsies could be separated by 94.7% specificity and 96.3% sensitivity. Adenoma and normal samples could be classified using 20 transcripts such as overexpressed cadherin 3 and downregulated claudin 8. Using these classifiers, independent adenoma and healthy samples could be distinguished with 94.7% specificity and 100% sensitivity. Discriminatory power of the CRC vs. normal panel is proved to be considerably high in real-time PCR (sensitivity: 91.7 %, specificity: 95 %), while adenoma and healthy samples could be distinguished with 95.8% sensitivity and 100% specificity.

Conclusion: The identified discriminatory transcripts could correctly classify CRC and adenoma biopsies also on a large independent sample set. These markers can establish the basis of gene expression based diagnostic classification of colorectal diseases. Diagnostic real-time PCR cards can become part of the automated routine procedure.

42

AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENSEK SZEREPE A KLINIKAI VIZSGÁLATOKBAN

Gárdonyi M.¹, Garami T.¹, Sipos C.¹, Gscheidt H.¹, Graffits E.¹, Sülle C.¹, Kovács Z.¹, Hunyady B.¹, Belgyógyászat, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár¹

Az utóbbi években ugrásszerűen megszorodtak az újonnan **Bevezetésre** szánt gyógyszeres emberek végzett ellenőrző vizsgálatok a magyarországi kórházakban, klinikákon. Nem kivétel ez alól a gasztroenterológia sem.

A klinikai vizsgálatok semmiképpen sem jelentenek kísérletezgetést. A vizsgálatokat nagyon tudatosan, az elérni kívánt célt szem előtt tartva építik fel, és a beteggel is részletesen tudatni kell, hogyan kapja meg a kezelést. A vizsgálatok során emberjogi kritériumoknak, szigorú jogi paragrafusoknak kell érvényesülniük, amelyeket a háború után először a Helsinki Dekrétumban fektettek le, jelenleg az ICH-GCP szabályozza. Erre annál is inkább figyelni kell, mert a vizsgálatokat profitorientált cégek rendelik meg. Az amerikai és európai hatóságok előzetes jóváhagyása után Magyarországon a vizsgálatokra az Országos Gyógyszerészeti Intézet adja meg az engedélyt. Az elsődleges szempont a beteg érdeke, nem pedig az, hogy a szorból okvetlenül gyógyszer legyen.

A klinikai vizsgálatok kivitelezése csak jól együttműködő csapatmunkában lehetséges. A study minden résztvevőjének előre meghatározott, írásban rögzített feladatai illetve kötelessége van.

A vizsgálat lefolytatásáért felelős orvos a vezető kutató, és a szintén orvos társutató. A study nurse, aki a felelős orvosokkal együttműködve látja el a klinikai vizsgálatokhoz kapcsolódó szakápolói teendőket. A vizsgálat indulásakor az ápoló feladatait, jogait, (pl. aláírási jogait) pontosan írásban rögzítik, és ő aláírásával vállalja a rábízott feladatok ellátásáért a felelősséget.

Az előadás részletesen bemutatja az asszisztensek feladatait a klinikai vizsgálatokban történő aktív részvételüket, a specialitásokat melyek kizárólag a gastroenterológián folyó vizsgálatok esetén fordulnak elő. Foglalkozik azzal a nem elhanyagolható kérdéssel, hogy az amúgy is feszített munkatempóba hogyan illeszthetők be a klinikai vizsgálatok, és ez mennyi plusz feladatot ró azokra a munkatársakra akik nem vesznek részt a studyban. Elemzi azokat a kvalitásokat, amelyekkel rendelkeznie kell, illetve legjobb esetben rendelkezik az asszisztens.

43

CORRELATION OF DISEASE SEVERITY IN ULCERATIVE COLITIS WITH FECAL MMP-9 LEVELS, OCCLUDIN, PAR-2 AND PAR-4 mRNA EXPRESSION IN CORRESPONDING BIOPSIES

Gecse K.¹, Annaházi A.¹, Bezirard V.², Leveque M.², Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Ferrier L.², Bueno L.², Wittmann T.¹

First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, UMR 1054 INRA/El-Purpan NGN Unit, Toulouse, France ²

Introduction: Active ulcerative colitis (UC) is characterized by tight junction alterations and increased gut permeability. Matrix-metalloprotease 9 (MMP-9) is capable of occludin degradation and disruption of the epithelial barrier, while increased PAR-2 promoter methylation was shown in patients with severe forms of the disease. Our aims were: 1. to examine the correlation of UC disease severity with fecal levels of MMP-9 and occludin mRNA and protein expression; 2. to examine PAR-2 and 4 mRNA expressions related to disease severity.

Methods: 14 UC patients and 6 control subjects undergoing colonoscopy were involved in the study. In UC patients, disease severity was evaluated by the Mayo score, and biopsies originated from inflamed areas of the rectal mucosa. MMP-9 was measured by enzyme linked immunosorbent assay in the fecal samples, while western blotting was used to determine occludin protein expression and qPCR to measure occludin, PAR-2 and 4 mRNA levels in the biopsies.

Results: MMP-9 was undetectable in the feces of control subjects, however its level was slightly elevated in patients with low Mayo scores (LM group; 8.2 ± 4.1 ng/mg prot) and significantly elevated in patients with more severe activity (HM group; 24.2 ± 5.7 ; $p < 0.05$). In parallel, occludin protein and mRNA levels were slightly decreased in the LM group ($93.8 \pm 45.7\%$), and significantly decreased at the HM group ($17.0 \pm 9.7\%$) compared to controls ($191.8 \pm 61.9\%$). Similarly, PAR-2 mRNA levels were significantly decreased only in biopsies of UC patients in the HM group compared to controls (605.4 ± 142.3 vs. 1121 ± 63.25 , $p < 0.05$). On the contrary, PAR-4 mRNA levels were elevated in the HM group, compared to controls (498.5 ± 178.4 vs. 63.69 ± 51.20).

Conclusions: MMP-9 is detectable only in the feces of UC patients, and its level depends upon disease severity, while occludin protein and its mRNA level diminish in the same group of patients. In severe UC PAR-2 mRNA is reduced, while PAR-4 mRNA is overexpressed in concordance with disease severity.

44

HEREDITARY PANCREATITIS CAUSED BY INTRAGENIC DUPLICATION AFFECTING THE ACTIVATION PEPTIDE OF HUMAN CATIONIC TRYPSINOGEN (PRSS1)

Geisz A.¹, Joergensen M.², Brusgaard K.³, Schaffalitzky de Muckadell O.², Hegyi P.⁴, Gerdes A.³, Sahin-Tóth M.¹

Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, United States. ¹, Department of Medical Gastroenterology, Odense University Hospital, University of Southern Denmark, Odense, Denmark. ², Department of Biochemistry, Pharmacology and Genetics, Odense University Hospital, University of Southern Denmark, Odense, Denmark. ³, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary. ⁴

Background and Aims: Hereditary pancreatitis is caused by missense mutations in human cationic trypsinogen. A subset of mutations alters the activation peptide and increases autoactivation of trypsinogen to trypsin. At the cellular level, autoactivation Results in decreased trypsinogen secretion and acinar cell death. In a hereditary pancreatitis family from Denmark we identified a novel intragenic duplication of 9 nucleotides in exon-2 of the PRSS1 gene (c.63_71dup) which at the amino-acid level altered the activation peptide. The aim of the present study was to characterize the effect of this unique genetic defect on the function of human cationic trypsinogen.

Methods. Wild-type and mutant cationic trypsinogens were produced recombinantly. Trypsinogen activation was followed by enzymatic assays and SDS-PAGE. Trypsinogen secretion was measured from transfected HEK 293T cells. Results. The intragenic duplication within exon-2 Results in the insertion of three amino acids (p.K23_I24insIDK) within the activation peptide of cationic trypsinogen changing the sequence to APFDDDDKIDK. Recombinant cationic trypsinogen carrying the p.K23_I24insIDK mutation exhibited >10-fold increased autoactivation. Activation by human cathepsin B was also accelerated by 10-fold. Activation by human enteropeptidase was unaffected. Secretion of the p.K23_I24insIDK mutant from transfected cells was diminished, consistent with intracellular autoactivation.

Conclusions. This is the first report of an intragenic duplication within the PRSS1 gene causing hereditary pancreatitis. The robust

autoactivation of the novel mutant is consistent with the similar phenotypic behavior of previously described activation peptide mutants such as p.D19A, p.D22G, and p.K23R. The accelerated activation by cathepsin B is a unique biochemical property not found in any other pancreatitis-associated trypsinogen mutant. The observations confirm and extend the notion that increased autoactivation is a disease-relevant biochemical alteration of cationic trypsinogen mutants.

45

A GASTRO-OESOPHAGEALIS REFLUX POTENCIÁLIS SZÖVŐDMÉNY-FORRÁS LEHET A PROPOFOL ANAESTHESIABAN VÉGZETT COLONOSCOPIA SORÁN. ESET-ISMERTETÉSEK.

Gelley A.¹, Fodor G.¹, Gelley F.², Boros A.², Szokolóczy O.², Peták I.³, Schwab R.²

Kelen Kórház Kft. ¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ², Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ³

Háttér: Nemzetközi és hazai tapasztalatok szerint az anesztéziában végzett colonosopia a mindennapi járóbeteg-ellátásban rutinszerű diagnosztikus ill. invazív beavatkozás esetében is biztonságos. A kockázatok mérlegelésénél eseteink bemutatásával igyekszünk felhívni a figyelmet a szakirodalomban kevésbé bemutatott lehetséges szövődményekre.

Betegek és módszerek: A Kelen Magánkórházban 2005-2010 között 540 esetben végeztünk colonoscopiát propofol anesztéziában. A vizsgálatot 2 esetben nem tudtuk az altatás közben fellépő köhögés és az aspiráció veszély miatt a coecumig folytatni, ill. további 1 esetben a vizsgálatot nehezítette a köhögés, de a coecumba jutás akadálytalan volt.

Az aneszteziológiai ellátásban a tünetek súlyossága szerint jártunk el: légzési mintázat változás, O₂ saturáció csökkenés, garat és köhögési reflexek, keringési paraméterek stb. alapján az ellátás során garat, légutak leszívás, oxigén terápia, a spontán légzés asszisztálása, esetleg intubálás, szükség szerint gyógyszeres beavatkozás: aminophyllin, kalcium glükonát, passzázsra, keringésre ható szerek, kivételesen, szteroid, antibiotikum alkalmazására került sor. A betegek egyike kórházi observatoria is került intézményünkben, de 24h-n belül szövődménymentesen őt is otthonába bocsátottuk.

Mindhárom betegnek nagy hiatus herniája és súlyos, kezelt reflux betegsége volt, amit gastroscopos vizsgálat igazolt.

Konklúzió: Eseteink alapján a gastroenterologus szemszögéből, a retrospektív adatok alapján „C” szintű evidenciaként ajánljuk, hogy ambuláns anaesthesia előtt reflux betegség irányában alapos, tünet orientált anamnézis felvétel és pontos diagnosztika történjen. Az AFP (anatomic-functional-pathological) klasszifikáció, ill. a módosított Los Angeles klasszifikáció fényében a kockázat és haszon mérlegelésével és a páciens részletes tájékoztatásával kell dönteni az intratrachealis tubussal történő légút-biztosításról, ill. a vizsgálat járóbeteg-ellátás keretében történő kivitelezhetőségéről.

46

ISMERETLEN EREDETŰ LÁZ, ARTHRITIS, EXANTHEMA, MÁJELÉGTELENSÉG, TRANSZPLANTÁCIÓ, SEPSIS, EXITUS. AZ ALAPBETEGSÉG STILL BETEGSÉG? ESETISMERTETÉS.

Gelley F.¹, Fehérvári I.¹, Mándli T.¹, Zádori G.¹, Benkő T.¹, Fazekas J.¹, Tóth S.¹, Nagy P.², Micsik T.², Görög D.¹, Gelley A.³, Nemes B.¹, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika ¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet ², Budai Irgalmasrendi Kórház ³

Bevezetés. A felnőttkori Still betegség (AOSD) ismeretlen, nem infekciós eredetű, szisztémás gyulladáshoz vezető betegség. Esetismertetés. A 41 éves férfinél torokfájás, magas láz miatt kezdett amoxicillin terápia 8. napján maculopapulósus exanthemák jelentek. Visszatérő magas láz, több ízületet érintő fájdalom, kóros májfunkció miatt ambuláns infektológiai ellátás történt. Immunpanel negatív. Chlamydia pneumoniae szerológia (IgM 23, IgA 13, IgG 38.8 NTU) pozitív lett, amely miatt több hétig tetracyclin, ill. clarythromycin kezelést kapott. Láz, ízületi panaszok, exanthema időszakosan, együtt jelentek, 3 hónap alatt 18 kg-os fogyás mellett. Göckutatás, torok, haemokultúra tenyésztés negatív. Laboreredményekben leukocytosis, neutrophilia, emelkedett We, CRP,

és májenzimek. Panaszok kezdete után 3 hónappal felvétel infektológiai osztályra. CT: pericardialis, pleuralis fluidum, hepatosplenomegalia. Se ferritin 32 600 µg/l. Az ápolás 14. napján akut májelégtelenség alakult ki, amely miatt akut májátültetés történt (OLT). Explantatum: fulmináns májnecrosis. OLT-t követően 6 hónapos kezelés ITO-n, 4 reoperáció, IPF, szeptikus epizód. Javuló májfunkció, csökkent gyulladásos paraméterek ellenére súlyos myopathia maradt fenn. Terápiarefrakter polyserositis, ascites, tracheostomia, több alkalommal HD. Átmeneti rehabilitációs kezelést követően visszavétel, majd az 14. napon sepsis miatt exitus. Sectio: máj-lép-gyomor által határolt idült hasi tályog. Következtetés. Az AOSD a FÚO nem ritka oka, jellegzetesek az intermittálóan fellépő tünetek, köztes időszakban bekövetkező állapotjavulás. Akut fulmináns májelégtelenség és a macrophag aktivációs syndroma (MAS) az AOSD ritka, súlyos szövődőmánya. A MAS túlstimulált szisztémás immunválasz, mely során a macrophagok és T-sejtek kontrollálatlan aktivációja, proliferációja következtében szisztémás „cytokin-vihar”, hemophagocytosis lép fel. A beteg esetében a klinikum, laborérkek (pl. extrém magas se ferritin) felvetik az akut transzplantációt igénylő MAS fellépésének lehetőségét is.

47

AZ ASSZISZTENCIA KIEMELT FELADATKÖRE A 24 ÓRÁS pH-MONITORIZÁLÁS ÉS A NYELŐCSŐ MANOMETRIA VIZSGÁLATBAN

Gergely H.¹, Bagosi É.¹, Takács R.¹, Foldházi K.¹, Hamvas J.¹,
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterológia

Bevezetés: A nyelőcső pH- metria és manometria elvégzése indokolt a súlyos, vagy terápia rezisztens reflux betegségben, anti-refluxműtét indikációjának felállításában, extraoesophageális atípusos tünetek esetén reflux felismerésében igazolásában.

Betegek és Módszerek: Osztályunkon korszerű készülékkel (Menfis biomedical pH-Day2) 24 órás oesophagus-pH-monitorozást tudunk végezni. 2008 októbertől 11 betegen végeztünk vizsgálatot. A megfelelő pozicionáláshoz a folyamatos pH-mérés lehetővé teszi a röntgen használata nélküli levezetést. Pontos elhelyezése ad lehetőséget a manometriára is, amely a legnagyobb nyomású helyként jelöli a gastrooesophagiális sphintert. A nyelőcső manometria elvégzése indokolt a nyelőcső reflux betegség súlyos nyelőcsőgyulladásal járó formáiban is, amikor a modern gyógyszeres kezelés nem hozza meg a megfelelő eredményt és fennáll a sebészeti műtét elvégzésének indikációja. Végül akkor is indokolt a manometria, amikor ellentmondás van a klinikai tünetek és a nyelőcső 24 órás vegyhatás (pH)-monitorizálás eredménye között. Ilyenkor feltételezhető, hogy a panaszok hátterében nem a savas visszaáramlás, hanem a nyelőcső mozgászavarai állnak.

A vizsgálat alatt a beteg naplót vezet testhelyzetéről tevékenységéről, étkezéséről, panaszairól. A szondát 24 óra elteltével eltávolítjuk, az eredményt elektronikusan DeMeester-score alapján kiértékeljük. Antireflux műtét előtt manometria elvégzése is indokolt, melyet 2009 márciusától 5 esetben végeztünk el, 2 betegnél már végrehajtottak a műtétet.

Összefoglalás: A műszer vizsgálat előtti kalibrálása, majd a vizsgáló orvossal együttműködve a szonda finom pozicionálása, a megfelelő nyomásértékek elérése, a ballon precíz mozgatása során mindkét módszer esetében a megfelelően értékelhető eredmények elérésében jelentős szerep hárul az asszisztenciára

48

INSERTION OF A BILIARY STENT FROM THE STOMACH. CASE REPORT OF ECTOPIC OPENING OF THE COMMON BILE DUCT IN THE PYLORIC CANAL

Gyökere T.¹, Kandikó K.¹, Hamar E.², Sándor J.², Csizmazia I.¹,
Banai J.¹, Bursics A.³

Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹, Dept. of Radiology, State Health Centre, Budapest ², Dept. of Surgery, BIK Hospital, Budapest ³

Introduction: The major papilla of Vater is usually located in the descending part of the duodenum on the posterior medial wall. Occasionally it may be found in other sites, including the stomach, the pyloric canal, the duodenal bulb and the third or the fourth portion of the duodenum. Most commonly, the distance between the pyloric sphincter and the papilla of Vater is longer than 5 cm. Case: A 68 old

male was admitted to our hospital because of painful obstructive jaundice. The patient had relapsing ulcer disease for more than 40 years and some episodes of spontaneously disappearing obstructive jaundice, but unsuccessful ERCP at one occasion. Abdominal US, CT and MRCP revealed extremely dilated (up to 30 mm) common bile duct, stones in the gallbladder and the common bile duct, and a large abscess in the antral wall of the stomach. ERCP was performed. No papilla-like structure was found in the usual position, but the separate opening of the common bile duct and pancreatic duct were found in the pyloric canal. The common bile duct stones were removed after balloon dilation of the biliary opening and a 7-French double pigtail stent was inserted into the biliary tree by duodenoscope positioned in the antral region of the stomach. After desicterisation of the patient elective surgery was performed containing the followings procedures: cholecystectomy, biliodigestive anastomosis and evacuation of the subphrenic abscess. The patient recovered uneventfully.

Discussion: Anomalous biliary opening outside the usual localisation can make ERCP difficult. Moreover, the procedure cannot be performed, if the anomaly is not notified at all. In our case, the anomalous outflow of the bile and pancreatic juice could be associated with recurrent, intractable duodenal ulcer and recurrent biliary obstruction.

49

THE USE OF VALIDATED QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRES IN PATIENTS WITH NEUROENDOCRINE TUMORS. THE Results OF THE NATIONAL MULTICENTER STUDY (SAS-LAR-QOL) OF 93 PATIENTS

Gyökere T.¹, SASLAR-QOL Study Group ²,
Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹, multicenter ²

Background: Neuroendocrine tumors (NET) are rare malignancies. There are limited data of the effectiveness of the long-term somatostatin analogue treatment for the quality of life in our country. The objective of our observational study was to assess the change of patients' quality of life receiving long-term somatostatin-analogue treatment) using two validated questionnaires. Patients and@ (Sandostatin-LAR

Methods: A multicenter observational study was performed between 2005-2007 in Hungary. 93 patients were included, among them there were 12.7±58 men and 35 women. The mean age at the diagnosis of NET was 57.7 years, 54 patients (59%) had liver metastasis. After inclusion the patients had four visits at 3-months intervals. At each visit they filled QLQ-C30 and QLQ-GI.NET21 questionnaires. We converted the four-possibilities answers (from No to Yes) to numerous scale (0-33.3-66.6-100 scores) to help evaluation. We compared the initial and final Results.

Results: Concerning QLQ-C30 a significant (p = 0.02) improvement was observed regarding diarrhoea. Significant worsening was observed in role function (p < 0.0001), in nausea-vomiting (p = 0.01), sleep disturbances (p = 0.02) and financial state (p = 0.02). The cause of the worsening could be the chronic and progressive feature of the disease. Concerning QLQ-GI.NET21 questionnaire a significant improvement was observed in nocturnal sweating (p = 0.02), in hyperacidity/pyrosis (p = 0.02), in worries about test **Results** (p = 0.02) and in close relatives disturbed by the illness or therapy of their beloved one (p = 0.02). A significant decrease was observed in the subgroup of patients with „quite a bit or very much” replies upon the introductory visit, regarding hot flashes (p = 0.006, n=14) and facial blushing (p = 0.002, n=18).

Conclusion: The special QLQ-GI.NET21 questionnaire proved to be more useful to prove the efficacy of the long-term somatostatin-analogue treatment than QLQ-C30.

50

ENDOSCOPIC ULTRASOUND PROCEDURES ON PANCREATIC FLUID

Hamvas J.¹, Takács R.¹,
Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest 1st Dept. of Internal Medicine, Gastroenterology ¹

Pancreatic fluid often appear after acute pancreatitis, or associate with pancreatic neoplasms.

Fluid sample taking by endoscopic ultrasound guided fine needle biopsy is the gold standard of diagnosing malignancy and pseudocysts.

Patient and methode:

In one year period 269 patient were examined by echoendoscop, 75 of them for pancreatic laesions and in 12 cases the pancreatic fluid were punctured.

Results: In two caeses the pseudocysts were drained with double pigtail endocystic plastic drain (7 , and 10 F) throw the gastric wall, using endoscopic ultrasound device (Olympus UM 160 AL-5 Exera II system).

In 5 cases the cysts were not drained because of small diameter in 3 cases(2-3,5 cm) or because of septal structure of the pseudocyst. Mucinous cystadenoma were found in two cases (females 62, 69 yrs), they were operated on..In two caese pancreas neoplasm were the cytological diagnosis.

The echoendoscope fine needle biopsy and aspiration is a well known usefull method to distinguish cystic pancreatic laesions from malignant formations. In caeses of endoscopic paseudocyst drainage the using of doppler echo effect the ideal puncture site could be localising by excluding the intra cystic mass, and the large cystic wall vessels.

The oncotherapeutical ways became planned more exactly because of cytological identification of different malignant forms.

51

ACUTE HEPATITIS INFECTION WITH UNUSUALLY SEVERE AND PROLONGED COURSE

Haragh A.¹, Szinku Z.¹, Papp E.², Schuller J.³, Hunyady B.¹,

Kaposi Mor Teaching Hospital, Department of Internal Medicine Kaposvar ¹, Kaposi Mor Teaching Hospital, Department of Contagious Medicine Kaposvar ², United Szt. Istvan and Szt. Laszlo Hospital III.Department Contagious and Internal Medicine Budapest ³

Introduction: The authors present two cases which represent that hepatitis E infection can cause unusually severe acute hepatitis or severe hepatocellular damage with prolonged jaundice. The HEV is an RNA virus which is transmitted via faecal-oral route. In the last ten years increasing number of cases reported from the developing countries. There have been a few case of chronic Hepatitis E infection reported.

Case 1: A 55 years old female presented with weakness and painless jaundice. Blood tests showed significant elevations of transamias and bilirubin levels. Serology revealed HAV IgG positivity and HAV IgM, HBsAg, and anti HCV negativity. Since the patient was a health care worker acute hepatitis B or C was suspected but HBC DNA and HCV RNA was not detected. The diagnosis of acute hepatitis E infection was confirmed by detection of HEV IgM.As the disease progressed the peak level of ALT was 3230 U/l, serum bilirubin 177 umol/l. Her liver function showed significant improvements a few weeks after hospitalization.

Case 2: A 78 male was admitted with progressive jaundice, deranged liver functions and weakness. HAV IgM, HbsAg, anti HBC, CMV and EBV IgM were all negative. Immune serology was didn't support any immune mediated liver disease. Abdominal ultrasound showed no signs of biliary tract or liver disease. Finally positive HEV IgG and IgM serology etsablished the diagnosis of hepatitis E infection. Since the jaundice worsened and the elevation of transaminases increased (ALT: 1620 U/l, Bilirubin: 452 umol/l) steroid and after further progression of cholestasis UDCA was started. After 12 week the patient was still jaundiced. Liver biopsy revealed chronic-active hepatitis (HAI:9) with microvesicular steatosis, bilirubinostasis and minimal fibrosis (F1).

Discussion: The rate of hepatitis E infection among cases of hepatitis with unknown origin exceeds 10 percent. The authors through the presented cases would like to call attention to the differential diagnostic significance of hepatitis E serology and to the fact that HEV can cause severe, sometimes prolonged liver disease.

52

THE PROGNOSTIC VALUE OF CELL PROLIFERATION IN COLORECTAL ADENOMAS AND CARCINOMAS

Harisi R.¹, Székely G.¹, Járav B.³, Winternitz T.⁴, Harsányi L.⁴, Kupcsulik P.⁴, Jeney A.², Weltner J.⁴,

1st Dept. of Gastroenterology, Szent János Hospital, Budapest ¹, 1st Inst. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest ², 2nd Inst. of Pathology, Semmelweis University, Budapest ³, 1st Dept. of Surgery, Semmelweis University, Budapest ⁴

Introduction: Colorectal tumorigenesis is a multistep process that begins with the abrogation of normal controls of colorectal mucosa. Aim: Examination of the shift through the adenoma-carcinoma progression sequence of human colon and rectum in context with the expression difference of proliferating cell nuclear antigen (PCNA) between adenoma-carcinoma and adjacent mucosa. Materials-**Methods:** 178 patients with colorectal polyp-adenoma and/or colorectal carcinoma underwent endoscopic polypectomy or surgical resection. The PCNA expression was examined in 28 non-neoplastic epithelial polyps, 82 neoplastic adenomatous polyps showing different degrees of dysplasia, 12 in situ carcinomas, 6 malignant polyps, 66 colorectal adenocarcinomas. The PCNA protein levels were determined by immunoblot analysis quantified by densitometry. **Results:** Moving further in the adenoma-carcinoma sequence, difference in the PCNA expression between normal and altered tissue was more frequent. This kind of difference was never found hyperplastic and hamartomatous polyps or inflammatory pseudopolyps. Low difference was found in 2% of tubular and in 6% of tubulo-villous adenomas, and further 6% of the latter had high difference. In mild dysplasia the expression difference was found in 3% of the cases, in moderate it was in 21% and in severe dysplasia the difference was found in 55% of the cases. The expression difference has been found in 57% of in situ carcinomas grown on base of a polyp, and in 69% of the malignant polyps. In adenocarcinomas, the Dukes classification paralleled well with PCNA expression difference between tumor – peritumoral mucosa. **Conclusion:** These results indicate that PCNA expression difference progressively increased along the sequence from normal mucosa via low grade, middle grade, and high grade dysplasia, adenoma to advanced cancer. The PCNA expression difference is one parameter that contributes to the definition of the degenerative risk and allows selection of patients with high expression difference for constant monitoring.

53

EMBERI NYÁLMIRIGY MODELL AZ EPITHELIÁLIS TRANSPORTFOLYAMATOK MOLEKULÁRIS VIZSGÁLATÁHOZ

Hegyesi O.¹, Földes A.¹, Lőrincz A.², Rásonyi-Kovács O.², Barabás J.², Steward M.³, Varga G.¹,

Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, Arc- Állcsont- Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest ², Faculty of Life Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK ³

Célkitűzés: A különböző okok (pl. radioterápia, autoimmun kórképek) miatt károsodott nyálmirigy szövet funkcionális helyreállítása jelenleg nem megoldott kérdés. Célunk humán, primer szubmandibuláris nyálmirigy sejtkultúra és ebből polarizált monolayer létrehozása.

Módszerek: A kétféle primer sejtkultúrát (a főként epitheliális sejtekből álló HuSMG-t és a vegyes, epitheliális-mesenchymális jellegű PTHSG-t) nyaki dissectio műtétekből származó szubmandibuláris nyálmirigy mintákból hoztuk létre, korábban már publikált protokoll szerint (Tissue Eng:14:1915-26,2008). Az 1.-3. passzálásból származó sejteket Transwell Clear membránra ültettük, hogy polarizált monolayeret alkossanak. Kétféle tápoldatot használtunk: MEM-et és HepatoStim-et. A monolayer kialakulását a transepithel ellenállás (TEER) mérésével követtük nyomon. A transepitheliális anion transzportot Ussing kamrában, rövidzárlati áram (I_{sc}) mérésével mutattuk ki.

Eredmények: A HuSMG is és a PTHSG is polarizált monolayeret hoz létre Hepatostim jelenlétében ($TEER=500-700\Omega cm^2$), MEM-ben viszont nem ($TEER<200\Omega cm^2$). A Hepatostim-ben tenyésztett monolayereken I_{sc} mérésével transepitheliális ionáramot tudtunk kimutatni. Ez az ionáram gátolható a klorid- és bikarbonátiókok bazolaterális megvonásával, ami bazolaterális-apikális irányú anion áramlást jelez; és gátolható apikálisan adott amiloriddal (eNaC inhibitor), ami apikális-bazolaterális irányú nátrium transzport szerepére utal. Az I_{sc} ATP-vel és carbachollal is növelhető, a forskolin hatástalan, ami arra utal, hogy az elektrolit szekréció szabályozásában főként a Ca^{2+} -aktiválta útvonalak vesznek részt. A bazolaterális NKCC1 gátlása bumetaniddal csökkentette az ATP-re adott választ, tehát ez a transzporter fontos szerepet játszik a szekrécióban. Következtetések: Sikeresen létrehoztunk egy humán nyálmirigy szekréciós modellt, bár a modell vegyes acináris/duktális jelleget mutat. Ez a modell alapja lehet további kutatásoknak, melyek végül elvezethetnek a kiesett nyálmirigy funkció helyreállításához.

54

OKOZ-E A KILÉGZETT LEVEGŐBEN NO-SZINT EMELKEDÉST ALMA FOGYASZTÁSA FAPOLLEN-ÉRZÉKENY BETEGEKBEN?

Hidvégi E.¹, Lugosi K.², Lázár Z.¹, Losonczy G.¹, Horváth I.¹

Semmelweis Egyetem Pulmonológiai Klinika, Budapest ¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK V. évf. o.h. ²

Bevezetés: A táplálék-allergiáknak egyik formája, amikor egyes zöldségek, gyümölcsök fogyasztása orális allergia szindrómát (OAS) vált ki. Az alma és a nyírfá közötti allergiás keresztreakció közismert. Asztmás betegek légúti gyulladásának súlyosságát a kilégzett levegő NO-szintjének mérésével is nyomon követhetjük. Vizsgálatainkkal arra kerestünk választ, hogy fapollen-allergiás betegekben a nyers alma fogyasztása okoz-e a kilégzett levegőben NO-szint emelkedést.

Betegek és módszerek: A SE Pulmonológiai Klinikáján ambuláns vizsgálaton megjelent fapollen pozitív betegek közül 14 egyént vontunk be a kilégzett levegő NO-szintjének meghatározásán alapuló méréseinkbe. 10 férfi és 4 nő vett részt a vizsgálatban, átlag életkoruk 35,4 év volt (17-80 év között). 13 betegnek volt allergiás rhinitise, 9 betegnek asztmája. A vizsgálatban résztvevőknél nyírfá pollen kivonattal (ALK-Abello) és almával bőrpróbát végeztünk. A kilégzett levegő NO-szintjét NIOX-készülékkel mértük 2 alma elfogyasztása előtt, majd azt követően 30 és 60 perccel. Az Eredményeket statisztikailag ANOVA módszerrel dolgoztuk fel.

Eredmények: A bőrpróbában 7 esetben észleltünk almára pozitív reakciót. Alma-fogyasztás után 4 betegnek jelentkezett OAS-ra jellemző tünete, közülük 2-nél a bőrpróba almára pozitív reakciót mutatott. Az NO szint mérés eredménye nem igazolt összefüggést a klinikai tünetekkel.

Összefoglalás: Vizsgálatainkkal ki tudtuk mutatni az ismert keresztreakció jeleit az alma és a nyírfá között. A kilégzett levegő NO-szint meghatározása azonban nem bizonyult alkalmasnak az étel-terheléses vizsgálatok kimenetelének objektív mérésén alapuló megítélésére.

55

A MÁJTRANSZPLANTÁCIÓIG VEZETŐ ÚT HOSSZÚ ÉS NEHÉZ – ESETISMERTETÉS

Hodosy M.¹, Róbertné Hasúlyó E.¹, Koós T.¹, Szalainé Gazda É.¹, Visnyei Z.¹, Varsányi M.¹, Czeglédi Z.¹, Schafer E.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹

Állami Egészségügyi Központ Gasztroenterológia ¹

45 éves toxikus eredetű májbetegségben szenvedő nőbeteg esetét szeretnénk bemutatni, aki számunkra mára többet jelent, mint egy hétköznapi beteg. Ő Piroška. 2008-ban kezeltük először osztályunkon nyelőcső varixvézés miatt. Fél év múlva TIPS behelyezése történt, majd transzplantációs listára került a beteg. 2009 végén ismételt varixvézés miatt került felvételre. Közel 2 hónapig kezeltük subintenzív részlegünkön, vérzések miatt közel 10 alkalommal történt gastroscopia, 3 alkalommal szkleroterápia. Sikertelen endoszkópos vérzéscsillapítás miatt 10 alkalommal SBnszondát kellett helyezni. TIPS elzáródás miatt 3 alkalommal történt TIPS revízió. Összesen 30 E vvt és FFP koncentráttal transzfundáltuk a beteget. Kezelésünk során a beteg transzplantációs riasztást kapott, ám a műtét előtti vizsgálatok során egyrészt a donor máj (zsírmáj), másrészt pedig - anesthesiológiai konzílium alapján - betegünk is alkalmatlannak bizonyult a transzplantációra. Visszavételét követően több alkalommal volt ismételt varixvézése, vérzését sajnos csak SB szondával tudtuk megállítani. Piroskán depresszió tünetei jelentkeztek, magába fordult sokat sírt, semmilyen tanácsot nem fogadott meg, ami a gyógyulását segítette volna. Piroška két kamasz gyermeket nevelt egyedül, akik a nap nagy részében édesanyjuk mellett voltak ebben a válságos időszakban és a felépülésében sokat segítettek. Sok energiánkba telt, de napok múlva ismét a mosolygó Piroskát tudhattuk magunk mellett. Jelenleg a beteg panaszmentes, transzplantációs értesítésre vár. Ambulanciánkon rendszeresen jelentkezik ellenőrző vizsgálatra a megadott időpontban. Minden egyes pillanatban, amikor megszörien a telefonja, összerendez és reménykedik, hogy ez már az igazi riasztás lesz. Jól tudja, hogy ekkor valakinek az élete ér véget, de neki és családjá számára ez egy új élet kezdetét jelentheti. Kitaró és sikeres kezelésünkben nagy szerepe volt a beteg együttműködésének, testi-lelki krízis szituációkban is erős akarátának, kitartásának, mely

egyaránt elmondható volt osztályunk minden dolgozójáról, beleértve a nővéri-endoszkópos asszisztensi-orvosi team-et.

56

AZ FGFR1 ÉS PAX9 SNP-K SZEREPET JÁTSZANAK A FOGCSÍRAHÁNYOK KIALAKULÁSÁBAN A MAGYAR POPULÁCIÓBAN

Hontvári D.¹, Stiedl P.¹, Jobbágy-Óvári G.¹, Soós B.², Hermann P.², Madlén M.³, Varga G.¹, Tarján I.³

Semmelweis Egyetem FOK, Orálbiológiai Tanszék ¹, Semmelweis Egyetem FOK, Fogpótlástani Klinika ², Semmelweis Egyetem FOK, Gyermekfogászati és Fogszabályozási Klinika ³

Bevezetés: A genetikai tényezők szerepét a hypodontia (Hyp) kialakulásában egyre több irodalmi adat igazolja, de az eredmények jelentős populációs különbségeket mutatnak. A Pax9 és az Msx1 gének egyszerű nukleotid polimorfizmusairól (SNP) már korábban bizonyították, hogy rizikófaktorok tekinthetők a Hyp kialakulásában, azonban, az Irf6 és Fgfr1 SNP-k szerepét eddig csak a van der Woude szindróma és a szindrómás szájpadasadék kialakulásában igazolták. Célunk, hogy megismerjük a Hyp genetikai hátterét, feltérképezzük a kialakulásában szerepet játszó SNPket a hazai populációban.

Módszerek: 97 Hyp betegből és 223 egészséges önkéntesből (Kon) álló csoportok nyálkahártyakaparek-mintáiból panoráma röntgenfelvétel után DNS-t izoláltunk, majd real-time PCR alapú SNP assay-kkel mutattuk ki a fogfejlődésben szerepet játszó gének (Pax9, Msx1, Axin2, Irf6, Fgfr1) SNP-it. A genotípusok eloszlását és az allélgyakoriságokat Khi-négyszet próbával vizsgáltuk.

Eredmények: Sikeresen optimalizáltuk a Pax9 (-1031G/T, -912C/T), Axin2 (148C/T, 432C/T), Msx1 3755 A/G, Irf6 A/G rs764093, és Fgfr1 C/T rs881301 SNPk kimutatási eljárásait. Szignifikáns különbséget találtunk az allélgyakoriságban a két csoport között az Fgfr1 C/T és Pax9 -912 C/T SNP-k tekintetében. A Pax9 -912 ritka T allél a Hyp csoportban 43%-ban, a Kon csoportban 40%-ban fordult elő (OR=1,7). Az Fgfr1 C/T esetén pedig a ritka C allél 33%-ban volt jelen a Hyp csoportban, míg a Kon csoportban 40%-ban (OR=0,5). A C/C ritka genotípus a Hyp csoportban 11%-os volt, míg a Kon 16 %-ot mutatott (OR=0,7).

Következtetés: Az Fgfr1 rs881301T/C SNP T alléljáról elsőként bizonyítottuk, hogy rizikófaktorok tekinthetők a Hyp kialakulásában, ugyanúgy mint a Pax9 -912 T allélja. Ez utóbbi az irodalmi adatok megerősítése. A két allél jelenléte növeli a betegség kialakulásának kockázatát a magyar populációban. Eredményeink új diagnosztikus stratégiák kidolgozásához vezethetnek, és előrevetíthetik a rendelkezésére álló korai felismerését.

A munkához az OTKA 75782 kutatási támogatás nyújt fedezetet.

57

THE ROLE OF ENVIRONMENTAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Horváth E.¹, Horváth A.¹, Németh D.¹, Pesti V.¹, Csihi L.¹, Szalay F.¹, Semmelweis University, 1st of Medicine¹

Introduction: The hepatocellular carcinoma (HCC) is the 5th most common tumorous disease in the world. Its importance is growing. 600-900 new cases with HCC are diagnosed in Hungary in each year. Beyond hepatitis viruses, metabolic and immunological liver diseases other environmental factors play role in its etiology.

Aim: analysis of cases with hepatocellular carcinoma from the aspect of etiology and survival from 2004 to 2009 in the 1st Department of Medicine of Semmelweis University. We studied retrospectively the clinical data, the etiological factors and the efficiency of the treatment.

Results: We processed altogether data of 163 patients with HCC (M/F=113/50, mean age 64 years). The youngest patient was 19; the oldest was 91 years old. The 5 year survival was 3.68%; the mean survival was 12 months. The survival rate was 17.8% at the end of the study. The hepatocellular carcinoma developed from cirrhosis in 89% of the cases. The most common etiological factor was the hepatitis C virus in 46 cases out of 86 (53%). The second most common cause is the alcohol (31/86, 36%). 6 patients had hepatitis B (7%), 3 had haemochromatosis (3,5%), 2 had primary biliary cirrhosis (2,3%), 1-1 had Wilson's disease and non-alcoholic steatohepatitis. Two cases included a history of exposure to organic solvents. The HCC developed in non-cirrhotic liver in eight cases. More environmental factors played a role at the same time in a group of patients (8/86)

(alcohol+HCV, alcohol+HBV, HCV+toxin). The AFP level was above the reference range in two third of the patients (average: 5635,5 ng/ml). The highest AFP level was 104800 ng/ml. 14 patients were treated with sorafenib (Nexavar).

Conclusions: The hepatocellular carcinoma is a poor prognosis disease. The highest risk for HCC in our Hungarian patients is associated with HCV infection. According to our analysis the disease is usually diagnosed at late stage. Our data confirm the importance of the early diagnosis and indicate the curative effect of proper time surgical resection or transplantation.

58

SCURVY - CASE REPORT

Iliás A.¹, Faludi P.¹, Teller A.¹

Uzsoki Hospital Dept. Gastroenterology ¹

Introduction: Vitamin C is not synthesised by human body, its' need has to be covered by nutrition. Today vitamin C deficiency is considered to be part of history. Occurrence of people with this disease is not already count with. At present, blood level of vitamin C is not measured in Hungarian laboratories.

Case report: We report the case of a 44 year old male who has only been consuming dairy products for a year. Two weeks before his admission petechiae than confluent haematomas appeared on both of his legs. He felt his legs heavy and stuffed, and slightly itchy at times. No abnormalities were detected on his gums. No organic diseases were revealed by laboratory and instrumental analysis, coagulation parameters were normal, too. Positivity of the Rumpel Leede test indicated vascular origin of the purpurae. On empirical basis, vitamin C therapy was started. No new bleedings and purpurae appeared afterwards, existing ones started to disappear by the time of discharge.

Conclusions: Vitamin C content of milk is very low because of heat treatment. Recommended daily intake is not covered by consumption of dairy products. Without laboratory background, diagnosis can only be established and commented on the knowledge of special diets and clinical manifestations. Since number of patients who might have a disease originating from vitamin C deficiency (homeless, people on extreme diets leading to hypovitaminosis, alcoholics and oncological patients) is increasing, there is a need that laboratories should be capable to determine the blood level of this vitamin and other trace elements.

59

UPPER GASTROINTESTINAL MOTILITY IN PATIENTS WITH SLOW-TRANSIT CONSTIPATION

Illés A.¹, Király A.²

Medical Center of Komló ¹, 1st Dept. of Medicine, Medical University of Pécs ²

Background: Slow transit constipation is one of the common causes of chronic constipation. The number of Cajal cells in the muscular layer was decreased in the patients with slow colonic transit. Patients may have motor abnormalities not limited to the colon. The aim of this study was to determine motility abnormalities of the upper gastrointestinal tract in patients with slow-transit constipation.

Patients and Methods: 16 consecutive patients (5 male and 11 females, median age: 56 years, range: 46-70 years) and 10 healthy controls (7 male, 3 females, median age: 23 years, range: 20-24 years) were included in the study. Slow colon transit constipation was detected by colon transit markers. Colon transit is defined to be slow when the average time of colon transit is more than 72 hours. Gastric emptying was measured by C13 octanoid acid test, orocecal transit time was measured by lactulose-H2 breath test. We determined T1/2, gastric emptying coefficient (GEC) and orocecal transit time in patients and healthy control groups.

Results: Gastric emptying was slow in 62,5 % of the patients. 2 patients had very slow gastric emptying. T1/2 time was significantly slow in the constipated group (110 min vs. 68 min, p<0,05), significant difference were observed in GEC between the patients and control group (4,0 vs. 2,7, p<0,05). Orocecal transit time of patients with slow colonic transit was found to be more slow than that of healthy control, but it was not significant. (120 min vs. 90 min, NS).

Conclusion: Patients with slow colon transit constipation frequently display motor abnormalities of the upper gut. These findings further strengthen the concept that this condition may represent a panenteric disorder.

60

TÜNETEKTŐL A DIAGNÓZISIG: ÖTVENHAT ÉV

Illés K.¹, Maros K.¹

Csepeli Eü Szolgálat, Gastroenterologia ¹

Célkitűzés: A szerzők egy lisztérzékeny család történetének ismertetésével szeretnék felhívni a figyelmet arra, hogy mind a klasszikus tüneteket hordozó, mind azokat egyértelműen fel nem vonultató betegek esetén is gondoljunk a betegség fennállásának lehetőségére.

Esetismertetés: A nőbeteg 58 éves korában jelentkezett szakrendelésünkön. Betegsége két éves korában kezdődött hasi görcsök, hasmenés miatti hospitalizációval. Ezt követően számtalanszor került sor kivizsgálásra változatos tünetek miatt. A felállított diagnózisok és az azokra adott kezelések eredménytelenek voltak. A beteg elvárása a diagnózis feállítása, tünetmentesség, életminőség javulás és súlygyarapodás elérése volt. Lisztérzékenységre gondolva szerológiai vizsgálat, duodenoszkópia és biopsziás mintavétel történt. A duodenum makroszkópos képe tovább erősítette a gyanút, melyet az extrém magas transzglutamináz IgG és IgA valamint a boholy atrófia egyértelműen igazolt. A bevezetett diéta hatására panaszmentessé vált, majd súlygyarapodása is megindult. Sor került a családstrűzésre is. Édesanyjánál nem találtuk meg a betegséget, édesapja már elhunyt. Két gyermeke van. 38 éves fiánál korábban többször került sor gasztroenterológiai kivizsgálásra és kezelésre, eredménytelenül. A vizsgálatok igazolták lisztérzékenységet. Az ő 10 éves, kislányú, alacsony növésű fiúgyermekénél szintén kimutatható volt a betegség. Diéta mellett mindketten panaszmentesek. A beteg 38 éves lányánál, bár szerteágazó panaszai voltak, korábban nem történt kivizsgálás. A betegség meglétét nála is ki tudtuk mutatni. Két gyermeke közül a 14 éves élsportoló fiú egészséges, 4 éves, kislányú, hasfájós fiúgyermek jelenleg szeronegatív.

Megbeszélés: A lisztérzékenység változatos tüneteket adó megbetegedés. Viszonylagos ritkasága ellenére gondolni kell rá, mert valódi gyakoriságáról csak gondos keresésekor kaphatunk pontos képet.

61

THE EFFECT OF ASPIRIN TREATMENT ON THE MUCOSAL CYCLOOXYGENASE-2 (COX-2) ACTIVITY IN PATIENTS WITH BARRETT'S METAPLASIA: A FOLLOW UP STUDY.

Inczei O.¹, Németh I.², Izbéki F.¹, Róka R.¹, Vadász K.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹

1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary ²

It is known that the increase of the COX-2 expression is an early step in the sequence of malignant transformations including Barrett's metaplasia and esophageal adenocarcinoma. Furthermore retrospective studies have shown a decreased incidence of esophageal adenocarcinoma in patients on aspirin treatment. Aim: to determine changes of COX-2 expression in patients with esophageal metaplasia after acetyl-salicylic acid + proton pump inhibitor (PPI) treatment compared to PPI treatment alone.

Patients, Methods: 103 patients were studied prospectively (M/F: 52/51, mean age: 54 years (25-77)) with average follow-up time of 29 (7-60) months. Patients were submitted to upper gastrointestinal endoscopy and histology on enrolment and later at every 3-6-12 months, depending on the histological stage of the disease. Treatment arms were PPI + ASA (40 mg pantoprazole b.i.d. + 300 mg acetyl-salicylic acid) and PPI alone (40 mg pantoprazole b.i.d.). The COX-2 activity was determined in the glandular mucosa by immunohistochemistry. The staining intensity was scored between 0 and 3 by 2 independent histologists. Primary endpoints were the change of COX-2 activity and the histological stage of the disease.

Results: The COX-2 activity did not change significantly in the glandular mucosa in the studied treatment groups (PPI before/after: 1.8/1.9, PPI+ASA before/after: 2.0/2.1). Subgroup analysis of patients with intestinal and non-intestinal metaplasia yielded similar Results. Further evaluation revealed a significant decrease in COX-2 activity in ASA treated male patients with intestinal metaplasia and low grade dysplasia (2.5/1.6, p<0.05). In contrast the COX-2 activity is somewhat increased in the control group (1.7/2.1, p=0.07).

Conclusions: The administration of ASA had a limited effect on

mucosal COX-2 activity in patients with esophageal metaplasia in the applied dose. Male patients with low grade dysplasia may benefit from this treatment. (UMFT-TÁMOP-4.2.2-08/01, 340/09-ETT)

62

SIMPLE APPENDICITIS? ABDOMINAL ACTINOMYCOSIS MIMICKING ACUTE APPENDICITIS - CASE REPORTS

Iványi A.¹, Kálnay T.¹, Pop G.¹, Tolvaj G.², Kósa R.³, Schafer E.², Lestár B.¹

Állami Egészségügyi Központ, II. sz. Sebészeti, Budapest ¹, Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest ², Állami Egészségügyi Központ, Patológia, Budapest ³

Introduction: Abdominal actinomycosis is a rare inflammatory entity caused by an anaerobic gram-positive bacterium called *Actinomyces israelii*. Intestinal actinomycosis involves the cecum, appendix and terminal ileum in 65% of cases. Since it is difficult to diagnose preoperative diagnosis is rare.

Case reports: In 2009 3 pts with abdominopelvic actinomycosis were identified in our department. (Age: 31±3ys, female/male: 2:1). Clinical symptoms were: right lower quadrant abdominal pain (3/3 cases), mild fever (2/3 cases), pulse rate was 95-120/min (3/3), tenderness and rebound pain (3/3 cases), weight loss (1/3 cases), painful mass (2/3 cases). Laboratory result were within normal limits, except elevated CRP level (38-95 mg/L) and leukocytosis (16.9-19.6). The pts's clinical signs, laboratory result and abdominal ultrasonography and/or computed tomography (3/3) suggested acute appendicitis, surgery was performed in all cases. In one case appendectomy was performed, in two pts explorative laparotomy, right hemicolectomy was performed with ileocolonic anastomosis. Microscopic examination of the surgical specimen revealed chronic follicular transmural inflammation throughout the appendiceal wall and colonic wall, associated with non-necrotizing granulomas consisting of epithelioid and giant cells. After surgical procedures, ceftriaxone or imipenem/vancomycin treatment was used, after definitive diagnosis pts were treated by amoxicillin oral therapy for 1-6 months. In one case with hemicolectomy, reoperation was performed with ileostomy secondary to abdominal abscesses. After 2 months postoperatively, colonoscopy showed normal mucosa, abdominal CT did not show other lesions suspicious for actinomycosis, ileostomy was closed.

Conclusions: colon actinomycosis should be considered in the diagnosis of pts who present with non-specific symptoms and signs, including fever, palpable mass, right lower quadrant pain and leukocytosis. Immediate and accurate diagnosis (FNA, cytological examination), penicillin administration decreases morbidity and may limit surgical procedures.

63

A CASE WITH SCHWANNOMAS AT THE CELIAC TRUNK CAUSING PANCREATITIS REMOVED SURGICALLY, AND IN THE LIVER TREATED BY RADIOFREQUENCY ABLATION

Izbéki F.¹, Petri A.², Farkas G.², Höhn J.², Morvay Z.³, Palkó A.³, Tiszlavicz L.⁴, Rosztóczy A.¹, Takács T.¹, Wittmann T.¹

1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary ², Department of Radiology, University of Szeged, Szeged, Hungary ³, Institute of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary ⁴

Background: Schwannoma is a benign tumor of the nerve sheath which can infrequently develop in the gastrointestinal tract or retroperitoneal cavity.

Patient and Methods: We report the case of a 37-year old woman who had a history of removal of retroperitoneal schwannoma 15 years earlier. In 2006 she was examined for recurrent abdominal pain. Abdominal US identified a sharply defined hyperechoic solitary mass of 20 mm in the IV segment of the liver and a cyst of 18 mm in the tail of the pancreas. The diagnosis was hemangioma of the liver and pancreatic pseudocyst. During a follow up period of 6 months the liver mass remained unchanged and the pancreatic cyst disappeared. Six months later the patient became symptomatic again. In addition to a slight increase of the liver mass, the US examiner described a mass resembling lymph nodes at the celiac trunk; US-guided biopsy was taken and the histology revealed schwannoma. The patient was scheduled for MRI which challenged the diagnosis of hemangioma in the liver, and identified a pseudocyst of 17 mm in the pancreatic tail

again. The US-guided biopsy of the liver mass proved to be schwannoma on histology. The patient continued to be symptomatic with intermittent elevations of the pancreatic enzymes. The pancreatic duct could not be visualized on ERCP, therefore an MRCP was performed which showed an increase of the mass at the celiac trunk (35 mm) which slightly lifted the body of the pancreas, displayed a wider pancreatic duct and small cysts in the tail. The schwannoma at the celiac trunk was enucleated surgically. The other one in the liver was not removed because represented a high surgical risk by localization; however, with respect to its increasing tendency in size radiofrequency ablation (RFA) was applied.

Conclusions: The lack of specific symptoms, radiological characteristics of this benign tumor affecting two abdominal organs made the diagnosis challenging. History, CT and MRI help raise the suspicion of this diagnosis, definitive diagnosis, however, requires histology.

64

CLAUDIN-1 EXPRESSION IN CHRONIC HEPATITIS C

Jármay K.¹, Karácsony G.¹, Kiss A.², Schaff Z.²

1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²

Introduction: Tight junction protein claudin-1 (CLDN-1) localized at most apical portion of plasma membrane was identified recently as key factor for hepatitis C virus entry. Increased expression of CLDN-1 was detected in cirrhotic liver and hepatocellular carcinoma. No data, however are available on expression of CLDN-1 during progression of chronic hepatitis C (CH-C) and association with liver steatosis. Aim of our retrospective study was to analyse correlation of CLDN-1 expression with degree of necroinflammation (HAI) and steatosis in CH-C.

Materials and Methods: 47 paraffin-embedded liver biopsy samples obtained from CH-C patients were studied and divided into 2 groups: steatosis-free (n=18) and those containing various amounts of fat (n=29). HAI was determined on HE-stained sections. CLDN-1 was detected by immunohistochemistry (IH) and evaluated semiquantitatively. Number of CLDN-1 positive hepatocytes (HC) and bile duct cells (BDC) was counted, scored (1-3) and density of reaction evaluated (1-3). Steatosis was scored as 1-3. Serum alkaline phosphatase (SAP) values in the different groups were compared with other data. Statistical analysis was done by Mann-Whitney rank sum test and Spearman's rank order correlation method.

Results: CLDN-1 expression was higher in BDCs of steatotic, than non-steatotic livers ($p < 0.004$), but no such differences were observed in HCs. In patients without steatosis there was significant positive correlation between SAP values and CLDN-1 positivity in BDCs ($r=0.627$, $p<0.03$). In steatotic liver significant correlation was observed between degree of steatosis and percentage of CLDN-1 positivity in BDCs ($r=0.437$, $p<0.02$) and HCs ($r=0.500$, $p<0.01$). There was negative correlation, however between degree of intralobular necrosis and percentage of CLDN-1 positivity of HCs ($r=0.62$, $p<0.01$).

Conclusion: Degree of CLDN-1 expression is a good marker for histological activity both in BDCs and HCs, especially in steatotic CH-C patients.

Supported by grants ETT-089/2009 by Hungarian Ministry of Health and OTKA T75468 by National Scientific Research Fund.

65

GÉNSZKENNELÉS ALKALMAZHATÓSÁGA VASTAGBÉLRÁKOK MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Jóri B.¹, Székely C.¹, Tölgyesi Z.¹, Schwab R.², Peták I.¹

KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ¹, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ²

Bevezetés: A vastagbélrákok célzott terápiája során a sikeresség szempontjából kulcsfontosságú a kezelést kizáró mutációk pontos, gyors és költségkímélő meghatározása. Az utóbbi időben a KRAS gén szomatikus mutációinak meghatározása mellett a BRAF és a PIK3CA elemzése is fontossá vált. A magas érzékenységű olvadási görbe analízis, azaz a génszkenelés módszere lehetővé teszi a kizárólag vad típusú, illetve mutáns allélt is tartalmazó minták

elkülönítését, így előszűrő módszerként integrálni kívántuk molekuláris diagnosztikánk során.

Anyag És Módszer: A retrospektív analízis során 30, előzőleg makrodiszsektált, formalin fixált parafinba ágyazott vastagbélrák szövetszövetmintából származó DNS-t vizsgáltunk Roche Lightcycler 480 platformja segítségével KRAS (1 exon), BRAF (2 exon) és PIK3CA (2 exon) génekre. A módszer érzékenysége és a mutációt tartalmazó allél arányának meghatározására ismert mutációs státuszú, sejtvonal eredetű (RKO, HT29, HCC827, H358, SW480, HT29) kontroll DNS mintákat használtunk. Az alkalmazott standardok illetve keverékek hozzájárultak a mutációt tartalmazó allél arány megállapításához.

Eredmények: A génszkennelés a KRAS estében 30%-ban, BRAF-nál és PIK3CA-nál 85%-ban zárta ki a szomatikus mutációk jelenlétét. A mutánsnak nyilvánított mintákat Sanger-szekvenálással erősítettük meg. Megállapítható, hogy a génszkennelés több mint 95% feletti szenzitivitással mutatta ki a KRAS, BRAF és PIK3CA mutációit, akár 15%-os mutáns allél arány esetén is.

Diszkusszió: A génszkennelés rendkívül jól integrálható a molekuláris diagnosztikai platformunkba, melynek során a génszkenneléssel előszűrte mintákból standard Sanger-szekvenálással erősítjük meg a mutáció pontos típusát.

66

ACUT GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSA A KARCAGI KÁTAI GÁBOR KÓRHÁZBAN 5 ÉV ADATAI TÜKRÉBEN

Kabai A.¹, Szentes G.¹, M.Tóthné Kállai E.¹

Káta Gábor Kórház Karcag, Gasztroenterológiai szakrendelés¹

Kórházunkban 20 éve működik gasztroenterológiai szakrendelés. Ellátási területünk alapján 110 ezer ember szakellátását biztosítjuk.

A gasztrointestinális vérzés miatt kórházunkba érkező betegeket a SBO fogadja. Intézetünkben szakmai konszenzus alapján az endoszkopos módszerrel és konzervatív terápiával sikeres vérzés csillapítás után belgyógyászati osztályon, újra vérzés magas kockázata esetén sebészeti osztályon helyezük el a beteget. Preashock-os, shock-os állapotú beteg az intenzív osztályra kerül és vitalis paraméterek stabilizációja mellett a helyszínen végezzük a vizsgálatot. A gyűjtött és feldolgozott adatok a munkaidőben ellátásra kerülő akut vérző betegek ellátását mutatja. A vizsgált időszakban elvégzett 17 187 vizsgálatból 580 esetben történt sürgős vizsgálat, mely az összes vizsgálat 3% - nak felel meg. 12 852 gasztroscopos vizsgálatból 505 (3,9 %) és 4335 colonoscopiás vizsgálatból 75 (1,7 %) sürgős vizsgálat történt. A vérzés típusok, ellátásuk felosztása, sikerességük az előadás anyagában részletesen szerepelnek.

A vérző betegek ellátása az endoszkopos asszisztenciától is pontos, koncentrált és sokrétű feladatot követel meg a fokozott stressz helyzetben, hisz az endoszkopos beavatkozás sikeressége nagymértékben befolyásolja a beteg további állapotát. A tápcsatornai vérző betegek ellátása azonban olyan szakmai kihívás mely nem csak a gasztroenterológiát hanem a társ szakmák együttműködését is igényli (OMSZ, SBO, intenzív, aneszteziológia, transfúziológiai stb.) szigorú szakmai protokollok betartását követve.

67

VÉRZÉSFORRÁS KERESÉSE OKKULT GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSEKBE: NA-HEPARINNAL ÉRZÉKENYÍTETT KÉPALKOTÓ ELJÁRÁSOKKAL SZERZETT TAPASZTALATAINK KÉT ESET KAPCSÁN

Kacska S.¹, Gacsál N.¹, Tornai T.¹, Szabados L.², Ifj. Péter M.³, Altörjay I.¹

DE OEC, Gasztroenterológiai Tanszék¹, DE OEC, PET-CT Orvosi Diagnosztikai Kft², Euromedic Diagnostics Szeged KFT³

Gasztrointestinális vérzés esetén –legyen az manifeszt, vagy okkult-, a negatív endoszkopos vizsgálatok után angiographiával, ill. scintigraphiával célszerű a vérzésforrás után kutatni. A korábbi klinikai tapasztalatok alapján –még manifeszt vérzések esetén is- ezek érzékenysége megközelítően 33% (Can Assoc Radiol J. Mernagh JR és mtsi).

Első esetünkben ismert endocrin pancreas tumorral, és gravis anaemiával kezelt betekünben hónapokig kerestük a vérzésforrást. Számos gastroszkópia, kolonoszkópia, valamint angiographia után végeztünk Na-heparinnal érzékenyített scintigraphiát. A primer negatív vizsgálatot követően 2 ml Na-heparin iv. beadása után a korábbiól

ismert primer tumor területén volt látható a vérzés. A heparint protamin szulfáttal függesztettük fel. A sebészi beavatkozás során a tumoros területen a vékonybélbe törő ércsonkot találtuk, mely ellátása után a vérzés nem ismétlődött.

Második esetünkben akut, keringést megrendítő vérzés után pozitívumot nem hozó endoszkopos vizsgálatok után követően végeztünk angiographiát. A primer vizsgálat során extravazációt nem észleltünk, míg az angiographiás kanülbe beadott 2 ml Na-heparin után az ileum területén láthatóvá vált a vérzés. Az angiographia után szintén protamin szulfátot kapott. A műtét alatt végzett intraoperatív endoscopia során az ileum középső harmadában 30 cm-es szakaszon számos telegangiectasia volt látható, melyet rezekáltak, a vérzés nem ismétlődött.

Irodalmi adatok szerint (Can Assoc Radiol J. Mernagh JR és mtsi) a heparin az angiographia érzékenységet 33%-ról 67%-ra emeli, mely megfelel az általunk észleltnek. Az angiographia magyarországon széles körben elérhető vizsgálat, Na-heparinnal érzékenyítve a vizsgálat jóval szenzitívebb, biztonságos, s a vérzésforrás ismeretében a terápiás költség is jóval kisebb.

68

PATKÁNY PULPA ÉS FOGGYÖKÉRHÁRTYA EREDETŰ PROGENITOR SEJTEK IN VITRO VIZSGÁLATA

Kálló K.¹, Porcsalmy B.¹, Földes A.¹, Blazsek J.¹, Gerber G.², Varga G.¹

Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Anatómiai, Szövet és Fejlődéstani Intézet, Budapest²

Szöveti őssejtek jelenléte mutatható ki a legújabb kutatások szerint fogeredetű szövetekben, így a paradontális ligamentumban és a fogpulpában is. Primer sejtenyészetet kívántunk létrehozni patkány fogpulpá és foggyökérhártya szövetből, és klonogén, progenitor tulajdonságokkal bíró sejteket igyekeztünk azonosítani, majd vizsgáltuk a sejt kultúrák differenciálódási képességét.

A sejteket patkány metszőfog pulpából és foggyökérhártyából izoláltuk. A szövettenyésztést 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) érleltük tovább.

A DPSC, és a PDLSC sejtek is elnyújtott, fibroblast-szerű és epitheliális morfológiát is mutattak. A tenyészetek több passzálon keresztül képesek megőrizni proliferációs képességüket. Oszteogén médium hatására mineralizálódást mutattunk ki 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 expresszáldotak már a differenciálatlan sejtenyészeten is. Emellett minimális szinten a késői neuronális markerek (NFM, NSE) is detektálhatóak. Az idegi differenciálathoz ideje alatt ezek szintje jól követhető módon, differenciálisan változott. Eredményeink szerint a patkány pulpa és paradontális ligamentum mind idegi, mind oszteogén differenciálódásra is képes sejt populációt tartalmaz a humán tenyészethez hasonlóan. Folyamatban lévő kutatásaink célja, ezen sejtek patch-clamp technikával történő vizsgálatával igazolni, hogy a morfológiai változások összhangban vannak-e a funkcionális tulajdonságokkal, valamint in vivo transzplantációs kísérletekben vizsgálni a sejtek integrációs képességét.

69

METHYLATION-RELATED BIOMARKER IDENTIFICATION BY GENE EXPRESSION ANALYSIS OF LASER MICRODISSECTED COLONIC CELLS

Kalmár A.¹, Spisák S.², Galamb O.², Wichmann B.¹, Sipos F.¹, Tóth K.¹, Schöller A.³, Molnár B.², Tulassay Z.²

2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest³

Background: Changes of the DNA methylation pattern is proven to be an important process during tumorigenesis. These alterations can be analysed by whole genome microarray combined with laser captured microdissection (LCM).

Aims: Our aim was to identify mRNA expression patterns using LCM samples to determine the underexpressed genes in colorectal adenoma and tumor compared to the healthy stage. Furthermore, we aimed to analyse the possible mechanisms of downregulation, such as cancer related methylation using a cell culture model.

Methods: From 6 colorectal cancers and 6 adenomas, 5000 epithelial cells were collected from the healthy and the pathological regions by PALM LCM system. After microarray analyses, downregulated genes were identified. In parallel, HT29 cells were demethylated with 5-aza-2'-deoxycytidine and the upregulated genes were determined. The selected genes were validated by RT-PCR. Bisulfite sequencing and immunohistochemistry for a selected gene (PTGDR) were also performed.

Results: During the adenoma-carcinoma sequence 95 genes showed gradually decreasing expression and in cell culture model 66 upregulated genes were identified after demethylation. Between these groups there were 17 overlapping genes (including CDKN2B, POU2F3, RASSF6), which were validated on independent samples by RT-PCR. PTGDR is one of the potential methylation-regulated genes, whose reduced expression was confirmed by immunohistochemistry along the adenoma-carcinoma sequence. In the promoter region of the gene 3 CpG islands were predicted, where the methylation status was determined.

Conclusion: The regulation of the identified genes showing decreased expression during the adenoma-carcinoma sequence progression can be associated with DNA methylation. On the basis of our results, the set of genes including tumorsuppressors, can be determined genome-wide, which can be key factors in the formation and the prognosis of the disease.

70

A MINŐSÉGI COLONOSCOPIA SZEMPONTJAI ÉS AZ ASSZISZTENSŐ SZEREPE A VIZSGLATI CÉLOK ELÉRÉSÉBEN

Kalmárné I.¹, Kürthyne J.¹, Ádámné I.¹, Tátrai E.¹, Hamvas J.¹,
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterológia

A minőségi colonoscopya végzése kapcsán a colon carcinoma diagnosztikájának fontossága miatt egyre nagyobb hangsúlyt kap a különböző vizsgálóhelyek megbízhatósága. A kritériumok megvalósítása és a sikeres vizsgálat nagyban függ a vizsgáló orvos és az asszisztens együttműködésétől. A minőségi colonoscopya feltételrendszere több összetevőt tartalmaz. Alapvető az orvos vizsgálói rutinja. Lényeges az endoscopya rendszer fejlettsége, a megfelelő bél tisztaság a sedatio jellege, mértéke, a teljes colon vizsgálata, azaz a cecum elérése, megfelelő ideig tartó vizsgálat, a polypok felismerésének sikere, a szövődmények aránya, és a vizsgálatok dokumentációja, rögzítése.

Beteganyag és módszer: Endoscopya laboratóriumunkban évente kb.: 3200 colonoscopyát végzünk. Rendelkezünk nagyfelbontású (HDTV) fényképező endoscopya rendszerrel, zoom colonoscopya, adatrögzítő informatikai háttérrel és közvetlen vizsgáló kapcsolattal előkészítő helyiséggel. A vizsgálatokat 8 szakorvos, és 2 szakvizsga előtt álló orvos végzi (utóbbiak felügyelettel), a vizsgálatban 1 vagy 2 asszisztens vesz részt. Az asszisztens részfeladatok szempontjából elemeztük a vizsgálatokat. Az előkészítés fokának felmérése, és kiegészítése, eszköz, tartozékok előkészítése, beteg fizikai és lelki előkészítése, sedatio, az eszköznek a vizsgálat alatti külső pozícionálása, a vizsgálat elektronikus rögzítése és dokumentációja, vizsgálati idő, és a beteg megfigyelése voltak a kiemelt területek.

Eredmények: Előkészítettség: 85%, cecum elérése: 90%, túlsedálás: 0,1%, rögzítés: 60%. Célnak tűztük ki az ideális vizsgálati idő elérésének megfigyelését, a precíz dokumentálást, egyben az onkológiai adatok (polypusok jellege eltávolítási arány) feldolgozásában való fokozott részvételt.

Összefoglalás: A videoeszközök térhódítása lehetőséget nyújt az asszisztens számára, hogy a vizsgálat látványának figyelemmel kísérése során hathatós segítséget nyújtson. Jó együttműködéssel az asszisztens jelzései fontossá válhatnak az endoscopya kép értékelésével elfoglalt orvos számára.

71

BENIGNUS COLORECTALIS BETEGSÉGEK LAPAROSCOPOS SEBÉSZETI ELLÁTÁSA

Kathy S.¹, Tóth D.¹, Bokor L.¹, Drahos D.¹, Kincses Z.¹,
Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. Általános Sebészet¹

Bevezetés: A laparoscopic colorectalis sebészet az utóbbi években egyre több intézményben rutinszerűen végzett eljárás. Az endoscopya úton el nem távolítható polypok és egyéb benignus colorectalis betegségek esetén törekedni kell a laparoscopic műtét végzésére. A laparoscopic műtét számos jól ismert előnye a műtétnek is jelentős.

Anyag és Módszerek: Osztályunkon 2005. jan. 1 - 2010. febr. 28-ig összesen 76 laparoscopic colorectalis műtétet végeztünk, ebből 12 esetben benignus betegség miatt került sor laparoscopic műtetre az alábbiak szerint:

6 esetben polypus coli, recti miatt végeztünk műtétet (2 jobb hemicolectomia, 2 sigma resectio, 2 recto-sigma resectio). 3 esetben sigma diverticulosis, 1 esetben idegentest perforatio okozta gyulladásos sigmabél miatt történt műtét (4 sigma resectio). 2 esetben Fournier gangréna miatt deviatio céljából végeztünk laparoscopic Hartmann műtétet. Kezdetben csak válogatott esetekben, majd - a 'learning curve' előrehaladtával - mind több beteg indikáltunk laparoscopic műtétet. Bemutatjuk az alkalmazott technika egy-egy részletét. Kiemeljük az elváltozás lokalizációjának lehetőségeit, nehézségeit. Elemezzük a műtét tapasztalatainkat, szövődményeinket.

Eredmények: Mortalitás nem volt. Konverzióra nem kényszerültünk. Intraoperatív komplikációt ezen beteganyagban nem észleltünk. Az elváltozás lokalizációja laparoscopic műtétnél sokszor nehezebb, mint a nyílt műtétnek. Ehhez némely esetben előzetes jelölést (tus, klip) alkalmaztunk. Reoperációt nem végeztünk. A felépülési idő laparoscopic műtét után szignifikánsan kevesebb volt. Postoperatív komplikáció nem volt. Resectiók során varratelégtelenség nem fordult elő. A tapasztalat növekedésével a műtét idő csökkenését észleltük.

Konklúzió: Az endoscopya úton el nem távolítható polypok, és egyéb benignus colorectalis betegségek esetén mindenképpen törekedni kell a laparoscopic sebészeti ellátásra. A laparoscopic sebészet ismert előnyei - gyorsabb postoperatív felépülés, kevesebb szövődmény, kozmetikai eredmények, stb. - itt is egyértelműek, végzése az alkalmazott technika mellett biztonságos, eredményes.

72

EPEÚTI INTERVENCIÓK BILIODIGESTÍV ANASZTOMÓZISON ÁT - ESETISMERTETÉS

Keckésné S.¹, Gaál E.¹, Szvatek A.¹, Kandikó K.¹, Tolmácsi B.¹,
Banai J.¹, Gyökres T.¹,
Gasztroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest¹

Bevezetés: Az epeutak kanülözése az esetek többségében könnyen elvégezhető ERCP során. Sikertelenség esetén az elővágáson kívül alkalmazhatjuk a distalis epeút proximális irányból való megközelítését is, ha megelőzően elvégzett biliodigestív anasztomózis ezt lehetővé teszi. Eset: Egy 83 éves nőbeteg epigastriális, görcsös fájdalom miatt vettünk fel osztályunkra. Az ambulánsan elvégzett MRCP epeúti kövesség gyanúját vetette fel. A beteg anamnézisében 40 éve végzett cholecystectomya, majd két évvel később choledocholithiasis miatt choledochoduodenostomia műtete szerepelt. Az ERCP során a papilla egy nagyméretű diverticulumban ült, kanülözése nem volt kivihető, ezért a choledochoduodenostomián át a distalis epeútba, majd a papillán keresztül mélyen a duodenumba vezetődrótot helyeztünk le. A vezetőről lehúzott endoszkóp visszavezetése után az előemelt papilla - benne az anasztomózison belépő és a papillán kijövő vezetővel - könnyen kanülözhetővé vált. A papillotomia után ballonnal áthúztuk az epeutakat a kövek részben a papillán, részben a biliodigestív anasztomózison át távoztak. Az epe elfolyás tartós biztosítására epeúti stentet helyeztünk fel a papillán át a proximális epeútba, áthidalva a biliodigestív anasztomózist is. A három hónap múlva tervezetten megismételt ERCP során a stentet eltávolítottuk, a distalis choledochusból az anastomosis irányából lefelé tolt felfűt ballonnal távolítottuk el a kis reziduális köveket. Összefoglalás: A megelőző biliodigestív anasztomózis felhasználható nehéz epeúti intervenciók során.

73

COLONIC AND ANORECTAL DYSFUNCTION IN SPINAL CORD INJURY PATIENTS.

Király A.¹, Illés A.¹,

3rd Dept. of Medicine, University of Pécs, H-7632 Pécs, Akác str.1. ¹

Introduction: Bowel dysfunction is common after spinal cord injury (SCI). We aimed to determine the role of the hindgut in the symptom development and motor function (transit) of SCI patients.

Methods: A total of 5 patients with chronic complete SCI and 6 healthy volunteers were studied. All of the patients had lesions above Th5. All of the patients complained of constipation. Gut transit, rectal mechano- and electrosensitivity were tested.

Results: Slow colonic transit occurred in all patients, transit time was 102 hrs (70-144 hrs) in patients with constipation vs. control:30 hrs (24-48 hrs) $P<0.001$. Delay was pancolonic. All SCI patients had an elevated sensory threshold: 110 vs. 70 ml for urge, 300 vs. 120 ml for pain $P<0.001$, electrical stimulation: 1.0 mA vs 0.6 mA for discomfort ($P<0.01$) respectively.

Conclusions: In SCI, subjective constipation correlates closely with slow gut transit. Delay is pancolonic. Sensory testing provides evidence for completeness of lesion, providing evidence for pain transmission through sympathetic pathways.

74

IDENTIFICATION OF RESVERATROL FROM OIL SEEDS

Kisbenedek A.¹, Szabó S.¹, Marton K.¹, Müller K.¹, Márk L.², Figler M.¹,

Department of Nutritional sciences and Dietetics, University of Pécs ¹, Department of Biochemistry and Medical Chemistry, Faculty of Medicine, University of Pécs ²

Introduction: Effects of the majority of medicinal herbs are known, however there are some features we know little about. Oil seeds and mustard were already known and consumed in ancient times. Their effects may be due to minerals and vitamins found in large quantities in mustard. Their protein content is 28-36%, its amino-acid content is favourable. The oil content of mustard-seed is 30-40%, its composition of oil is similar to oil composition of other plants. Mustard is rich in phenol compounds similarly to oily-seed plants. From the phenol compounds the phenol acid and cinnamon acid as well as their derivatives are present in the mustard-seed. The antioxidant effect of mustard can be partly explained by its polyphenol and partly by its tocopherol content. Its volatile oil content is high; certain volatile oil components play a role in the treatment and prevention of diseases. Resveratrol is a phenolic compound found in plant tissues berries. In plants the trans- form is more common.

Methods: In the present work HPLC coupled MS and MS/MS analysis of UV irradiated trans-resveratrol solutions was carried out.

Results: On the chromatogram after ten minutes of irradiation a new component appeared following the peak representing cis-resveratrol. It was observed that parallel to the decrease of trans-resveratrol level in the solution, not only the amount of cis-resveratrol, but the amount of the new compound increased notably. Mass spectrometry provided the exact mass of this derivative (226.2 Da) which is 2 Da less compared to further MS/MS experiments and by collecting the mass of trans-resveratrol (228.2 Da).

According to the results of UV absorbance data the compound was identified as a product of oxidation (named as 3, 4', 5 trihydroxy-diphenylacetylene), where the double bond at the centre of trans-resveratrol changes into a triple bond.

Conclusions: Different types of mustard-seeds have equivalent nutritional values. Mustard is used by food industry and agriculture as fodder plant because of its favourable nutritional value and colloid chemical quality.

75

A MEGSZOKOTTÓL ELTÉRŐ ENDOSZKÓPOS BEAVATKOZÁSOK ÉS KOMPLIKÁCIÓK

Kiss G.¹, Szné Lakó K.¹,

Endoszkópos Labor, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr ¹

1. Diverticulosis a vastagbélben bárhol előfordulhat, általában a sigma bélben. Átmérője 3 mm és több mint 3 cm között változik és legtöbbszörösen fordul elő. Feltehetően a diverticulumba impactálódott faeces a környező erek erosióját okozza, ennek következményeként a diverticulum üregéből akár masszív vérzés is felléphet.

Vérző diverticulum ellátása: H.A. beteget haematochezia miatt vizsgáltuk. A vérző diverticulumot új módszerként haemoclippel láttuk el. A beavatkozás során fellépő komplikációt és annak megoldását is bemutattuk.

2. Nodus kezelése varix ligatúrával: P.L. beteget spriccelő rectalis vérzés miatt vizsgáltuk. Sebészeti konzílium műtétet nem tartott szükségesnek, ezért megoldásként oesophagus varix ligálásra használt gumigyűrűt helyeztünk fel a livid varixokra.

3. Oesophagus varix ligatúra komplikációval: B. G. beteget IV. stádiumú oesophagus varicositas miatt kezeltük varix ligatúrával. 3 gumigyűrű felhelyezése utáni komplikációt és annak technikai megoldását mutatjuk be.

76

ENDOSCOPIC OUTCOME OF MEDIUM TERM ADALIMUMAB THERAPY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE. NATIONAL DATA FROM HUNGARY

Kiss L.⁶, Czeglédi Z.¹, Miheller P.², Molnar T.³, Lakatos L.⁴, Palatka K.⁵, Farkas K.³, Szamosi T.¹, Banai J.¹, Tulassay Z.², Papp M.⁵, Altojay I.⁵, Nagy F.³, Papp J.⁶, Lakatos P.⁶,

Department of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest, Hungary ¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², 1st Department of Medicine, Szeged University, Szeged, Hungary ³, 1st Department of Medicine Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ⁴, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁶

Background/Aims: Adalimumab (ADA) is a fully human monoclonal antibody targeting tumor necrosis factor with proven efficacy in the treatment of Crohn's disease in clinical trials. In Hungary, regular long-term ADA therapy became available on an outpatient basis in December 2008 (since September 2008 as donation). In the present study our aim was to analyse the endoscopic outcome during 1-year ADA therapy in patients with Crohn's disease in specialized centers approved for biological therapy in Hungary until the 1st of November 2009.

Methods: Data of 139 CD patients were analyzed. (male/female: 61/78, mean age: 34.4 years, duration: 10.5 years). Indication for biological therapy was active luminal disease in 81 (58.3%) and fistulizing disease in 58 (41.7%) patients. Previous infliximab therapy was given in 68 (48.9%) patients. Concomitant immunosuppression was given to all patients at induction therapy (steroid 56 (40.3%), azathioprine: 101 (72.7%) or combined: 38 (37.7%)). Medical records were captured prospectively and analyzed retrospectively. Complete mucosal healing was defined as a Simple Endoscopic Score (SES-CD) of 0, meaning no signs of active inflammation in any colonic segment or in the terminal ileum

Results: After 52 weeks of ADA therapy overall clinical response rate was 59.6 (n=89), while 41.6% patients achieved clinical remission. In addition to the presence or absence of fistulizing complication, inflammation during endoscopy was moderate-to-severe according to the most affected segment by SES-CD in 88/106 (83.1%) prior to the biological therapy. At 52 weeks complete mucosal healing was observed during endoscopy in 11/57 (19.2%) of the patients with available endoscopy or dropout due to clinical deterioration/surgery.

Conclusion: Complete mucosal healing was achieved in almost one fifth of CD patients.

77

COELIAKIÁS BETEGEK ELSŐFOKÚ ROKONAINAK SZŰRÉSE COELIAKIÁS CENTRUMBAN

Kocsis D.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Pregun I.¹, Tóth D.¹, Tóth Z.¹, Lőrinczy K.¹, Tulassay Z.¹,

Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika ¹

Célkutatás: a coeliakia prevalenciája az átlagnépességben Magyarországon >1%, az igazolt lisztérzékenyek elsőfokú vérrokonainak körében átlagosan 10%, a másodfokú rokonoknál ez az

arány 2,6-5,5%. Retrospektív vizsgálatunkban a klinikánkon gondozott lisztérzékenyek, mint index személyek, elsőfokú rokonaink körében végzett családszűrések eredményeit tekintettük át.

Betegek, módszerek: minden klinikánk coeliakia szakrendelésén frissen diagnosztizált, illetve gondozásra jelentkező lisztérzékenyek felajánljuk a családszűrést az elsőfokú rokonai körében. A szűrés első lépésének eszköze a szerológia; korábban az endomysium ellenes antitest vizsgálatot (EMA) kértük, az utolsó 5 évben ezt fokozatosan kiszorította az ELISA-ra épülő szöveti transzglutamináz ellenes antitest (IgA és IgG alapú tTG) meghatározás. Emelkedett tTG szint, és/vagy egyéb coeliakia lehetőségét felvető anamnesticus adat, klinikai tünet esetén duodenum biopszia vételére kerül sor.

Eredmények: a centrumunkban gondozott 149 coeliakias beteg közül 69 (46%) index lisztérzékeny hozta el összesen 133 elsőfokú rokonát. A szűrt rokonok között a férfi/nő arány 45/88 (34% / 66%) volt. Szeropozitivitást 32 elsőfokú rokonnál (24%) találtunk. A további vizsgálatokkal végül 24/133 (18%) elsőfokú rokonnál igazoltunk coeliakiát. Az index lisztérzékeny betegek átlagosan 2 elsőfokú rokont hoztak el: egy rokon 25 (38%), két rokon 23 (35%), három rokon 10 (15%), négy rokon 8 (12%) esetben került szűrésre. A kiszűrt lisztérzékenyek között 8 férfi (33%), és 16 nő (67%) volt.

Konklúzió: a lisztérzékenyek fogékonysága a családszűrés iránt egyre javuló tendenciát mutat, de a közel 50%-os részvételi arány még nem nevezhető ideálisnak. Az elsőfokú rokonok között észlelt 18%-os prevalencia a szűrések dimenziójához képest viszonylag mérsékelt esetszám miatt óatosan kezelendő, de így is egy újabb megerősítést azoknak a korábbi Magyarországon végzett vizsgálatoknak, melyekben 1:100-nál gyakoribb volt a coeliakia előfordulása.

78

MERRE TART AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS KÉPZÉS EURÓPÁBAN?

Kokas M.¹

Endoszkópos Labor, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár ¹

Az elmúlt 30 év során az endoszkóppal kapcsolatos tevékenységek a medicina sok ágában nélkülözhetetlen diagnosztikus és terápiás tevékenységgé váltak.

Az emésztőszervi endoszkópos szakasszisztensi munka is sokrétűvé vált mind az elméleti ismeretek, mind a gyakorlati tevékenység vonatkozásában.

Az ESGENA (European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates) 1998-ban fórumot (EENF – European Endoscopy Nurses Forum) hozott létre az Európában még jelenleg is sokrétű képzés harmonizálására.

A harmonizáció folyamatához a háttér az ENNO (Európai Szakápolói Hálózat) adja. Az ESGENA által az európai „Core Curriculum for endoscopy” 2007-ben került elfogadásra.

Az előadó az ESGENA Oktatási Bizottságának (EEWG; Education Working Group of ESGENA) tagjaként 2008 óta folyamatosan részt vesz az alap- és továbbképzés, az oktatási és vizsgarendszer illetve az akkreditációs rendszer kialakítására irányuló team-munkában.

Az előadás áttekinti a Core Curriculum-ot és kiemelten foglalkozik az oktatási struktúra, a modulrendszer, az oktatói kör szervezete, az értékelési rendszer és a minőségbiztosítás témaival.

79

EGY REJTÉLYES ANAEMIA HÁTTERE

Kotsis L.¹, Póczy M.²

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

A szerzők a hazai orvosi gondolkodás és irodalom egyik mostoha gyermekéről, a masszív hiatus herniákhoz esetenként társuló, kitéjedt nemzetközi irodalomtól övezett, occult gastrointestinalis vérzésről kívánnak szót ejteni. Jellemző módon a Korányi Intézet Mellkassebészeti Tanszékén kezelt (1981-2001) 96 hiatus herniás betegből éppen az a 18 beteg kallódott évekig évtizedekig, akinél 27%-ban a társuló anaemia háttere rejtve maradt. A csoport tagjai tüdőszűrésen nem vettek részt, mellkas röntgen felvétel sem készült róluk vagy azt helytelenül interpretálták. Az esetenként fellépő epigastriális distress vagy légzési nehezítettség viszont helyes irányba terelhette volna a kivizsgálás menetét. Tanszékünkön a mellkas röntgen felvételt követő, Trendelenburg helyzetben készült gyomor röntgen vizsgálat igazolta a gyomor abnormális, ilyen esetben javarészt (70%-ban) mediastinális helyzetét. Az erosív

gyomoronyákhártya vérzés forrását az a gyomor gyűrű képezte amely a hiatus oesophageivel került szoros viszonyba. Minden esetben bal oldali transthoracális hiatus restructioit végeztünk, amit elvi antireflux műtéttel (legtöbbször Belsey-Mark IV, de kivételesen Collis-Belsey vagy Nissen szerint) társítottuk. A műtöttek gyomra normális helyzetbe került, anaemiájuk megszűnt. A korai műtét utáni időszak egyetelen, gyakori szövödményét, a gyomor atoniát konzervatív, gyógyszeres eszközökkel, (3-5 nap alatt) uralni lehetett. Végeredményben, tárgyalt eseteinkben nem differenciál diagnosztikai tévutakkal álltunk szemben, hanem a megelőző kivizsgálás egyik hiányzó láncszemével. Minden esetben az anaemia nyitja kézközben ott volt, de nem a hasüregben, hanem egy emelettel feljebb: a mellkasban (mediastinumban). Egy rutin mellkas röntgen hiánya felesleges bonyodalmakat okozva, évekre megfosztotta a betegeket a gyógyulás esélyétől. A valódi elkülönítő diagnosztikai kérdések már nem a gastroenterológia, hanem a radiológia és mellkassebészeti tárgykörbe tartoznak. Megoldásaink során ésszerűen tartottuk az anatómiai restructio mellett, a primér reflux megelőzésre is gondot fordítani.

80

LAPAROSZKÓPOS ÉLŐDONOR MŰTÉT TECHNIKÁJA

Kovács J.¹, Piro L.¹, Branstetter G.¹, Deák P.¹

SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika ¹

Az intézetünkben 2008. óta végzett kézzel asszisztált laparoszkópos élődonor nefrektómia műtétek (HLDN) során - az irodalomban hozzáférhető nem egyértelmű állásfoglalások szerint - a donor vese barotraumat szenvedhet a preparáláshoz szükséges pneumoperitoneum, ill. pneumoretroperitoneum CO₂ gáznymása által.

Kézenfekvő következtetés, hogy alacsonyabb nyomás mellett a barotrauma mértéke kisebb lehet. Ezt egy japán munkacsoport kísérletes mérésekkel igazolta is, és megállapította, hogy 8 Hgmm-es CO₂ nyomás mellett a barotrauma fellépése kiküszöbölhető.

A HLDN során rutinszerűen alkalmazott hand portok igen drágák, természetes igény ezen költségek csökkentése.

E két szempont figyelembevételével 2009. júniusától intézetünkben a HLDN műtéteket hand port nélkül, 8 Hgmm-es CO₂ nyomás mellett végezzük.

Eddig 15 betegnél végeztünk műtétet az ismertetésre kerülő technikával, melyek kapcsán 100%-ban azonnali jó veseműködést tapasztaltunk, továbbá egyik graftban sem lépett fel vaszkuláris komplikáció az átültetés után.

Előadásunkban bemutatjuk az alkalmazott új módszert, és elemezzük kezdeti tapasztalatainkat, annak figyelembe vételével, hogy a későbbiekben a laparoszkópos megközelítést élődonoros májátültetések során is alkalmazni kívánjuk.

81

TÉVEDÉSEK, NEHÉZSÉGEK A KAPSZULÁS ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK KAPCSÁN: MIT LÁTUNK? - MI A VALÓSÁG?

Kovács M.¹, Pák P.¹, Pák G.¹

Vasváry Kolos Kórház II. Belgyógyászat Esztergom ¹

A kapszulás endoszkópos vizsgálatok száma az utóbbi két évben jelentősen növekedett világszerte. Obstrukív gastrointestinális vérzésekben, vékonybél Crohn-betegségében és polyposis szindrómákban a vékonybél kapszula használata „first line” módszerként javasolt. A vékonybél CE vizsgálatok mellett egyre több tapasztalat áll rendelkezésre a nyelőcső és a vastagbél kapszulával végzett vizsgálatokkal kapcsolatban is. A jelenleg folyamatban lévő fejlesztések célja, hogy a kapszulás endoszkópia felváltsa a hagyományos nyelőcső, gyomor és colon vizsgálatokat.

A gyorsütemű technikai fejlesztések ellenére továbbra is nehézséget jelent a lézió lokalizációjának problémája. Jelenleg csak a Given rendszer rendelkezik lokalizációs szoftverrel. Problémát jelent, hogy a vékonybél vizsgálatok kapcsán a cecum vizualizálására 10-15 %-ban nem kerül sor. A módszer további hátránya jelenleg még a biopszia és az endoterápia hiánya is. A leggyakoribb szövödmény a kapszula retenció. 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.

Osztályunkon 2003 óta 300 vékonybél kapszulás endoszkópiát és 30 colon kapszulás vizsgálatot végeztünk különböző indikációval. Jelen munkánkban a vizsgálatok során fellépő nehézségekre és diagnosztikus tévedéseinkre helyezük a hangsúlyt; remélve, hogy tapasztalataink ill. eseteink tanulságai mások számára is érdekesek lehetnek.

82

AKUT GASTRODUODENÁLIS FEKÉLYVÉRZŐ BETEGEK ÁPOLÁSA 2007-2008

Kovács A.¹, Bognár E.¹, Bugáné Hálám G.¹, Jedlinszkyné Varga T.¹, Bordácsné Csizmadia R.¹, Szeriné Lakó K.¹, Dancs N.¹, Szalai M.¹, Tőreki D.¹, Rácz I.¹

I. Belgyógyászat-gastroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

Az akut gastrointestinális vérzés életveszélyes állapot, előfordulási gyakorisága Magyarországon 100 000 felnőttre vonatkoztatva egy év alatt 50-100 közötti. Az akut GI vérző betegeket egységes irányelveket tartalmazó protokollok alapján szubintenzív egységben ápoljuk. A vérzésforrás helye szerinti csoportosítás alapján a vérzések 87 %-a a felső tápcsatornából ered (40 % ulcus vérzés, 18 % oesophagus varix vérzés). A gasztroduodenális fekélyvérzés halálozása a korszerű endoszkópos és farmakoterápiás érában is változatlanul magas, 5-10 % között mozog.

A szerzők előadásukban prezentálják az akut gasztroduodenális fekélyvérző betegek ápolásának 2007-2008. évi tapasztalatait. Kutatási módszerük az egészségügyi dokumentáció retrospektív elemzése volt. A célkitűzések tükrében bemutatják az ellátás lépéseit és az alkalmazott vérzéscsillapítási módszereket. A szerzők vizsgálják az újrávérzési arányt, a transzfúziós igényt és a gyomor pH emelésének alkalmazott módszerét. Bemutatják és elemzik a sebészeti beavatkozás arányára és a korai mortalitásra vonatkozó adatokat; feltárják az akut felső nem varix eredetű GI vérzés változatlan mortalitásának lehetséges okait. Eredmények: a 2007-2008-ig terjedő időszakban a szubintenzív egységben 122 akut gasztroduodenális fekélyvérző beteget ápolunk. 23 esetben (19 %) jelentkezett újrávérzés az ápolás során, 16 beteget (13 %) helyeztünk át sebészeti osztályra vitális indikációval végzendő műtét céljából. A mortalitási arány 4 %-os volt, az elvesztett öt betegből négy osztályunkon egy pedig a sebészetén hunyt el.

83

ANTIGENOME OF HELICOBACTER PYLORI: VACCINATION ON THE HORIZON?

Kovács Z.¹, Meinke A.², Nagy E.², Henics T.², Gelbmann D.², Prustomsky S.², Minh D.², Winkler B.², Stierschneider U.², Berger M.², Von Gabain A.², Storm M.³, Engstrand L.³, Hunyady B.¹, Kaposi Mór Regional Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary¹, Intercell AG, Vienna, Austria², the Swedish Institute of Infectious Disease Control, Solna, Sweden³

Helicobacter pylori is the most prevalent human pathogen with about 50% of the world's population infected. Although, it remains silent in most individuals for lifetime, colonization may develop into severe gastric and duodenal conditions, such as peptic ulcer disease and gastric adenocarcinoma. Rapidly developing resistance to current antibiotic-based treatment regimes urgently calls for the development of effective vaccines. In these studies we determined the comprehensive antigenic profile (so called "ANTIGENome") of two clinical isolates of *H. pylori*, KTH-Ca1 and KTH-Du that were derived from patients with gastric cancer and duodenal ulcer, respectively. With the aid of our whole genome-based bacterial surface display technology and disease-relevant human sera from well-characterized donors - including patients with clinically and microbiologically verified *Helicobacter* diseases and healthy adults - we identified 124 annotated ORFs and 54 non-annotated genomic regions coding for antigens. Through in vitro validation assays we selected the 20 most promising vaccine candidates. Importantly, two of the selected 20 candidates represent proteins that have been previously shown to provide protection in experimental models of *H. pylori* infection. One of the most frequently selected and conserved protein, the siderophore-dependent transporter HP1341, was confirmed to show high reactivity with human serum IgGs. These analyses provide the means to identify novel antigens for the selection of vaccine candidates, as well as disease associated biomarkers.

84

COLORECTALIS SZŰRÉS - BUDAÖRS 2009

Kováts-Megyesi A.¹, Molnár S.¹, Simon K.¹, Burai M.³, Pap A.³, Gastroenterológia, Europ-Med Kft. Egésszég ház, Endoterápia Kft. Budaörs.¹, Patológia, Szt. Imre Kórház, Budapest.³, Gastroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁴,

A vastag- és végbélrák egyre nagyobb népegészségügyi probléma, mely populáció-szintű szűréssel jelentősen csökkenthető, ugyanakkor hazánkban még mindig hiányzanak a széleskörű szűrési programok és a megfelelő tájékoztató kampányok. A probléma jelentőségét átérzve a Budaörsi Önkormányzat lehetővé tette, hogy 2009. 11.01 és 12.31 között colorectalis szűrővizsgálatot végezzünk a településen a felhívásra jelentkező 50 és 70 év közötti, szubjektíve panaszmentes lakosok körében. A felhívást a média /helyi sajtó, városi TV/ útján tettük közzé, illetve a családorvosok segítségét kértük: rendelőkben falragaszokat helyeztünk el, és kértük a kollégákat, hogy szóban is tájékoztassák a náluk jelentkező betegeket a szűrővizsgálat előnyéről.

A Gastroenterológiai Szakrendelésen 106 /62 nő, 44 fű/beteg jelentkezett, ami már önmagában siker főleg, akkor ha a decemberi ünnepeket is figyelembe vesszük. Beszélgetést, fizikális vizsgálatot követően két lehetőség közül választhattak: colonoscopya vagy először széklet immunvér vizsgálat. Valamennyi betegnél történt vérkép és INR meghatározás. A vizsgálatokat egyénileg titrálta midazolam (Dormicum®) intravénás adásával végeztük folyamatos monitorozás mellett, így a betegek jól tolerálták a tükrözést.

21/106 beteg a megbeszélte vizsgálaton nem jelent meg, csak néhány esetben tájékoztattak bennünket a távollét indokáról.

13/106 beteg választotta a széklet immunvér vizsgálatot, 7 beteg/5 nő, 2 fű/ esetében az negatív volt - a többiek nem is keresték fel a laboratóriumot.

72/106 colonoscopyt végeztünk/71 totál colonoscopya, 1 betegnél stenotizáló sigma tu miatt részleges vizsgálat történt/, 25/72 esetben negatív volt a colonoscopya, 47 betegben a vizsgálat pozitív volt: 20 esetben polypectomia történt, 27 betegnél diverticulosis, 19-nél nodusokat találtunk.

Eredményeink arra mutatnak, hogy a colorectalis rák és más vastagbél elváltozások gyakorisága miatt hazánkban is égetően szükség lenne a colorectalis szűrésre. A pozitív esetek nagy száma a colonoscopyos módszert indokolja. 2010-ben 9 hónapon át lehetőségünk nyílik a szűrés további folytatására, remélhetőleg változatlan hatékonysággal.

85

THE DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF THE RECTOSIGMOID ENDOMETRIOSIS

Kristóf T.¹, Grenda A.¹, Orosz P.¹

2nd Dept. of Medicine, Borsod County and University Teaching Hospital, Miskolc¹

Introduction: The rectosigmoidal involvement is the most frequently affected site of the extrapelvic endometriosis, but due to the diagnostic difficulties it is one of the least common reported lesions affecting the colon and rectum. Most rectosigmoid involvement is seen within the serosa, the deeply infiltrating type forms a nodular mass. Patients and case presentations: During the last year among 2113 daily routine colonoscopies authors have found six cases of young women with rectosigmoid endometriosis. The patients ranged in age from 22 to 33 years, the average age was 27 years. Five women do not have a child yet; three of them had prior histories of pelvic endometriosis with gynecologic complaints. All patients had large-bowel symptoms, the most common was abdominal pain and diarrhea/constipation or the alteration of these. Three women had periodic hematochezia independently from the menstrual cycles. Colonoscopy has shown in one case regular round rectal mass (nodule) with central exulceration, two patients had vulnerable haemorrhagic polypoid rectosigmoidal lesion and in three cases different degree of colonic impression was present. Multiple colonoscopic biopsies were obtained of abnormal appearing mucosa, but ectopic endometrial tissue was not certified in any cases. Gynecologic examination and pelvic ultrasound findings

revealed adnexal masses in 3 patients. MRI has supported the diagnosis of endometriosis in every cases. Endometriosis was confirmed histologically in three cases on resected specimens and the other three cases by laparoscopy.

Conclusions: Diagnosis of intestinal endometriosis should be considered in young women of childbearing age with symptoms from the lower gastrointestinal tract. Recognition of these cases is difficult due to the lack of characteristic symptoms and the poor Results of colonic biopsies. Probably most of the cases remain unrecognized.

86

BILE ACIDS INDUCE INTRACELLULAR ACIDOSIS AND ATP DEPLETION IN HUMAN COLONIC CRYPTS

Kunstár E.¹, Farkas K.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Takács T.¹, Venglovecz V.², Wittmann T.¹, Hegyi P.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged ²

Introduction: Under pathophysiological conditions, bile acids can reach the large intestine in high concentrations and can induce watery diarrhoea. This could be due to reduced Cl⁻ or Na⁺ uptake or stimulated fluid and Cl⁻ secretion. Aims: Our aim was to investigate the effects of bile acids on human colonic epithelial cells.

Methods: Colonic biopsies were obtained from patients with negative colonoscopic finding. After collagenase digestion, the isolated colonic crypts were loaded with the pH sensitive fluorescent dye BCECF. The intracellular ATP level (ATPi) was determined using Mg-green dye which has been shown that indirectly reflect the changes in ATPi. Intracellular pH (pHi) and ATPi were measured by a microspectrofluorimeter system. The crypts were continuously perfused with Na⁺-containing Hepes-buffered solution.

Results: We examined the effects of bile acids on the proximal and distal part of the colon and on the base, surface and middle parts of the isolated colonic crypts. We observed that both chenodeoxycholic acid (CDC) and glycochenodeoxycholic acid (GCDC) caused dose-dependent acidosis in the colonic crypts. The pHi change in case of the non-conjugated CDC was significantly greater compared to the conjugated GCDC. In addition, administration of CDC in high concentration (1 mM) significantly reduced ATPi. There were no significant differences in the pHi and ATPi alterations between the proximal and distal colon and between the three parts of the isolated colonic crypts.

Conclusion: Bile acids cause intracellular acidosis and ATPi depletion in the colonic epithelial cells, which may reduce the fluid and electrolyte absorption in the colon.

This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

87

BILIARY PAIN ON CONTRAST INJECTION DURING ERCP IS A PREDICTOR OF CHRONIC NEUROPLASTIC CHANGES IN PATIENTS WITH SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION (SOD)

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

First Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér Megyei Szent-György Hospital, Szekesfehervar, Hungary ¹, Surgical Gastroenterology, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark ²

Introduction: We have previously demonstrated that in patients with SOD the neural hypersensitivity in the referred pain area (RPA) due to chronic visceral pain can be improved by the endoscopic sphincterotomy (EST). On a long term follow up (15-30 months) we have identified 17 of 63 patients with a late recurrence of biliary pain after EST.

Aim: The aim of the present study was to evaluate the central neuroplastic changes in SOD patients with late reappearance of biliary pain after EST with Neurometer CPT.

Patients and Methods: On average 9-12 months of symptom free period after EST, 17 patients experienced a recurrent biliary pain. Cutaneous nerve sensitivity in the referred pain area was measured with Neurometer CPT as we described earlier. All patients underwent endoscopic OS manometry (ESOM) too and were followed up.

Results: On ESOM we found residual SO basal pressure zone (under 40 mmHg) in only 4/17 patients, but no phasic contractions were detected. The Neurometer CPT demonstrated a significantly elevated

sensory current perception threshold ratio (SCPTR) ($p < 0.001$) as compared to the previous follow up (12 vs. 6 months after the EST): 2.32 ± 1.11 vs. 0.99 ± 0.20 at 2000 Hz; 2.25 ± 0.83 vs. 0.96 ± 0.23 at 250 Hz; and 2.27 ± 0.94 vs. 0.98 ± 0.27 at 5 Hz, respectively. 14 out of 17 patients had evoked biliary pain on contrast injection during the initial ERCP. Insertion of a small calibre plastic stent (7F) into the CBD for about three months effectively abolished these neuroplastic changes and the biliary pain symptoms in the majority of these patients.

Conclusion: Biliary pain on contrast injection during ERCP predicts a poor long-term prognosis after EST and a high risk of recurrent biliary pain, which is probably linked to long term central neuroplastic changes and an inability of chronic pain coping.

88

INCIDENCE AND EARLY DISEASE COURSE OF ULCERATIVE COLITIS IN WESTERN HUNGARY BETWEEN 2002-2006

Lakatos L.¹, David G.¹, Pandur T.¹, Erdelyi Z.¹, Mester G.², Balogh M.², Szípcos I.³, Molnar C.⁴, Horvath A.⁵, Komaromi E.⁶, Kiss L.⁷, Lakatos P.⁷

Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary ¹, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary ², Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary ³, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary ⁴, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary ⁵, Dept of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota ⁶, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁷

Background: Emerging incidence rates of inflammatory bowel diseases were reported in the last decade from previously low incidence areas including some Eastern European countries. A sharp increase in incidence was reported also by our group in Veszprem province, Western Hungary between 1977 and 2001. The aim of this study was to give an update report on the contemporary incidence rates of ulcerative colitis from the same area captured prospectively between the 1st of January 2002 and the 31st of December 2006.

Methods and results: The population of the province has decreased from 374,000 to 364,500 during the period. Two-hundred and twenty new cases of ulcerative colitis (CD, males/females: 125/95, age at diagnosis: 40.5 SD 17.5 years) were diagnosed. Mean incidence rate was 12.0/105 inhabitants with a peak incidence of 14.9/105 in 2003. The peak onset was between 21 and 30 years with an incidence rate of 19.1/105 inhabitants, with slow decrease in the subsequent decades. A family history of IBD was present in 11.4 %. The location at diagnosis was proctitis in 26.8%, left-sided colitis in 50.9% and pancolitis in 22.3% of the patients. A proximal extension of the disease was observed in 20 patients (9.1%) while the rate of colectomy was as low as 2.3% during the average 2-7 year follow-up.

Conclusion: The incidence of ulcerative colitis in Veszprem province was high, equal to that in high incidence areas in Western European countries. The rate of proximal disease extension was relatively high. The rate of systemic steroid exposure was 32.7%, while azathioprine was started in 5.9%.

89

NKX2-3 RS10883365 IS ASSOCIATED WITH DISEASE SUSCEPTIBILITY TO BOTH CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS WHILE IRGM RS13361189 VARIANT ALLELE INCREASED THE RISK FOR CROHN'S DISEASE IN EASTERN EUROPEAN PATIENTS

Lakatos P.², Meggyesi N.¹, Kiss L.², Koszarska M.¹, Lakatos L.⁴, Molnar T.⁵, Altorjay L.⁶, Papp M.⁶, Tulassay Z.⁷, Miheller P.⁷, Papp J.², Tordai A.¹, Lukas M.³, Andrikovics H.¹, For The Hungarian IBD Study Group.²

Department of Molecular Diagnostics, Hungarian National Blood Transfusion Service, Budapest, Hungary ¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², IBD Clinical and Research Centre, ISCARE IVF and 1st Medical Faculty, Charles University, Prague, Czech Republic ³, 1st Department of Medicine, Csolnoky F. County Hospital, Veszprem, Hungary ⁴, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ⁵, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ⁶, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁷

Background: Sequence variants in the autophagy gene IRGM and NKX2-3 has been reported to contribute to Crohn's disease (CD) Susceptibility while ECM1 to ulcerative colitis (UC) in genome-wide association scans in North America and Western Europe. The aim of this study was to investigate variants of the above genes and examine genotype-phenotype relationships in a independent Eastern European IBD cohorts.

Methods: 1707 Hungarian and Czech subjects were analysed (CD:810, age:37.1±12.6years, duration:10.7±8.4years and UC:428, age:43.7±15.0years, duration:12.6±9.9years, and 469 healthy controls). IRGM rs13361189, NKX2-3 rs10883365 and ECM1 rs13294 polymorphisms were tested by LightCycler allele discrimination method. Detailed clinical phenotypes were determined by reviewing the medical charts.

Results: NKX2-3 rs10883365 variant allele was associated with increased risk for both CD (p=0.009, OR: 1.24, 95%CI: 1.06-1.48) and UC (p=0.001, OR: 1.36, 95%CI: 1.13-1.63), while variant IRGM allele increased the risk for CD (p=0.029, OR: 1.36, 95%CI: 1.03-1.79). In contrast, ECM1 rs13294 was not associated with either CD or UC. In CD, presence of the variant IRGM allele was associated with colon only location (in carriers: 25% vs. wild-type: 17.1%, p=0.02, OR: 1.62, 95%CI: 1.07-2.44). In UC, homozygous carriage of the ECM1 variant allele was associated to cutaneous manifestations (11.5% in carriers vs. 3.7% in patients with wild-type, p=0.02, OR: 3.36, 95%CI: 1.48-7.63). In addition, carriage of the variant alleles did not predict use of or resistance to steroids, azathioprine or need for or medium term efficacy of infliximab, need for surgery or smoking habits.

Conclusions: We confirmed that NKX2-3 and IRGM are susceptibility loci for IBD in Eastern European patients. Further studies are needed to confirm the reported phenotype-genotype associations found in this study.

90

A SZŰRÉSEK LEHETŐSÉGEI, JELENTŐSÉGE A COLORECTÁLIS TUMOROK FELISMERÉSÉBEN

Langhammer S.¹

PTE KK I.Belgyógyászat TSZDK Endoszkópos labor Pécs¹

A fejlett és fejlődő országok egyik legjelentősebb egészségügyi problémája a vastagbél- a végbélrák esetek számának emelkedése. Hazánkban, az utóbbi években a daganatos betegségek morbiditási sorrendjében a colorectális carcinoma a második helyet foglalja el. Férfiaknál a tüdő, nőknél az emlőrák előzi meg. Elismert tény, hogy colorectális rák okozta halálozás az ötven év feletti, átlagos rizikójú populáció, valamint a fokozott rizikójú betegcsoportok szűrésével csökkenthető. Egyre inkább elismert ténynek válik, hogy a mortalitást csak a szűrővizsgálatok bevezetésével lehet csökkenteni.

Szűrésre négy módszert tart alkalmasnak az irodalom: occult vérzés kimutatása; kettős kontrasztos

irrigoskopia;szigmoideoscopia;colonosopia. Legfontosabb a betegek megfelelő tájékoztatása után a betegek előzetes hozzájárulása.

Első lépésben a családorvos és a laboratórium (széklet és vörvizsgálat) játszik fontos szerepet. Második lépésben gasztroenterológiai szakambuláns és/vagy radiológiai járóbeteg-ellátásra kerül sor.

A harmadik lépésben a betegek ellátásához fekvőbeteg osztályok szükségessé válnak. Az átlagos rizikójú betegcsoportok mellett az irodalom az elmúlt évek szűrési tapasztalatai alapján a korábban homogén fokozott rizikójú csoportot enyhe és fokozott rizikójú csoportokra osztotta.

Az enyhe rizikójú betegek öt alcsoportot alkotnak. A fokozott rizikójú csoportba azok a betegek tartoznak ahol a betegség megjelenése genetika tényezőkhöz kapcsolódik (FAP, chron, colitis, vastagbélrák veleszületett családi halmozódása).

A szűrés költséges ám igen hatékony.

A szűrés hatékonysága:

Az Európában és az Egyesült Államokban elvégzett több mint 260.000 szűrés eredménye azt mutatja,hogy a szűrés által korán felismert colorectális rákok mortalitása jelentősen csökkent.

A szűrés sikere szempontjából nagyon fontos, hogy a szűrés menetéről, lehetőségeiről, előnyeiről, hátrányairól a szűrésben résztvevők megfelelő tájékoztatást kapjanak. A szűrővizsgálatok egyre nagyobb jelentőséggel bírnak a betegségek korai felismerésébe. Csökkentve ez által a mortalitást és a szövődmények kialakulását.

91

CHOLELITHIASIS GYERMEKKORBAN-KÓRHÁZI KEZELÉST IGÉNYLŐ ESETEINK 2 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN

László N.¹, Szabó A.¹, Sárközy S.², Lőrincz M.¹

Gasztroenterológiai osztály¹, Sebészeti osztály Heim Pál Gyermekkorház, Budapest²

A gyermekkori epekővesség egyre gyakoribb jelenség, nemzetközi adatok szerint gyakorisága 1,9-1,46%-ra tehető. A klinikai tüneteket nagyobb gyermek esetén hasi, epigastriális vagy jobb bordaív alatti fájdalom jellemzi, az esetek 30-35%-ban a diagnózis véletlenszerű, egyéb okból kért hasi ultrahang derít rá fényt. Etiológiai háttérként csecsemőkorban a parenteralis táplálás, bélresectio, kékfénykezelés, későbbi korban obesitas, hemolitikus anaemiák, hasi műtét és családi halmozódás, ritkán mucoviscidosis, egyéb hepatobiliaris megbetegedés szerepel.

Kórházunk gasztroenterológiai osztályán 2008. januárja és 2009. decembere között 20 gyermeket kezeltünk cholelithiasis és a hozzá társuló szövődmények miatt. A betegeket két korcsoportra osztva a 0-12 éves csoportba 11, a 13-18 éves csoportba 9 gyermek tartozott, a fiú-lány arány 3:8, azaz 3:6 volt. Eseteink között obesitas 6, családi hajlam 2, cystas fibrosis 1, parenteralis táplálás, korszülöttség 1 és hasi műtét 1 esetben fordult elő, 9 esetben hajlamosító tényezőt vizsgálatainkkal nem sikerült azonosítani. Laboratóriumi vizsgálatok változó gyulladásos aktivitást, szérumbilirubin, transamináz és obstruktív enzimek emelkedését igazolták. A gyermekek kezelése során 9 esetben endoscopy retrograd cholangio-pancreatography (ERCP) és endoscopy sphincterectomy (EST), 12 esetben műtét vált szükségessé. Szövődményeként társuló cholangitis miatt 11 esetben antibiotikus kezelést alkalmaztunk, akut biliaris pancreatitis 3 esetben alakult ki. Gyermekkorban az epekővesség kezelésében mind a hosszú-távú követés vagy gyógyszeres kezelés (urazodeoxikolsav), mind a sebészeti kezelés (ERCP, laparoscopy és nyílt cholecystectomy) helyet kapnak. A növekvő esetszám miatt, szükségessé válhat megfelelő kezelési algoritmusok kialakítása.

92

MALIGNANT EXTRAHEPATIC BILE DUCT TUMORS WITH SYNCHRONOUS BREAST CANCER – CASE REPORT OF TWO CASES

Lauf L.¹, Perduk A.¹, Gyökér T.², Bursics A.¹

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery¹, National Health Center, Gastroenterologic Department²

Introduction: Simultaneous occurrence of two independent cancers are rare. In those cases medical and surgical treatment should be tailored for the special need and condition of the patient.

Patients: We report of 2 patients, both of them have been presented with jaundice. One of them was referred to the gastroenterologist for endoscopic diagnosis and treatment. A Klatskin tumour was diagnosed and stented endoscopically. After surgical referral an MRI scan was done to exclude liver metastases. During the MRI examinations the radiologist noticed a malignantly looking tumour in the left breast as well. The second patient was presented urgently to our department with abdominal pain and jaundice. On physical examination -besides the biliary obstruction- a lump in the left breast was palpated. After endoscopic stenting of the malignant stenosis of the common bile duct, the breast tumour was also confirmed.

In both patients we operated the breast tumor first and two weeks after the breast operations we resected the bile duct tumor as well.

Conclusion: We would like to call attention to the careful physical and instrumental examination of every single patient.

93

DISTINCT APOPTOTIC ACTIVITY AND MRNA EXPRESSION OF PRO- AND ANTI-APOPTOTIC GENES IN COLORECTAL CANCER AND HISTOLOGICALLY INTACT ADULT AND CHILDREN COLONIC BIOPSY SAMPLES

Leiszter K.¹, Galamb O.², Sipos F.¹, Krenács T.³, Spisák S.², Veres G.⁴

Kiss A.⁵, Wichmann B.¹, Tóth K.¹, Valcz G.¹, Patai A.¹, Kalmár A.¹

Schöller A.⁶, 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, 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁶

Background: The incidence and prevalence of colorectal cancer (CRC) increase over the age of 40, while the sporadic CRC is infrequent in childhood and in young adults. The imbalance of epithelial apoptosis and proliferation may result in age-related gastrointestinal alterations like sporadic CRC.

Aims: Our aims were the determination and comparison of apoptotic index (AI) in healthy samples from children and in colorectal adenoma-carcinoma sequence (ACS). Further purpose was the identification of pro- and anti-apoptotic genes which can be characterized by different expression in histologically intact children, adults and CRC samples.

Materials and methods: 10 colonic biopsies from healthy adults and 14 from healthy children, 10 colorectal adenomas and 10 CRCs from adults were collected. Proliferation was detected by Ki-67 immunohistochemistry, apoptosis by TUNEL method. After digital scanning of slides the AI was determined.

6 histologically intact children, 41 histologically intact adult colonic biopsy samples and 34 CRC samples were collected for gene expression profiling on HGU133plus2.0 microarrays. SAM was performed for data analysis.

Results: AI was lower in healthy children samples (0.13 ± 0.06) compared to normal adult colonic samples (0.17 ± 0.05) and showed continuous decrease with the colorectal ACS. The lowest AI was found in CRC samples (0.06 ± 0.04). 11 pro-apoptotic genes showed significantly lower expression in CRC samples compared to healthy adult samples and 9 anti-apoptotic genes have been determined which showed significantly higher expression in CRC samples compared to healthy adult samples, but did not differ from healthy children samples.

Conclusions: Apoptosis decreased in histologically intact children colonic samples compared to histologically intact adult colonic samples, but in contrast to CRC it can be a well-balanced regenerative process. Pro- and anti-apoptotic genes identified in our study may play a crucial role in tumorigenesis and help the diagnosis of CRC.

94

ACUTE PORTAL VEIN THROMBOSIS UNRELATED TO CIRRHOSIS OR MALIGNANCY. CASE REPORT OF A 29 YEAR OLD FEMALE PRESENTING WITH ABDOMINAL PAIN.

Lidi H.¹, Csikós D.¹, Szántó P.¹, Blans B.², Bodó I.³, Balázs G.⁴, Taller A.¹

Uzsoki Hosp. Dept. of Gastroenterology ¹, Uzsoki Hosp. Dept. of Radiology ², St. István and St. László Hosp. Dept. of Haematology and Stem Cell Transplantation ³, Semmelweis University Heart Center ⁴

Background: Portal vein thrombosis (PVT) is a rare disorder, perhaps under-diagnosed, too. It results from a combination of systemic and local prothrombotic risk factors. It is associated with a variety of underlying conditions of which liver cirrhosis, malignancy and myeloproliferative disorders (MPDs) are the most common. PVT causes chronic portal hypertension if recanalization is not obtained.

Case report: The case is described of a 29 year old woman, who developed 2 weeks before admission postprandial right upper and lower quadrant abdominal pain, nausea and vomiting. She was a cigarette smoker and had taken a combined oral contraceptive steroid continuously for 12 years. There were no other risk factors for PVT and she had no history of any disease. On physical examination there was only diffuse abdominal tenderness. CRP was elevated (60.8 mg/l) but otherwise laboratory findings were negative. Her blood component levels were within normal ranges, too. Abdominal ultrasound was negative, gastroscopy showed mild gastritis and there was no abnormality on colonoscopy including terminal ileum. Vaginal ultrasound revealed some fluid in Douglas space, but further examination of it gave negative Results. Colour Doppler studies and angio-CT confirmed partial PVT. JAK2 mutation proved to be positive, but no MPDs could be confirmed. Anticoagulant therapy was started.

Conclusions: Gastroenterologists should not forget that PVT may be the cause of abdominal pain also in non-cirrhotic patients. Colour Doppler abdominal ultrasound is the imaging modality of choice in diagnosing PVT. Identification of underlying prothrombotic states is necessary in these patients. Clinically latent MPDs are important causes of unexplained (previously named idiopathic) PVT. Peripheral blood count might be normal at the time of thrombosis. Testing for JAK2 mutation in all patients with unexplained PVT and prolonged follow-up of these patients is recommended to identify latent MPDs. Gastroenterological as well as haematological follow-ups are indicated.

95

EARLY PREDICTION FOR THE SUCCESS OF THE ANTIVIRAL THERAPY BY USING HOMA INDEX IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS

Lombay B.¹, Szalay F.²

Szent Ferenc Hospital, Department of Internal Medicine, Miskolc ¹, Semmelweis University, I. Clinic of Internal Medicine, Budapest ²

Background: The response to pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) treatment in chronic hepatitis C (CHC) is influenced by numerous factors. High baseline HOMA index, viral or metabolic insulin resistance (IR) or type 2 diabetes mellitus, hepatic steatosis and abnormal ALT on week 12 are associated with poor Results.

Aim: to analyze the association between these parameters and the success of the antiviral treatment.

Patients and Methods: 116, treatment naïve CHC patients (46 male, M/ 70 female, F; all pts. genotype 1) were involved into the study. The mean age 47.6 ± 4.7 (18-65) years, mean body weight 73.6 ± 14.6 kg; BMI (body mass index) 26.3 ± 2.8 ; waist circumference 94.7 ± 10.6 cm (M); 86.8 ± 11.8 cm (F) was. 24 patients had type 2 diabetes mellitus. Body weight, BMI, waist circumference, HOMA (homeostasis assessment model) index, serum glucose, insulin and ALT levels were measured before (under) the treatment. Liver biopsy was performed in 93 patients. Liver steatosis proven by histology was also considered. We compared these parameters in both groups of responder and non-responder patients.

Results: The mean HOMA index was high (5.4 ± 2.3). Overall sustained viral response (SVR) rate was 40% (M: 33%, F: 46%). In patients with >2.0 HOMA the SVR rate was only 32% (28/88) than in pts. <2.0 : 68% (19/28; $p < 0.01$). Absence of hepatic steatosis was a good SVR prediction (18/25, 72%) vs. its presence (17/68, 25%; $p < 0.01$). SVR rate among the diabetic patients was only 17% (4/24) vs. non-diabetic patients (47%, 43/92; $p < 0.01$). Abnormal ALT on week 12 was a strong negative SVR predictor (7/51, 14%) vs. normal ALT (40/65, 61%; $p < 0.01$).

Conclusion: Viral or metabolic IR (characterized by high HOMA), type 2 diabetes mellitus, hepatic steatosis 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 required to evaluate the accurate role of the IR in the SVR in CHC patients.

96

HATÓANYAGOK HATÉKONYABB CÉLZOTT KEZELÉSÉHEZ SZÜKSÉGES NANORÉSZCESKÉK FEJLESZTÉSE

Lőrincz A.¹, Varga Z.², Naszályi L.², Paku S.¹, Bóta A.², Takáts Z.³, Mihalik R.¹, Kopper L.¹, Schwab R.⁴, Peták I.⁵

I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem ¹, Magyar Tudományos Akadémia Kémiai Kutatóközpont ², MassProm Kutató, Fejlesztő és Szolgáltató Kft. ³, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ⁴, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ⁵

Háttér: A daganatellenes, molekulárisan célzott gyógyszernek citotoxikus mellékhatásai vannak. EGFR-gátlók használata esetén a hámszövetben és a tápcsatornában gyulladások, gennyesedések figyelhetők meg. Megoldás lehet, ha a hatóanyag a célszövetben: a daganatszövetben dúsul.

Célkitűzésünk: Olyan nanoméretű gyógyszerhordozó partikulumok fejlesztése, amelyek alkalmasak kinázgátlók lokális célbajuttatására, ezáltal a mellékhatásait jelentősen csökkenthetjük, a gyógyszerhatást pedig megnövelhetjük. Kísérleteinkben vizsgáltuk fluoreszcens (NBD) jelölt liposzóma és cirkonium dioxid nanorészecskék in vitro

citotoxicitását, sejtek általi felvételét, valamint in vivo szervi disztribúcióját egérikísérletekben.

Módszerek: A nanohordozók daganatszövetekben történő dúsulását in vivo, humán H358 tüdő adenokarcinóma sejtvonalból készített xenograftokban vizsgáltuk 20db SCID egéren, konfokális mikroszkópiával, elektronmikroszkópiával és deszorpciós elektro spray ionizáción alapuló kémiai képkalkító technológiával. A kísérleti állatok 200ul, 5mg/ml liposzoma- illetve 200ul 1mg/ml cirkoniumdioxid hordozót kaptak fiziológiás sóoldatban, intravénásan. Az állatok az oltás után különböző idő után kerültek elpusztításra: vizsgáltuk a rövid (5-10 perc) illetve a hosszabb ideig (1, 3, 6 óra) keringésben levő hordozók lokalizációját.

Eredmények: A nanorészecskék kimutathatóak voltak a xenograftban, és néhány szervben (májban, lépben) is. A vizsgált humán tüdőrák-adenokarcinóma-sejtek képesek voltak a hordozót felvenni in vitro. Egészséges szövetek esetében csak az erek lumenében, a daganatoknál azonban egyes esetekben az interstitiumban is megfigyelhetők voltak. A kisméretű liposzómák mesterséges lipidjeinek kimutatására is lehetőség nyílt az új, szabadalommal védett analitikai képkalkító eljárás segítségével.

Konklúzió: Egy olyan kísérleti rendszert sikerült beállítani, amelynek segítségével a nanohordozók eloszlása vizsgálható. Terveztünk olyan nanorészecskéket amelyek a daganat-xenograftokban dúsulnak és a daganatsejtek felvesznek.

97

MENNYIRE VESSZÜK FIGYELEMBE AZ ISMERT KÓRJÓSLATI TÉNYEZŐKET CROHN-BETEGSÉG KEZELÉSE KAPCSÁN?

Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Juhász M.¹, Tóth D.¹, Tóth Z.¹, Kocsis D.¹, Tulassay Z.¹

Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika¹

Bevezetés: Jól ismertek azok a kórijóslati tényezők, melyek fennállásakor a korai agresszív kezelés indokolt Crohn-betegségben (CD). Ezek közül a legfontosabbak a 40 éves kor alatt kezdődő betegség, a korai szteroid-igény és a sipolyozó betegségforma.

Célunk az volt, hogy a centrumunkban biológiai kezelésben részesülő betegek között felmérjük, hogy a már a betegség kezdetekor fennálló, ismert kórijóslati tényezők milyen súllyal szerepeltek a kezelés megtervezésekor.

Betegek és módszerek: Az adatbázisban összesen 277 beteg adatai szerepelnek, ezek közül 73-an részesültek biológiai kezelésben, 63 CD miatt. A 63 CD beteg adatait dolgoztuk fel az adatbázis, illetve személyes vagy telefonos megkereséssel. Az adatgyűjtés a centrumba kerülés időpontjától prospektíven történt, a kórtörténeti adatok retrospektívek.

Eredmények: 60 betegnél kezdődött a betegség 40 éves kor alatt, közülük 14 kapott 3 éven belül biológiai kezelést. A biológiai kezelést később kapóknál 106 műtét történt (2,3/beteg), míg a 3 éven belül kezelteknél 8 (0,57/beteg). A kórházi felvételek száma 208 (4,52/beteg) illetve 7 (0,5/beteg) volt. A diagnosztizáláskor 18 betegnek volt már sipolya (28%), a felmérés idejéig a sipolyozó betegek száma megduplázódott. Összesen 8 beteg kapott a diagnózistól számított 3 éven belül biológiai kezelést. Első kezeléskor szteroidra szorult 38 beteg (60%), a biológiai kezelésig őket 69 alkalommal kellett sebészileg kezelni (1,81/beteg), kórházban összesen 40-szer (1,05/beteg) feküdtek. A biológiai kezelés indikációjáig átlagosan 7,5±5,85 év telt el. A kezdetben szteroidra szorulóknál 13-an (34%) kaptak 3 éven belül biológiai. Őket összesen 20 (1,53/beteg) alkalommal operálták (a kezelés előtt), kórházban 13, 12 (0,92/beteg) alkalommal feküdtek.

Következtetés: Hazánkban a betegek döntő többsége még mindig nagyon későn részesül kellően erélyes kezelésben, annak ellenére, hogy az ismert kórijóslati tényezők figyelembe vételével tervezett kezelések esetében a kórházi felvételek és operációk száma jelentősen kisebb.

98

OESOPHAGEAL SYNOPE

Lukács M.¹, Csécsai P.², Komoly S.²

Dept. Of Internal Med. City Hospital, Dombóvár¹, Neurology Clin. Univ. of Pécs²

Introduction: The syncope is a frequent problem for Emergency Room, in part of cases it is difficult to find the exact

mechanism. Gastrointestinal (GI) disorders like achalasia, hiatus hernia (HH) or some dysphagias lead to inappropriate activation of the parasympathic autonomic nervous system results in peripheral vascular dilatation or bradycardia (The other mechanism is the compression of the cardiac structure and leads to haemodynamical instability).

Aim: to present a clinical case that provides example for a rare but potentially treatable condition which can cause syncope

Patient/case: There were emmol. cer. strumectomy, hypertonia, osteoporotic vertebral compression and idiopathic Parkinson-disease in the history of a 75 ys old woman. She had a syncope-without any afterward tenebrosity. She had GI hypomotility and vomiting (average 2 times per week). HH and GERD were first diagnosed at 2003 (Kútvölgyi Clin. Budapest). She had sometimes difficulties in swallowing big size medicaments (eg. Stalevo). She suffered 2 syncopes during a 2.5 months long period. Physical examination (among neur. status and rectal dig. examination), laboratory and glucose burden test, cardiac

examinations (ECG, Holter, ABPM, ECHO cardiogram), EEG, carotis- duplex scan and massage, Shallong test etc. have been done. Large HH on X-ray and gastroscopy plus narrowed lumen of left ventricle (44x24mm) on echocardiogram were positive findings. Authors supposed that the first finding may be significant in this case. There was no oesophageal stricture, that can be widened, so authors decide to use PPI therapy (counting the possible side-effects of prokinetics). The lady is in good condition during the five month long period of her observation. If that event happens more often, cardiac electrophysiology and thoracic CT scan can be done, for more precise differential diagnosis and HH operation can be taken under consideration, too.

Conclusion: The exact reason of syncope in 29% of cases is unknown despite of detailed examinations according to recent papers. The co-existence of HH and syncope is a rare condition, but it is important to keep it in mind, especially if any other causes of syncope are excluded.

99

DUDENALIS VARICOSITAS MIATT KEZELT BETEGEINK HOSSZÚ TÁVÚ KÖVETÉSE ÉS KEZELÉSE

Lukovich P.¹, Dudás I.², Pajor P.¹, Tari K.¹

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²

Bevezetés: A duodenalis varicositas a portalis hypertonia ritka, életveszélyes szövődménye. Endoscopy kezelésére nincs egyértelműen javallt kezelési mód.

Anyag és módszer: 2003-ben az MGT nagygyűlésén két duodenalis varicositas miatt kezelt betegünk anyagát mutattuk be. Mindkét esetben az eredménytelen endoscopy kezelése miatt műtéti megoldásra: a varicositas ligatúrájára kényszerültünk. Az elmúlt 7 év során a betegek rendszeres kontrollvizsgálatokon vettek részt. Első betegünknek –akinek hepatitis B és C, illetve aethylismus talaján alakult ki portalis hypertonia – a felső tápcsatorna területén recidív varicositast nem észleltünk, ugyanakkor több alkalommal végeztünk endoscopy polypectomiát a gyomorban megjelenő nagy hyperplasiogen polypok miatt. Másik betegünknek, -akinek krónikus hasnyálmirigygyulladás okozta a v. porta szűkületét - 6 évvel a műtét után a duodenum bulbosában kifejlődött recidív varicositas, illetve ebből származó vérzése jelentkezett. Az extrém mértékű műtéti kockázat miatt - transhepaticus portographia segítségével - a porta rendszerbe helyezett stent segítségével csökkentettük a portalis nyomást.

Eredmények: Betegeink súlyos alapteregségük, és életveszélyes szövődményeik ellenére a diagnózis felállítása után 8 évvel jó életminőség mellett élnek, az újabb szövődményeket minimal invazív módszerekkel sikerült elhárítani. A kezelési stratégiát a beavatkozások során készült videók (endoscopy, CT angiographia 3D rekonstrukció, portographia) segítségével demonstráljuk.

Következtetés: A betegek rendszeres követése duodenalis varicositas esetében ugyanolyan fontos, mint nyelőcső varicositas esetében. A portalis hypertonia szövődményeinek ellátása gyakran komplex, interdiszciplináris (gastroenterológiai, endoscopy, invazív radiológiai) ellátást tesz szükségessé.

100

TRANSGASTRIC ENDOSCOPIC NECROSECTOMY FOR AN INFECTED WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS WITH A HIGH FLOW WATERJET SYSTEM AND A TEMPORARILY PLACEMENT OF A SELF EXPANDING METAL STENT TO

MAINTAIN ADEQUATE DRAINAGE- A CASE REPORT (WITH VIDEO)

Madácsy L.¹, Balogh G.¹, Fejes R.¹, Székely A.¹, Luka F.², Altörjay A.²,

First Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Fejér County Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary ¹, Department of Surgery, Fejér County Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary ²

Background and aims: Walled-off pancreatic necrosis (WOPNEC) and pancreatic abscess (PABSC) are the most severe complications of acute pancreatitis (AP). Surgery is associated with a significant morbidity and mortality in these critically ill patients within the first 30 days of the onset of AP. Endoscopic therapy may offer a safer alternative treatment modality.

Case report: A 63-ys-old female referred to our department due to a severe episode of biliary AP (Amy:2262, WBC: 26, CRP: 109). An emergency ERCP, EST and stone extraction was performed within 24 h after the onset of AP. Two days later she was transmitted to the ICU due to respiratory and renal failure with concomitant septic shock (CRP: 392, Ca: 1.67, PCT: 2,72). Despite adequate ICU treatment, jejunal feeding and broad spectrum antibiotics she had a continued septic condition and the CT on day 19 demonstrated a 14x11x12 cm large, WOPNEC with signs of mesenteric and retroperitoneal inflammation. This was punctured transgastrically with a cystostome (Wilson-Cook) and after balloon dilatation we placed a covered self expanding metal stent (SEMS) into the WOPNEC. A large volume of necrotic debris and fluid collection was then emptied into the stomach. After 5 days of continuous nasocystic irrigation we removed the SEMS endoscopically, and then the necrotic cavity was entered with an operative double channel upper GI endoscope (Fujinon EG-250D5). Endoscopic debridement was performed with a high flow waterjet system of the Fujinon Flush Knife (2 L/session) and repeated daily through the transgastric approach over the next 5 days. The clinical condition of the patient dramatically improved and she became afebrile.

Conclusions: Transgatric endoscopic necrosectomy with the temporarily application of SEMS and high flow waterjet system shows promising Results, which might expand the potential for this aggressive endoscopic approach in patients with WOPNEC and/or PABSC.

101

DOUBLE, CRYCOPHARYNGEAL AND CARDIAL ACHALASIA IN A PATIENT

Major J.¹, Illés A.², Solt J.¹,

1st Dept. of Medicine, Medical University of Pécs ¹, Medical Center of Komló ²

Achalasia is a primary esophageal motor disorder characterized by degenerative changes of the myenteric plexus. The pathophysiology of the motor abnormalities is not well understood.

We describe a case of a 85-year-old woman. She has suffered from progressive symptoms of dysphagia for liquid and solid foods and aspiration for the previous 6 months, she has lost 22 kg of weight during this period. Because of the entire unable of swallowing, PEG implantation has been made in another institute. In our Hospital endoscopy showed esophageal mycosis, barium swallow examination suggested Zenker diverticula's suspicion. On esophageal manometry peristaltic waves weren't seen in the esophagus, and the lower and upper esophageal sphincter did not relax with the swallow. So manometry showed cardiac and crycopharyngeal achalasia simultaneously. Both upper and lower esophageal sphincter pneumatic balloon dilatation was performed. Upper sphincter dilatation is repeated twice. The diameter of the upper esophageal sphincter was 22 mm after the dilatations, the diameter of the lower esophageal sphincter was 35 mm. Her symptoms resolved rapidly after balloon dilatation, she has put on 15 kg.

In cardial achalasia most of earlier studies described an increased residual pressure in the UES or reduction in the duration of UES relaxation with swallowing, but crycopharyngeal and cardial achalasia in the same patient haven't been described yet.

102

THE NON-CONJUGATED CHENODEOXYCHOLATE INDUCES SEVERE MITOCHONDRIAL DAMAGE AND

INHIBITS BICARBONATE TRANSPORT IN PANCREATIC DUCT CELLS

Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Balázs A.¹, 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

Background: We have recently shown that a high concentration (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)) of pancreatic ductal epithelial cells (PDEC). 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 pigs. Intracellular pH (pHi) and ATP level (ATP)i of PDEC were measured using microfluorometry. To investigate the effect of CDC on glycolytic metabolism we used 10 mM deoxyglucose (DOG)/5 mM idoacetamide (IAA). Morphological changes of PDEC were evaluated by transmission electron microscopy.

Results: 1 mM CDC strongly damaged the mitochondria. For positive control we used the mitochondrial toxin CCCP (100 µM) which mimicked the effect of CDC. Administration of CDC and/or CCCP markedly and irreversibly reduced (ATP)i. DOG/IAA also decreased (ATP)i. CCCP or DOG/IAA administered after high concentration of CDC resulted in further (ATP)i depletion, however, their effects were significantly smaller after CDC than administered alone. CCCP strongly inhibited NBC, NHE (recovery from acid load) and CBE (recovery from alkali load). Administration of DOG/IAA also inhibited the ion transporters. Significantly higher inhibition was evoked by parallel administration of CCCP and DOG/IAA.

Conclusion: These Results suggest that high concentration of the non-conjugated CDC causes mitochondrial damage followed by (ATP)i depletion and CDC inhibits the glycolytic metabolism of PDEC. We showed that the (ATP)i depletion by itself can be responsible for the impaired HCO₃⁻ secretion.

This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

103

CHEMORADIATION (CRT) INDUCED ESOPHAGEAL TOXICITY (ET) OF THE TREATMENT OF NON SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC)

Maráz A.¹, Zag L.¹, Pálköldi R.², Pap E.¹, Szántó E.¹, Fodor E.¹, Varga Z.¹, Furák J.³, Fazekas O.¹, Hideghéty K.¹,

University of Szeged, Department of Oncotherapy - Szeged ¹, University of Szeged, Department of Pulmonology - Deszk ², University of Szeged, Department of Surgery - Szeged ³

The aim of our study was to evaluate the dosimetric correlation of acute ET of the neoadjuvant and definitive taxan based CRT of the NSCLC in our practice.

Patients, method

We analysed the CRT of 27 pts (age 58,8 (39-78), ECOG 0-1) with NSCLC (stage II: 5, IIIA: 3, IIIB: 19; 16 adeno-, 2 bronchioloalveolar- and 9 squamous cell carcinomas). Prior the CRT 9 pts received chemotherapy (CT).

Concomittant CRT included weekly paclitaxel 100 mg/m² (4-6 cycles) and 3D conformal radiotherapy (RT), using individual immobilization and MLC-collimated 15MV fotonfields (mean 3,8±1,1 fields). The planning target volume encompassed the macroscopic tumor and the involved lymph node regions (mediastinal and ipsilateral hilar). The dose was 45 + 22-26 Gy (1,8Gy/fr). Esophagus was delineated in whole length. We analysed the early esophageal side effects (graded according to Common Toxicity Criteria (CTCAE 0.3)) in correlation to the dose.

Results Complex treatment of 23 pts. were completed. 2 CT had to be stopped due to allergic reaction and intolerance. 2 pts had progression. In 6 cases the RT had to be transiently interrupted due to toxicity (gastrointestinal and haematological side effects and neutropenia). The average dose (Gy) to the contralateral lung was 10,8±4,4 and spinal cord 12,0±5,8, respectively. We observed no grade 4, 1 grade 3, 12 grade 2 and 10 grade 1 esophageal reactions. In the cases with grade 2 and 3 toxicity the maximum dose (Dmax) was >56 Gy and the 30% of esophageal volume (D30) received > 50 Gy.

Conclusion According to our results, the acute ET following definitive CRT is common but rarely severe. The severity of ET shows correlation with the esophageal Dmax and D30.

104

EFFECT OF RECTAL INDOMETHACINE IN THE PREVENTION OF POST-ERCP PANCREATITIS

Márk L.¹, Lakner L.¹, Toldy E.², Toldy E.³, Döbrönte Z.^{1,3}

Markusovszky Teaching Hospital, Dept. of Gastroenterology and Internal Medicine ^{1,2}, University of Pécs, Faculty of Healthcare Science, Teaching Center Szombathely ³

Background: The Results of studies investigating the role of prophylactic nonsteroidal antiinflammatory drugs for the reduction of the risk of post-ERCP pancreatitis are inconclusive.

Aim: To assess the efficacy of rectal indomethacine for the prevention of post-ERCP hyperamylasaemia and pancreatitis.

Methods: A prospective randomised trial was conducted in 107 consecutive eligible patients (67 women and 40 men, mean age 66,1±16,5 years), who underwent ERCP. 62 patients received rectal suppositories of 100 mg indomethacine 10 min before starting the investigations. Exclusion criteria were previous endoscopic sphincterotomy, acute pancreatitis and anus preternaturalis. Serum amylase and lipase, CRP, white blood cell count were daily measured, fever and abdominal pain were recorded. Pancreatitis was defined as new onset of pancreatic type abdominal pain associated with at least threefold increase in serum amylase or lipase or with fever and leucocytosis within 24 hours after ERCP.

Results: Pancreatitis occurred in 2 patients in study group (3,2 %), and in 5 patients in control group (11,1 %) (p<0,05). There was no significant difference in the mean 24-hours amylase values. There were no deaths or adverse reactions.

Conclusion: Rectal indomethacine administered before ERCP can reduce the incidence of postprocedural pancreatitis.

105

AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENSI FELADATOK VÁLTOZÁSA AZ ÁTALAKULÓ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Maros K.¹, Illés K.¹

Csepeli Eü Szolgálat, Gastroenterologia ¹

Célkitűzés: A kórházi ágyak számának csökkenésével a fejlett nyugati országokhoz hasonlóan egyre nagyobb szerep hárul a járóbeteg ellátásra. Ennek megfelelően bővítettük ambulanciánkon a diagnosztikus lehetőségeket és szerveztük meg a munkát.

Megbeszélés: A járóbeteg ellátásban egyre nagyobb szerep hárul a szakambulanciákra. Az endoszkopos lehetőségeket meghatározza az adott intézmény műszerezettség. A gastroenterológiai vizsgálatok egy része ugyan endoszkopos háttérrel igényel, más részük azonban laboratóriumi háttérrel vagy anyagilag kis beruházást igénylő műszerekkel elvégezhető. Ambulanciánkon végezzük a felszívódási zavarok felkutatását és kezelésének megszervezését. Foglalkozunk lisztérzékeny, tejcukor intoleráns és a pancreas elégtelen működésével küszködő betegekkel, végezzük a *Helicobacter pylori* kilégzési tesztet, ételallergia vizsgálatot és parazitológiai vizsgálatot. Szervezzük az osztály számára fenntartott UH helyekre a betegek vizsgálatát a kórkép sürgősségének figyelembe vételével. Mindezek a hagyományos endoszkopos feladatok mellett számtalan és sokrétű tevékenységet igényelnek. El kell magyarázni a vizsgálatok menetét, többszörösen rá kell kérdezni a vizsgálatra való alkalmasságra a C13/14 kilégzési tesztnél és kommunikálni kell a beteggel sokszor telefonon is a kellő eredmény elérésére. Mindehhez társul a betegek szociális problémája, munkahelyi gondja, amit a vizsgálatok tervezésénél figyelembe kell venni. A megoldatlan dietetikai finanszírozás is gondot jelent, a beteg méltán vár segítséget a rendelésen. Az igény és a finanszírozottság közötti jelentős eltérés ugyanakkor megnehezíti az ilyen irányú tevékenységet.

Összegzés: A járóbeteg ellátásban dolgozó asszisztensek feladatának bővülésére, átalakulására kívántuk felhívni a figyelmet. A munka sokrétű, sok sikerrel kecsegtető, de fárasztó.

106

CHEMOPREVENTIVE EFFECTS OF TEA EXTRACTS

Marton K.¹, Pótz V.¹, Figler M.¹, Varjas T.²

Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs ¹, Medical School, Institute of Public Health, University of Pécs ²

Introduction: Tea is the most consumed drink in the world after water. Rooibos tea (*Aspalathus linearis*) contains high levels of flavonoid antioxidants with potential health benefits, and practically scientific, clinical and commercial importance. Aspalathin and nothofagin are flavonoids (polyphenols with dihydrochalcone structures) and as constituents are presented in Rooibos tea, as well. Green tea (*Camellia sinensis*) contains polyphenols epigallocatechin-3-gallate (EGCG), epicatechin (EC), epigallocatechin (EGC), epicatechin gallate (ECG). In vitro and in vivo studies revealed their antioxidant and chemopreventive effect, as other health benefits (such as preventing different types of cancer, heart disease, liver disease, diabetes, etc).

Aim: In this study we investigated the effects of rooibos tea, green tea and green tea capsule (dietary supplement) after 2 weeks consumption on the gene expression of CYP1A1 and CYP1A2 enzymes in the liver, lungs, kidneys and spleen of BALB/C mice. Possible modulating effect of these materials was tested on carcinogenic 7,12-Dimethylbenz[α]anthracene (DMBA) exposed group as well.

Material and method: From organs of the animals mRNA was isolated according to the Trisol protocol and the gene expression pattern was detected by quantitative Real Time PCR.

Results: CYP1A1 were induced by DMBA in all organs except the spleen, while DMBA exposure and rooibos tea consumption together seem to increase CYP1A1 gene expression significantly. By CYP2E1 was nearly the same gene expression pattern observed, but with milder increasing of expressions.

In examined enzymes different gene expression patterns were observed according to the organs caused by green tea and green tea capsule.

Conclusion: Extracts of both rooibos tea and green tea are likely chemopreventive. In the future protein-level and longer-term examination of mechanism of their tumor-preventing effects may lead to notable Results.

107

EFFECTS OF GASTRIC JUICES ON ANTIMICROBIAL FOOD

Marton K.¹, Komár A.¹, Kerényi M.², Figler M.¹

Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs ¹, Medical School, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pécs ²

Introduction: The evolutionary struggle of bacteria versus antibiotics is on display every day. Bacterial infections are most often treated with antibiotics, but resistance often develops against them. Prevention and enhancement of immune system are prominently important. Most excellent immune stimulants can be found in vegetable kingdom, and some germs are of significant importance.

Aim: Our aim was to investigate that the compounds of vegetable germs – got into a stomach – retain their antibacterial attributes through gastric juice digestion or possibly transform to antimicrobial compounds. The study includes germ dissociation by tripsine.

Materials and methods: We examined antimicrobial effects of gastric juices and 16 kinds of vegetable germs (red cabbage, iceberg lettuce, icicle radish, kohlrabi, saffron, pearl bean, lens, etc.) in Mueller-Hinton substrate. We performed gastric juices digestion in vitro of these germs, additionally analyzed the effects of tripsine digested germs in contrast with *P. aeruginosa*. The examined bacteria are: EPEC, EIEC, ETEC, EHEC, EAEC, *S. enteritidis*, *S. dysenteriae*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *E. sp. MRSA*, *S. aureus*, *E. faecalis*.

Results: In spite of attenuative effect of gastric juices and protein digestion those compounds responsible for antibacterial properties remained, through these germs retained bactericide abilities. Results showed that in most cases extant antimicrobial effect of germs decreased in a small compass. In some cases these abilities of germs showed increase, for example the pearl bean turned into anti-Pseudomonas substance after pepsin digestion.

Conclusion: Consumption of germs which retained their antimicrobial effects following gastric juices manipulation (brussels sprouts, paschal rose, pearl bean, crown, fennel) can be advised in some infections. Germs can be used exceedingly everyday because

they contain a lot of vitamins and minerals, have immune protective and antimicrobial effects.

108

LAPAROSCOPIC TREATMENT FOR IBD

Masszi I.¹, Pörnczi B.¹, Fekete A.¹, Mészáros P.¹, Megadja B.¹, Czeglédi Z.², Shafer E.², Gyökerez T.², Bursics A.¹

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery ¹, National Health Center, Department of Gastroenterology ²

Introduction: With the development of the technique of laparoscopic surgery laparoscopic bowel surgery gains wider acceptance.

Patients suffering from IBD are usually young and potentially need more than one surgery during their life. Thus the use of minimally invasive surgery is justified.

Patients: Between October 2008 and February 2010 we performed 31 laparoscopic colorectal operations. Amongst these we operated 5 patients for inflammatory bowel disease – 4 for Crohn's disease and 1 for ulcerative colitis. The indication was bowel obstruction, fistula or abscess formation. We performed 2 ileocecal resections, 1 right hemicolectomy, 1 oncotomy and 1 sigmoid resection laparoscopically. We did not have conversion to open surgery. All patients healed without complications and are back to gastroenterologic care.

Conclusion: Advanced laparoscopic surgery is a safe and feasible option for the surgical treatment of inflammatory bowel disease. Patients might enjoy multiple advantage since they often need more than one surgery during their life. Due to the lack of manual palpation these patients need even more rigorous preoperative workup.

109

BEMUTATKOZIK AZ ÁEK

Méhész I.¹, Dékány K.¹

Állami Egészségügyi Központ ¹

2007 július 1-én négy elődintézményből, a Honvédelmi Miniszter irányításával megalakult az ÁEK.

Elődintézmények:

- Magyar Honvédség Egészségügyi Intézetei
- (kórház, betegotthon, rehabilitációs intézetek)
- BM. Kórház Rendelő és Rehabilitációs Intézet
- MÁV Kórház és Rehabilitációs Intézet
- Országos Gyógyintézeti Központ

Előadásunkban a HM. ÁEK feladatrendszerét, felépítését, telephelyeit, osztályait és az I-II. telephelyen működő Endoscopy laborokat szeretnénk bemutatni.

110

ADVANCED LAPAROSCOPY IN OUR COLORECTAL SURGICAL PRACTICE

Mészáros P.¹, Fekete A.¹, Pörnczi B.¹, Masszi I.¹, Megadja B.¹, Bursics A.¹

Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Budapest, Department of Surgery ¹

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 series of patients operated with advanced laparoscopic technique

Patients: Between October 2008 and February 2010 we performed 31 laparoscopic colorectal resections. We did 4 right hemicolectomy, 4 left hemicolectomy, 10 sigmoid resection 10 anterior rectal resection, 2 abdominoperineal rectal extirpation and one small bowel resection. In 23 cases the indication was malignant disease. In the other cases the indication was diverticulosis, Crohn disease, colonic adenoma. We must have made conversion once. In one occasion reoperation was needed due to anastomosis leakage and another cases the patient was operated on after six weeks the primer resection due to strangulated small bowel. The mean operating time was 210 minutes. We experienced early bowel movements and discharged our patients on the 7th postoperative day.

Conclusion: The spread of the advanced laparoscopy in Hungary can be anticipated. In our practice these procedures could be performed within reasonable operating time and safety. The advantages of

laparoscopy (shorter hospital stay, quicker bowel recovery, diminished postoperative pain, better cosmetic result) can be observed in our material.

111

COLORECTAL CANCER (CRC), ADENOMA AND IBD DETECTION IN BLOOD CELLS BY ARRAY PCR - ROLE OF CIRCULATING FREE DNA AS MONONUCLEAR CELL ACTIVATOR

Molnár B.¹, Tóth K.², Spisák S.¹, Galamb O.¹, Jász O.², Kalmár A.², Sipos F.², Miheller P.², Schöller A.³, Tulassay Z.¹

Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest ¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest ³

Background: Whole genomic(WG) gene expression analysis of peripheral blood(PBL) and colon migrating cell populations could contribute to the identification of diagnostic mRNA markers.

Aims: Our aim was the validation of blood biomarkers on an independent test set by RT-PCR. Identification of circulating free DNA (cfDNA) as activator molecule of the mononuclear cells causing local alteration specific mRNA changes was also aimed.

Methods: WG expression profiling was done from PBL samples of 16 healthy(HE), 19 CRC, 12 adenoma(AD) and 11 IBD patients. Array Results were confirmed by RT-PCR on independent PBL samples (40 HE, 40 CRC, 40 AD, 40 IBD) and in mononuclear (MNC) and polymorphonuclear cell compartments(PMNC). In parallel cfDNA from 12 IBD samples was added to MNC fraction of HE subjects and the IBD related mRNA expression analysis was performed. A CRC related DNA segment was injected into 3 healthy mice. The cell type changes in colonic stroma and lymphoid follicles(LF) were analyzed.

Results: CRC could be classified from all of the other groups by 85% sensitivity(SE) and 86% specificity(SP) using 34 genes including septin 5, CD36. ADs were detected by 95% SE and 91% SP in relation to HE by 21 genes including EGFR and MMP8. IBD and HE could be discriminated using 13 genes by 94% SE and 93% SP. Array RT-PCR yielded a highly reproducible gene set that worked on an independent sample set. IBD related cfDNA increased the expression of IBD related genes in MNCs of healthy subjects. Injection of CRC related cfDNA fragments into healthy mice, increased the volume of LF and the number of CD34 and CD133 cells in the colon.

Discussion: PBL based detection of local colorectal diseases can be performed by array RT-PCR after WG blood mRNA expression analysis with high sensitivity and specificity. One of the local alteration reporting molecules can be the cfDNA that can cause local stem cell infiltration in a mouse model.

112

HIGHER SELENOPROTEIN W EXPRESSION IN HYPERPLASTIC POLYPS COMPARED TO EPITHELIUM OF NORMAL COLONIC MUCOSA

Molnár J.¹, Sipos F.², Krenács T.³, Valcz G.², Leiszter K.², Molnár B.², Tulassay Z.²

Department of Nutrition and Epidemiology, National Institute of Food and Nutrition Science, Budapest ¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ², 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest ³

Introduction: Selenium status has been inversely associated with colorectal cancer and adenomas. Recently, pathway analysis suggested the involvement of the Wnt pathway in case of sup-optimal selenium status. We previously showed a statistically highly significant difference of selenoprotein W expression between the epithelium of normal human colonic mucosa and early and advanced adenocarcinoma. However, the relationship between selenoprotein W expression and hyperplastic polyps has not yet been studied.

Materials and methods: The aim of our study was to compare the expression of selenoprotein W in the epithelium of normal colon samples and hyperplastic polyps by immunohistochemistry using the tissue microarray technique (TMA). TMAs from 57 human healthy colon specimen and 35 hyperplastic polyp samples were prepared. TMAs were then immunolabelled with selenoprotein W antibody and semiquantitatively evaluated by optical and virtual microscopy in

parallel. For statistical analysis, Pearsons residuums were calculated and the khi-square test was performed.

Results: In the majority of normal samples, no epithelial selenoprotein W expression was detected. In hyperplastic polyps the expression of selenoprotein W in the epithelium was significantly increased compared to normal samples ($p < 0.01$).

Conclusions: Selenoprotein W expression in the epithelium of human colonic mucosa specimens shows a statistically significant increasing trend not only with the adenoma-dysplasia-carcinoma sequence but also with the development of hyperplastic polyps. Our Results suggest that selenoprotein W may play a role in carcinogenesis via both the adenoma-dysplasia-carcinoma sequence and the hyperplastic polyp-aberrant crypta foci pathway.

113

ENDOTHERÁPIA A BŰNÖZÉS SZOLGÁLATÁBAN

Molnár S.¹, Tarpay A.², Burai M.², Pap A.²

Gasztróenterológiai Szakrendelés, Egészségügyi Központ, Budaörs. ¹, Gasztróenterológiai Onkológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet Budapest ²

A 27 éves nőbeteg néhány napos epigastriális fájdalom miatt került egy fővárosi kórházba UH vizsgálatra. A hasnyálmirigyfejenben 60x70 mm-s, részben septált pseudocystát találtunk epeút eltérés nélkül. A pancreasvezeték tágassága normális volt. A lép megnagyobbodott, ami az anamnézissel együtt alkoholos etiológiát támogatott, erős dohányos volt. Néhány napos diétás kezelés, abstinencia és dohányzástól való eltiltás, NO+theophyllin kezelés mellett a cysta mérete nőtt, nyomásérzékeny vált, láz jelentkezett. Percutan mintavétel történt a zavaros cysta tartalmából tenyésztés, amylase és CEA vizsgálat céljából a mucinosus cystadenoma kizárására. A cystographia során a kettős konturu cystából a kontrasztanyag szabadon ürült a papillán át.

Elővágás, majd septotomia után a vezető a könyöknél a cystába jutott. Fokozatos tágitást végeztünk 10 F-ig, majd 9 F pancreas draint helyeztünk a cysta üregébe, és mellette 5 F nasocysticus draint vezettünk be a fertőzött pseudocystába. Antibioticum és folyamatos lavage mellett a cysta összeesett. A beteg panaszai néhány nap alatt megszűntek. Többször engedélyt kapott rövidebb kimenőre, majd váratlanul zárójelentés nélkül eltűnt. A rendőrségi bejelentés ismételt eredménytelen volt. A megadott címen egy távoli ismerős lakott, aki személyesen még nem találkozott a beteggel. 3 hónapos sikertelen próbálkozás után a Fővárosi Büntetés-végrehajtás útján értesítettünk, hogy egy orrszondával rendelkező letartóztatott betegségére hivatkozva, különleges elbánást igényelt. A szálak hozzánk vezettek, és végre a bilincsbe vert páciens nasocysticus és pancreas drainjét a gyógyult pseudocystából eltávolíthattuk. A dohányossgáttól átitatott felügyelőnőtől és betegtől a bűncselekményről részleteket nem sikerült megtudnunk, de újabb ígéretet nyertünk, hogy mindketten haladéktalanul leszoknak a dohányzásról és ivásról. Két hónap múlva a Börtönkórházból újra konzíliumot kérték a recidiváló pseudocysta észlelése miatt. Az állítólag abstinens, de továbbra is dohányzó nőbeteg kezelésére sebész beavatkozást javasoltunk.

Konklúzió: a nasocysticus drain akár előnyös lehet a bűncselekmény elkövetése során.

114

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH REFRACTORY ULCERATIVE COLITIS AFTER PROCTOCOLECTOMY: POUCHITIS IS A REAL DANGER

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹

First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged ¹

Introduction: Approximately 30% of patients with refractory ulcerative colitis (UC) require surgery. Total proctocolectomy with ileoanal pouch (IPAA) represents the most common and potentially curative surgical procedure for intractable UC, although up to 50% of the patients undergoing surgery develop pouchitis. Our aim was to evaluate the frequency of pouchitis in our UC patients who had undergone colectomy and to assess the efficacy of infliximab in refractory pouchitis.

Patients and methods: The outcome of 46 patients (29 females, 17 males; average age at the diagnosis: 31 years) with refractory UC and undergoing colectomy was assessed retrospectively. Data of patients developing pouchitis was analyzed in detail. Infliximab at a dose of 5 mg/kg was administered in severe, refractory pouchitis. Clinical

response was evaluated by the frequency of diarrhea, blood loss and abdominal pain, and by the assessment of endoscopic and histological findings of the pouch.

Results: 37.1% of the patients (8 females, 5 males; average age at the diagnosis: 28.4 years) who had undergone IPAA developed pouchitis. Four patients with pouchitis (2 males, and 2 females; average age at the diagnosis: 24.5 years) refractory for conservative management received infliximab therapy. These 4 patients developed pouchitis significantly earlier than those responding to conservative treatment. The average number of infliximab infusions was 12.5/patient. Infliximab was effective in all case; complete remission was achieved after a median follow up of 19.8 months. None of the patients needed permanent ileostomy.

Discussion: Pouchitis developed in about one third of the patients undergone IPAA during the follow up period. 30.8% of the patients with pouchitis required biological therapy. Early-onset pouchitis is a prognostic factor for the unsuccessful conservative treatment and the need for biological therapy. Our data suggest that infliximab may be more effective in refractory pouchitis than in severe UC patients, although randomized controlled studies are needed to confirm these Results.

115

AZ ENDOSZKÓPOK FERTŐTLENÍTÉSI TECHNIKÁJÁNAK FEJLŐDÉSE LABORUNKBAN.

Molnár T.¹

Fejér Megyei Szent György Kórház ¹

A Fejér Megyei Szent György Kórházban 30 éve működik endoszkópos labor. Ez idő alatt tanui lehettünk az endoszkópok újabb és újabb technikai fejlődéseinek. Ezek a fejlesztések magukkal hozták a fertőtlenítési technika változásait is.

Gondoljunk bele, az első műszereink még el sem merülhettek teljesen a fertőtlenítő oldatokban, mert azzal tönkretettük volna őket.

Hol tartunk most? Hová fejlődött a fertőtlenítési technika laborunkban?

Honnan, hová jutottunk el a 30 év alatt.

116

EXAMINATION OF THE NUTRITIONAL HABITS OF PATIENTS SUFFERING FROM HAEMOCROMATOSIS

Müller K.¹, Gubicskó A.¹, Marton K.¹, Szabó S.¹, Armbruszt S.¹, Németh E.², Figler M.¹

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék ¹, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár ²

Introduction: Haemochromatosis is a disease of tissue and organ damage caused by the increased storage of iron in the body. Diet low in iron besides blood letting plays an important role in its treatment.

Objectives: Assessment of the nutritional habits of patients suffering from haemochromatosis, examination their knowledge about their diets, seeking connections between their diets and laboratory evidences.

Material and Method: We assessed the knowledge and nutritional habits of 12 patients suffering from haemochromatosis with questionnaires calculating the iron content of their 3-day-long diets.

Results: We have come to the conclusion that patients know much about their disease, but their knowledge of the matter is sometimes incomplete and incorrect.

4 patients were given blood letting. 10 patients thought the diet to be important. On analysing their 3-day-long diets, it was proved that they had different kinds of foods, which were not suitable for the dietary prescriptions.

The female patient who had been suffering from haemochromatosis for 8 years gave a good example of the effectiveness of the treatment according to the laboratory evidences. Besides the blood letting she kept the diet, thus her laboratory evidences improved without complications. The importance of diet was supported by the fact, that the evidences of the male patient also given blood letting did not change because of the dietary mistakes. Comparing the present nutrition of the patients with the diets before their disease, we have experienced the followings: The number of patients eating meat each day reduced from 7 to 3. The patients stopped eating meat products every day, and 50% of the patients cut down its quantity by half. However 3-4 persons continued to have black pudding, brawn, Pick

cold cuts, and home made meat products. They reduced eating oily seeds and nuts.

Conclusion: Our Results supports the importance of the compliance with diet simultaneously with high-quality patient education besides other therapies.

117

PRACTICAL DIFFICULTIES OF DIETARY COMPLIANCE

Müller K.¹, Gubicskó A.¹, Szabó S.¹, Marton K.¹, Armbruszt S.¹, Figler M.¹

Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹

Introduction: Diet compiled on the basis of the demands of different diseases forms an important part of therapy, promotes recovery, improvement of patients' conditions, and prevention of complications. However several patients do not comply with the prescribed diet in contrast with their own interests.

Objective: Examination the factors, which make dietary compliance difficult. **Material and Method:** We applied the questionnaire method in our survey. The questionnaire including 59 questions was filled in by 128 patients. Diabetics, coeliacs, patients on low-protein diet, and the parents of children 1-14 years were given a supplementary questionnaire.

Results: 55% of the participants lived in villages, and 45% of them were town dwellers. 99% of the participants thought of dietary compliance to be important. 53% of the participants always complied with the diet, 42% of them mostly complied with it, and 5% of the participants sometimes adhered to diet. 79% of the patients wished to take part in food shows with tasting, 21% of them were not interested in it. 55% of the patients could obtain the products in their dwellings, 32% of them could buy a part of them, and these products were not available in the dwellings of 13% of the patients. 53% of the patients were satisfied with the number of diet shops, 47% of them were unsatisfied. 63% of the patients thought about the choice of diet products to be sufficient, 37% of them thought it to be insufficient. Diet catering was not provided at workplace canteens most of the time. 80% of the patients would need restaurants with diet menus. 70% of them felt the diet products to be significantly expensive. Only some of the children's institutes could provide diet menus.

Conclusion: Nowadays improved provision of dieting patients can be experienced in several fields, but the collaboration of experts from different fields is needed. Food industry can produce several kinds of foods, trade can put these products into circulation, and health care can increase the standard of caring.

118

ALTATÁSBAN VÉGZETT VASTAGBÉL-TÜKRÖZÉS: A VIZSGÁLAT ELŐTTI ELŐKÉSZÍTÉS ÉS POSTINTERVENCIÓS MEGFIGYELÉS SPECIÁLIS SZEMPONTJAI GYAKORLATUNKBAN

Murányi E.¹, Gelley A.², Fodor G.², Szokolóczy O.², Pohl Z.¹, Tóth V.¹, Peták I.³, Schwab R.²

Kelen Kórház Kft. Budapest¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest², Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK, Budapest³

Háttér: A colonoscopus vizsgálat a vastagbélrák szűrés vonatkozásában jelenleg az érdeklődés középpontjában van. A Kelen kórházban nagy esetszámban áll rendelkezésre tapasztalat az altatásban végzett vizsgálatokról, ennek az ápolás szempontjából speciális szempontjait szeretnénk ismertetni.

Módszerek: Az indikációt követően szakasszisztens feladata a bétisztítással kapcsolatos tájékoztatás, ill. az altatáshoz szükséges vizsgálatok megszervezése. A bétisztítás az általános endoscopos gyakorlatban használt PEG, ill. Fleet soda alkalmazásával történik. Az endoscopia után 2 órás postintervenciós megfigyelés következik.

Eredmények: A Kelen kórházban az elmúlt 5 évben 537 colonoscopiát végeztünk (254 nő, 283 férfi, átlagéletkor: 50.32 év). Minden vizsgálat propofol mélyanestéziában történt, a coecumba jutás 5 eset kivételével sikeres volt. Minor endoszkópos szövödmény 4.1%-ban lépett fel. Rehospitalizációt és vértranszfúziót igénylő major endoszkópos szövödmény 1 betegnél alakult ki (Crohn betegség mellett, a terminális ileumból vett biopsziát követően a beavatkozás

után fellépő vérzés). Szövödményhez köthető egyéb hospitalizáció ill. major aneszteziológiai szövödmény nem történt. Minor aneszteziológiai szövödmények 6,15%-ban jelentkeztek, és ebből 39,4%-ban volt szükség gyógyszeres tüneti kezelésre.

Az altatást követően a páciensek 93,7%-ának közérzete kitűnő volt. A beavatkozások után az átlagos megfigyelési idő 2,3±0,5 óra volt. 2 esetben volt szükség 24h-s postintervenciós megfigyelésre, melyet követő kórházi elhelyezésre nem volt szükség egyetlen esetben sem.

Konklúzió: A propofol anesztéziában végzett colonoscopia egy a mindennapi járóbeteg-ellátásban rutinszerűen alkalmazható biztonságos és megbízható módszer mind diagnosztikus, mind invazív beavatkozások esetében. A betegek előkészítése és postintervenciós megfigyelése team feladat, mely hangsúlyozza a jól felkészült orvosok és a szakszemélyzet együttműködésének szükségességét.

119

GIANT CELL HEPATITIS WITH ULCERATIVE COLITIS AND PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS: A CASE REPORT

Nagy I.¹, Molnár T.¹, Takács T.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹

1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary²

Background. Giant cell hepatitis is a common form of liver injury among neonates, but is much rarer in the postinfantile period. Few cases have been described in adults, some of them associated with autoimmune, toxic or viral disorders, but in others, the etiology remains unclear. We report here a case of postinfantile giant cell hepatitis in a patient with primary sclerosing cholangitis and ulcerative colitis. **Case report.** In May 2009, a 19-year-old man was admitted with a 2-week history of painless jaundice. He had also had mild, non-bloody diarrhoea for about 2 months. There had been no known noteworthy antecedent diseases or exposure to drugs or toxins. Laboratory tests for bacterial, viral or parasitic infections were negative. The liver function tests indicated a pronounced increase in conjugated bilirubin with approximately 10-fold increases in aminotransferase and alkaline phosphatase activities in the serum. The serum total protein, gamma-globulin and C-reactive protein levels were elevated. Among the markers for autoimmune diseases, the serum proteinase-3 antineutrophil cytoplasmic antibody (PR3-ANCA) was highly positive; the markers of autoimmune liver diseases were negative. The liver histology revealed giant cell transformation of the hepatocytes with interface hepatitis, bridging fibrosis, ductular destruction and proliferation. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography demonstrated irregular bile duct strictures characteristic of primary sclerosing cholangitis. Colonoscopy showed the macroscopic picture of ulcerative colitis; this diagnosis was confirmed by the histology. Administration of prednisolone, azathioprine and ursodeoxycholic acid as the main therapeutic measures led to a gradual remission.

Conclusion. This case supports the autoimmune pathogenesis of postinfantile giant cell hepatitis, at least in one subgroup of patients, and indicates that giant cell hepatitis may be listed among the possible hepatic complications of inflammatory bowel disease.

120

A PIBF FEHÉRJE MINT ÚJ TERÁPIÁS CÉLPONT VASTAGBÉLRÁK SEJTEK ESETÉBEN

Nagy K.¹, Polgár B.², Nagy E.², Mihalik R.¹, Szekeres-Bartho J.², Schwab R.³, Peták I.⁴

I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Orvosi Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet, Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Pécs², Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK, Budapest³, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. Budapest⁴

A PIBF, azaz a progeszteron indukálta immunmodulátor fehérje szerepét eddig elsősorban terhességben vizsgálták, ahol kimutatták, hogy termelése a lymphociták által megakadályozza az anyai NK sejtes immunválaszt, így segítve elő az embrió megtapadását.

2004-ben kimutatták, hogy a PIBF mRNS sokféle tumoros sejtvonalban és szövetben overexpresszálódik progeszteron receptor státuszától függetlenül. 2010-ben kimutatták, hogy a progeszteron-receptor antagonistá mifepristone kezelés leukémia sejtekben csökkenti a PIBF expresszióját, illetve leukémiás egerek esetében növeli a túlélést. Ugyanez a szer hatékonyan gátolta endometriális,

ovárium, illetve prosztaták sejtek proliferációját, ezekben a tumorokban a mifepristone klinikai kipróbálás alatt van jelenleg. Egy esettanulmányban leírták, hogy a mifepristone jelentősen meghosszabbította 2 metasztatikus vastagbél tumoros beteg túlélését, és az életminőségüket is jelentősen javította. Mindezek alátámasztják a progeszteron receptor útvonal szerepét egyes tumortípusok esetében. Bár a PIBF jelentőségéről tumoros elváltozások esetében egyelőre kevés adat áll a rendelkezésünkre, a fenti

Eredmények arra utalnak, hogy a PIBF-nek szerepe lehet a tumoros sejtek növekedésében.

Vizsgálatainkban több colon carcinoma sejtvonalban mutattuk ki a PIBF különböző formáinak expresszióját. HCT116 colon carcinoma sejtekből shRNS módszerrel létrehoztunk egy olyan stabilan transzfektált sejtvonalat, amelyben gátolt a PIBF expressziója. A PIBF gátlása szignifikánsan lelassította a sejtek proliferációját a kontroll shRNS-sel transzfektált sejtekhez viszonyítva, mialatt a kontroll sejtek és a nem transzfektált sejtek növekedése között nem volt különbség.

Ezek az eredmények egy olyan új target azonosítását teszik lehetővé, amellyel új, hatékonyabb terápiás kezelést tervezhetünk az eddig alkalmazott szerekkel szembeni rezisztencia esetében is.

121

SÉRUM CYSTATIN ÉS A GFR ÖSSZEFÜGGÉSE MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN

Nemes B.¹, Gelley F.¹, Zádori G.¹, Gámán G.¹, Pernecky J.¹, Kóbori L.¹, Fehérvári I.¹, Görög D.¹, Doros A.¹, Fazekas J.¹, Sárvary E.¹, Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika¹

Bevezetés. Cirrhosis mellett a veseműködés is sokszor érintett. A veseelégtelenség a májátültetések utáni súlyos szövődmények közé tartozik. A humán cystatin C egy non-glykozilált, alacsony molekulasúlyú protein, amelyet minden sejtmaggal rendelkező sejt termel bizonyos mennyiségben. A vese glomerulusokon keresztül szabadon filtrálódik, és a tubulusokban bomlik le. Módszer. Májtranszplantált betegnél a műtét előtt, majd ezt követően prefix időpontokban a sűrűm cystatin és creatinin tartalmát mértük. A veseműködést a Cockcroft-Gault formula alapján számolt GFR-rel jellemeztük. A preoperatív GFR alapján két csoportra osztottuk a betegeket.

Eredmények. Enyhe preOLT veseérintettség (GFR<70ml/min) esetén a creatinin értékek átlagos maximuma 150 umol/l volt a posztOLT 14. napon, míg a cystatin a normálérték többszörösét érte el (2.9mg/l). Míg a sűrűm creatinin értékek normalizálódtak az 1 év végére, a cystatin még enyhe GFR csökkenés esetén is tartósan normálérték felett maradt. Posztoperatív veseérintettség (GFR<70ml/min) alapján hasonló eredményt kaptunk: az átlagos creatinin a 3. napon 200 umol/l volt, rögtön csökkenésnek indult és normalizálódott 3 hónap alatt, míg a cystatin átlagértéke a 3-5. napon a normálérték négyszeresét érte el, tartósan magas maradt és 1 év alatt sem normalizálódott teljesen. A májátültetés első napján mért cystatin értéket alapul véve ROC analízist végeztünk az 1-5 napi GFR-re nézve. Ennek alapján megállapítható volt, hogy amennyiben a sűrűm cystatin az első napon elérte a 1.30-at, a GFR az 1-5. napon kevesebb volt mint 70 ml/min, ha meghaladta a 1.40-et, akkor kevesebb, mint 50 (sens.:90%, spec.: 80%, p=0.0009). Az első posztop. napon mért 1.40 feletti cystatin ezt az összefüggést a májátültetés utáni 10 napon túl mért GFR-rel kapcsolatban is mutatta. Következtetés. A cystatin érzékenyebben jelzi a posztoperatív időszakban a veseműködés beszűkülését, mint a creatinin.

122

HOW TO LIVE WITH SHORT BOWEL SYNDROME?

Sz. Németh-Simon,¹ J. Solt², J. Bajor¹

1.1st Department of Medicine, University of Pécs, Faculty of Medicine
2.1st Department of Medicine, Department of Gastroenterology, University of Pécs, Faculty of Medicine

Introduction: Absorption of nutrients in short bowel syndrome (SBS) is seriously impaired. The adequate treatment of SBS are parenteral and enteral fluid, electrolyte, nutrient and vitamin substitutions. If more than 80 percent of the small bowel is resected, generally life-long total or supplementary parenteral nutrition is required. A 63 year-old male patient with the history of ulcerative colitis and mesalazine therapy since 1986 has been treated several times for entamoeba histolytica and dyspar infection. In 2003 the relapse of ulcerative

colitis was treated with olsalazine and parenteral methylprednisolon, but on the second day of therapy acute abdomen developed. Laparotomy revealed ileal necrosis. Resection and later resection was necessary due to progressive ileal necrosis. In 2004 subtotal colectomy, ileostomy with rectal restoration and also ileal segment resection were performed for necrosis. After the surgery only 80 cm of small bowel remained. His weight decreased from 79 to 50 kg, laboratory tests showed severe malnutrition, electrolyte disorder and frequent tetanic cramps occurred. Initially parenteral infusion with calcium, potassium, magnesium and orally Protifar, Fantomal and Ensure were administered. Since 2005 the patient has been on methylprednisolone, oral and rectal mesalazine, high-dose oral potassium, calcium, magnesium, ferrous sulfate, folic acid, A, B1, B6, C, E vitamins. At present the patient is symptom-free, and only fed orally, and his laboratory parameters are normal. In the last 5 years his body weight has been constant at 55 kg, and there was no need for hospitalization.

Conclusion: Our case demonstrates possible adaptation in the absorption of small intestine, therefore the expansive and uncomfortable parenteral nutrition can be replaced to enteral nutrition.

123

POSTCONDITIONÁLÁS KÍSÉRLETES VIZSGÁLATA PATKÁNY VÉKONYBÉL ISCHAEMIA-REPERFUSIO MODELLBEN

Önody P.¹, Stangl R.¹, Rosero O.¹, Szijártó A.²

Semmelweis Egyetem¹, Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika²

Bevezetés: A vékonybél ischaemia-reperfúziós (I-R) károsodása az a.mes.sup. occlusioja során jelentkezik leggyakrabban. Ischaemia következtében a bélfal permeabilitása fokozódik, és a bakteriális transzlokáció miatt nagy mennyiségű endotoxin kerülhet a szisztémás keringésbe. Az ischaemiás károsodást a reperfúzió tovább súlyosbíthatja, lokális és távoli szövődményeket okozva.

Célkitűzés: A postconditionálás olyan nem tervezetten létrehozott, sebési beavatkozást igénylő körkép, mint a mesenterialis trombózis/embólia esetén is képes lehet a károsodás mérséklésére.

Anyagok és módszerek: Hím Wistar patkányokon az a.mes.sup. 60 perces kirekesztését végeztük. Az állatokat négy - áloperált, kontroll és két postconditionált (10 mp, 1 min)- csoportra osztottuk. A postconditionált csoportokban a kirekesztést követően 3 ciklusban egy perces illetve 10 másodperces felengedés és reocclusio ismétlése után került sor 60 perc reperfusiora. Az állatok vérnyomását, hőmérsékletét monitorizáltuk, a vékonybél mikrocirkulációs változásait laser Doppler flowmeterrel detektáltuk illetve portalis vénás vérgáz-analízist végeztünk. Vékonybél, vese, máj, és tüdő szövettani mintavétel történt, vékonybél nyálkahártya kaparékából antioxidáns statust mértünk.

Eredmények: A reperfusio mikrocirkulációt jellemző plató maximum a 10 mp és 1 perces csoportban (PM p=0,0002;p=0,0024) és reperfusio görbe alatti terület (RT p=0,0010;p=0,0132) postconditionálás hatására szignifikánsan javult. A gyulladásos válaszjelenségek, illetve a szövethárosodás mértéke szignifikáns módon csökkentek postconditionálás hatására (IL-6 p=0,02;p=0,05); seLDH(p=0.00017;p=0,00733); seCK (p=0,00016;p= 0,004);nyhártya redukáló képesség (p=0,0331;p=0,6515). A szövettani mintákon megtartottabb szöveti szerkezet volt látható a kontroll I-R állatok mintáihoz képest.

Következtetés: A postconditionálás javítja a vékonybél túlélési esélyét az a. mes. sup. occlusioja miatt kialakult vékonybél I-R károsodás esetén. A távoli szervhatásokra és a túlélésre gyakorolt hatás további vizsgálatokat igényel az esetleges klinikai alkalmazás előtt.

124

AZATHIOPRIN MELLÉKHATÁSOK GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN

Palatka K.¹, Papp M.¹, Kacska S.¹, Vitális Z.¹, Balogh I.², Altörjay I.¹, DE OEC Gasztroenterológiai Tanszék¹, DE OEC Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet²

A thiopurine származékok, az azathioprin (AZA) és a 6-merkaptopurin alapgyógyszerei a gyulladásos bélbetegségeknek. A metabolizmus komplexitásának és a metabolizáló enzimek genetikai polymorfizmusának következtében jelentős az aktív és toxikus metabolitok koncentrációjának változása, és a mellékhatások

előfordulása. A legsúlyosabb, potenciálisan letális mellékhatás a csontvelői károsodás mely leggyakrabban a kezelés első három hónapjában jelentkezik, gyakran apláziával, leginkább a thiopurine metiltranszferáz (TPMT) elégtelenség következménye.

Klinikánkon az elmúlt 10 évben 224 beteg IBD-s beteg (109 férfi és 115 nő, 170 Crohn beteg, 54 colitis ulcerosa) AZA kezelésére került sor. A betegek csupán 70% a részesült az optimális 2-2,5 mg/kg dózisban a mellékhatások miatt 31 betegnél (14%) kellett a felfüggeszteni a kezelést.

A leggyakoribb mellékhatás a gasztrointesztinális intolerancia volt (8%), neuropathia (4%), pancreatitis (2%) ritkábban fordult elő. A betegek 40%-ban jelentkezett leukopenia, jelentősebb panasz és infekció kialakulása nélkül. A myelotoxicitást 5 betegben (2,2%) észleltük, legsúlyosabb szövődménynek két esetben kialakult súlyos myelosuppresszió bizonyult teljes csontvelő apláziával egy colitis ulcerosás és egy Crohn betegben, TPMT genotípus: 3A allél homozigóta. Mindkét esetben a nem megfelelő ellenőrzés vezetett a csontvelő károsodáshoz. Átlag 6 hetes teljes aplázia mellett a komplex szupportív kezelés ellenére súlyos fertőzések is kialakultak. A csontvelő regeneráció teljes gyógyulást hozott, a bélnyálkahártya regenerációjával. Az egyik beteg több mint négy éve teljes remisszióban van, két éve gyógyszeres kezelés nélkül, a másik egy éve panaszmentes, teljes nyálkahártya gyógyulással minimális fenntartó kezelés mellett. A mellékhatások a kezelés első három hónapjában jelentkeztek. A betegek 55%-ban a kezelés több mint négy éve folyik, mellékhatások nélkül.

Az AZA biztonságos remisszió fenntartó gyógyszere az IBD-nek. A TPMT aktivitás meghatározása segíthet a myelotoxicitás megelőzésében, a kezdeti rendszeresen vérkép ellenőrzés jelenti a standard gyakorlatot.

125

TRYPsin INHIBITS PANCREATIC DUCTAL BICARBONATE SECRETION VIA CFTR Cl- CHANNEL

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

First 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 Univ. Boston, MA, USA ⁴

Background: Intraacinar activation of pancreatic enzymes is a key event in the pathogenesis of acute pancreatitis. Activated enzymes entering into the ductal system may influence the fluid and bicarbonate secretion of pancreatic ductal cells. Therefore, the aim of this study was to investigate the effects of trypsin on pancreatic ductal bicarbonate secretion.

Methods: Pancreatic protease-activated receptor 2 (PAR2) expression was determined by immunohistochemistry in guinea pigs. Intact intra/interlobular pancreatic ducts and single pancreatic duct cells were isolated from the pancreas of guinea pigs. The activity of Cl-/HCO₃-exchanger was measured on microperfused pancreatic ducts by microfluorimetry, whereas, CFTR Cl- channel activity was investigated by whole cell patch clamp recordings on single pancreatic ductal cells.

Results: PAR2 expression was found on the luminal membrane of intralobular, but not on interlobular ducts. Luminal administration of 10 µM trypsin or 10 µM PAR2 activating peptide (AP) had no effect on intracellular pH in HCO₃-free solution, however, in the presence of HCO₃-, a marked pHi elevation was observed suggesting inhibition of HCO₃- efflux. Removal of extracellular Cl- from the HCO₃-containing solution did not diminish the level of alkalosis caused by 10 µM trypsin or 10 µM PAR2-AP, but the 10 µM CFTRinh172 inhibitor reduced pHi elevation. Patch clamp experiments showed that both 10 µM trypsin and 10 µM PAR2-AP diminished the forskolin stimulated Cl- current of CFTR. The 100 µg/ml soybean trypsin inhibitor or 10 µM PAR2 antagonist totally blocked the effect of trypsin and PAR2-AP on forskolin stimulated Cl- current.

Conclusion: Our Results suggest that trypsin inhibits pancreatic ductal bicarbonate secretion via activation of PAR2 receptor and inhibition of CFTR Cl- channel.

This work was supported by OTKA, MTA and NKTH.

126

ACQUIRED FACTOR IX INHIBITOR IN A PATIENT WITH CEREBRAL AND RETROPERITONEAL HAEMORRHAGE AFTER SUCCESSFUL TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C (CHC) WITH PEGINTERFERON-ALFA (PEG-IFN-α) PLUS RIBAVIRIN (RBV). A RARE COMPLICATION?

Pálvölgyi A.¹, Nagy I.¹, Modok S.², Wittmann T.¹

1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, 2nd Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ²

Introduction. An acquired factor (F) VIII inhibitor in a pt without haemophilia A is a very rare disorder. Chronic HCV infection can have extrahepatic manifestations, especially autoimmune disorders, antibody formation and haematologic complications. Two case reports have described the occurrence of an acquired F VIII inhibitor in pts with CHC without exposure to IFN-α. Another case report described a pt with haemophilia A and HCV infection who developed an acquired F VIII inhibitor after treatment with IFN-α. The literature makes no mention of the production of F IX inhibitor in relation to CHC or treatment with PEG-IFN-α plus RBV. Case report. A 59-years-old woman was admitted following a cerebral haemorrhage. Her history included artificial heart valve implantation and CHC. Two years before admission, she completed a one-year course of PEG-IFN-α plus RBV therapy and achieved a sustained virological response. After the discontinuation of acenocoumarol, nadroparin was administered. A few days later, a retroperitoneal haematoma developed due to a secondary epileptic attack. As the anticoagulant therapy was in the effective range at the time of her admission, blood coagulation tests were performed to check for possible coagulation disorders. Besides normal activated partial thromboplastin and thrombin times we found an elevated F VIII, a normal F VIII inhibitor, a slightly reduced F IX and a slightly elevated F IX inhibitor level.

Conclusion. Although the causality is particularly clear in this case, we draw attention to a possible complication, which can arise even years after the completion of antiviral therapy. This may be the first report of a case involving both an acquired F IX inhibitor and previous treatment with PEG-IFN-α plus RBV.

127

AUTOIMMUN PANCREATITIS (AIP)

Pap A.¹

Gasztroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ¹

Az AIP szövettani képében 2 forma különböztethető meg.

1.LymphoPlasmacytic Sclerosing Pancreatitis (LPSP), melyre vastos periductalis lymphoplasmacytás beszűrődés jellemző IgG4 immunglobulin pozitív plazma sejtekkel, „storiform”, örvénylő fibrosissal és obliteratív venulitissal. 2.Idiopathic Duct-Centric Pancreatitis (IDCP), mely egyértelműen megkülönböztethető a Granulocyte Epithelial Lesion (GEL) alapján. Ez a ductalis epithelialis granulocytá infiltráció az epithelsejtek alatt és a vezetékben, vezeték körül található és a ductusok károsodását, elzáródását okozhatja. A lobulusok infiltrációja is sok granulocytát tartalmaz, obliteratív phlebitis és IgG4 immunhistologia viszont nincs. Ez a IDCP vagy GEL pozitív pancreatitis (2.típusú AIP) 37% volt a Mayo Clinicén, 50 % Veronában és 45 % Kielben, 0% Japánban. A formálódó consensus alapján az 1. típusú AIP-re a szövettani kép mellett jellemző, hogy idősebb férfiak betegsége és az IgG4 pozitív LPSP legtöbbször más szervet is érinthet (papilla, epeutak, vesék, nyálmirigy orbita, retroperitoneum, nyirokcsomók stb.). A folyamat nem egyértelműen autoimmun betegség, inkább IgG4-associated Systemic Disease (ISD)-nek felel meg: IgG4 associált cholangitisnek, sialadenitisnek stb. A 2. típusú AIP fiatalabb betegeken és 40%-ban nőknél fordul elő, nem jár ISD-vel, viszont a colitis ulcerosa 30 %, nincsenek IgG4 pozitív plazmasejtek a granulocytás infiltrátumok között. Mivel ebben a formában serológiai vizsgálattal nem lehet diagnózishoz jutni, a többszervi manifesztáció legtöbbször hiányzik, csak a pancreasból vett szövettani minta tudja a diagnózist végleg megerősíteni. A steroid kezelés hatékonysága 2. típusú AIP-ben is egyértelmű, sőt recidíva gyakorlatilag nem fordul elő, míg erre az 1. típusú AIP-ben 30-40 %-ban számítani kell. A képalkotó diagnosztika (kolbász alakú pancreas, széli kötőszövetes szegély, vezetékcsükület prestenoticus táulat nélkül) mindkét formára jellemző.

Konklúzió: a hazai beteganyagban is törekedni kell a 2-féle AIP megkülönböztetésére: serológiai diagnózis biztosítására, vagy a papillából, esetleg a pancreasból vett trucut Endoscopos UH minta értékelésére.

SERUM LIPOPOLYSACCHARIDE-BINDING PROTEIN AND SOLUBLE CD14 ARE MARKERS OF DISEASE ACTIVITY IN PATIENTS WITH CROHN'S DISEASE

Papp M.¹, Kiss L.¹, Palatka K.¹, Altörjay I.¹, Antal-Szalmas P.³, Palyu E.¹, Udvardy M.¹, Molnar T.⁴, Farkas K.⁴, Veres G.⁵, Harsfalvi J.⁶, Papp J.², Lakatos P.²

2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ², Department of Clinical Biochemistry and Molecular Pathology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ³, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ⁴, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁵, Clinical Research Center, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ⁶

Background: In inflammatory bowel disease (IBD), enhanced inflammatory activity in the gut is thought to increase the risk of bacterial translocation and endotoxemia. In the present study, we aimed to investigate the association between serum level of lipopolysaccharide-binding protein (LBP), soluble CD14 (sCD14) and clinical disease activity, high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), anti-microbial serology profile, NOD2/CARD15 status and clinical phenotype in a large cohort of Hungarian Crohn's disease (CD) patients.

Methods: 214 well-characterized, unrelated, consecutive CD patients (m/f: 95/119, age: 35.6±13.1 years, duration: 8.3±7.5 years) and 110 healthy controls were investigated. Sera were assayed for LBP, sCD14, hs-CRP, ASCA IgG/IgA and anti-OMP IgA antibodies. NOD2/CARD15 variants were tested. Detailed clinical phenotypes were determined by reviewing the patients' medical charts.

Results: Serum LBP level was significantly higher ($p < 0.0001$ for both), while sCD14 was lower ($p < 0.0001$) in both active and inactive CD compared to the controls. The accuracy of hs-CRP (AUC=0.66), sCD14 (AUC=0.70), and LBP (AUC=0.58) was comparable for identifying patients with active disease. There was a significant correlation between LBP ($p < 0.001$), sCD14 ($p = 0.015$) and hs-CRP levels but not with anti-microbial seroreactivity or NOD2/CARD15 genotype. In inactive CD, LBP was associated with penetrating disease. In a Kaplan-Meier analysis and a proportional Cox-regression analysis, LBP ($p = 0.006$), sCD14 ($p = 0.007$) and previous relapse frequency ($p = 0.023$) were independently associated with time to clinical relapse during a 12-month follow-up period.

Conclusion: Serum LBP and sCD14 are markers of disease activity in CD with a similar accuracy as hs-CRP. In addition, LBP, sCD14 and high frequency of previous relapses were independent predictors for medium-term clinical flare-up.

PRESENCE OF ANTI-MICROBIAL ANTIBODIES IS ASSOCIATED WITH INCREASED RISK FOR SYSTEMIC INFECTIONS IN A LARGE HUNGARIAN COHORT OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Papp M.¹, Vitalis Z.¹, Tornai I.¹, Altörjay I.¹, Foldi I.¹, Udvardy M.¹, Norman G.², Dinya T.³, Orosz P.⁴, Lombay B.⁵, Par G.⁶, Par A.⁶, Osztovcics J.⁷, Szalay F.⁷, Lakatos P.⁷

2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ¹, INOVA Diagnostics, Inc. San Diego, USA ², Institute of Surgery, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ³, Gastroenterology Department of Medicine, Borsod-Abaúj Zemplén County Hospital, Miskolc, Hungary ⁴, Department of Medicine, Szent Ferenc Hospital, Miskolc Hungary ⁵, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary ⁶, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁷

Backgrounds: Bacterial translocation plays important role in complications of liver cirrhosis. Antibody formation against various microbial antigens might be caused by sustained exposure to gut microflora constituents.

Methods: Sera of 676 patients with various chronic liver diseases (autoimmune diseases: 266, viral hepatitis C: 124, and liver cirrhosis of different etiology: 286) and 100 controls were assayed for anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) and anti-outer membrane protein (OMP Plus) antibodies. We also conducted a follow-up

observational study to assess whether the presence of anti-microbial serological response was associated with the development of clinically significant bacterial infection in patients with liver cirrhosis.

Results: ASCA and anti-OMP Plus antibodies were present in 38.5% and 62.6% of patients with cirrhosis and in 16% and 20% of controls, respectively ($p < 0.001$). Occurrence of these antibodies was more frequent in cases of advanced cirrhosis (according to Child-Pugh and Meld score; $p < 0.001$) or in the presence of ascites ($p < 0.001$). Anti-microbial antibody titers ($p = 0.003$) as well as multiple seroreactivity was associated with systemic infections (35.0% and 21.7% in patients with multiple and without seroreactivity, $p = 0.036$). In a logistic regression analysis, the presence of co-morbidities (OR: 2.34, 95% CI: 1.36-4.04) and ASCA positivity (OR: 1.59, 95% CI: 1.07-2.36) were independent risk factors for systemic infections. In Kaplan-Meier analysis, the presence of ascites, 0.001, $p = 0.03$, and $p = 0.037$, while <ASCA, and multiple seropositivity (p in Cox-regression analysis, Child-Pugh score and co-morbidities ($p = 0.018$, OR: 1.85 and $p < 0.001$, OR: 2.02, respectively), were associated with a shorter time period until the first infection.

Conclusions: Reactivity to microbial components constituted a risk factor for systemic bacterial infections in liver cirrhosis, further supporting the role of bacterial translocation in the pathogenesis of infection.

CYTOKINE GENE (IL-10R, IL-28B AND LTA) POLYMORPHISMS IN HCV INFECTION.

Pár A.¹, Kisfalvi P.², Melegh B.², Tornai I.³, Papp M.³, Varga M.⁴, Gervain J.⁵, Szalay F.⁶, Schuller J.⁷, Nemes Zs.¹, Péterfi Z.¹, Tusnádi A.⁸, Hunyady B.¹, Vincze Á.¹, Pár G.¹

¹ I-st. Department of Medicine, ² Dept. of Medical Genetics, University of Pécs, Pécs, ³ II-nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, ⁴ Réthy Pál Hospital, Békéscsaba ⁵ Szent György Hospital, Székesfehérvár ⁶ I-st Dept. of Medicine, Semmelweis University, Budapest ⁷ Egyesített Szent István és Szent László Hospital, Budapest, ⁸ Hetényi Géza Hospital, Szolnok

Background/Aim: Since the host immune response against HCV depends on cytokines, which are under genetic control, we studied polymorphisms in two pro-inflammatory (IL-28B, lymphotxin A, LTA) and in one anti-inflammatory cytokine (IL-10) genes in HCV infection. The allele frequencies compared to healthy controls and the relationship between genetic polymorphisms and the response to PEG-IFN+ ribavirin treatment have been examined.

Patients: Two hundred and ninety-two chronic HCV genotype 1 patients (136 men, 156 females) have been studied, out of them 172 treated with PEG-IFN alfa-2a/2b + RBV for at least 24 weeks. Sixty nine of 172 (40.11%) achieved SVR. One hundred and four healthy individuals served as controls.

Methods: The samples were genotyped using PCR-RFLP and ABI Taqman genotyping assay.

Results: IL-28B (rs12979860): C/C genotype in HCV patients occurred with significantly lower frequency than in healthy controls (28.11% vs 51.92%, $p = 0.0001$, OR 2.76). Treated patients with the C/C genotype achieved SVR in higher rate, than those who have T/T genotype (54.34% vs 29.16%, $p = 0.0447$, OR 2.86).

LTA A252G (rs909253): the frequency of A/A genotype did not differ between HCV patients and controls, but G/G homozygosity was found with reduced rate in the non-treated subgroup of HCV patients as compared to controls (2.91% vs 9.90%, $p = 0.041$, OR 3.66). SVR occurred in patients with GG genotypes in 54.54% vs 44.94% in A/A carriers (NS).

IL-10R 1087 (rs1800896): the G/G genotype in HCV patients occurred with significantly lower frequency than in controls (37.15% vs 52.74%, $p = 0.00957$, OR 1.89), suggesting a protective effect. Patients with G/G genotype showed higher SVR than those with A/A genotypes (41.26% vs 28.57%) (NS).

Conclusion: We have shown that IL-28B C/C genotype was a protective genetic variant and a predictor of SVR in chronic HCV infection. Furthermore, our data suggest also presumable beneficial effects of both IL-10R and LTA gene polymorphisms, that however needs to be confirmed by studies with higher number of HCV patients

This work was supported by a grant from the National Research Fund (OTKA K81454 and Bolyai.)

FIBROSIS MARKERS (SERUM HYALURONIC ACID, PROCOLLAGEN-III-PEPTIDE, PASMA TRANSFORMING GROWTH FACTOR-BETA) AND TRANSIENT ELASTOGRAPHY (FIBROSCAN) IN CHRONIC HCV INFECTION

Pár G.¹, Vincze A.¹, Berki T.², Miseta A.³, Pajor L.⁴, Kereskai L.⁴, Szereday Z.⁵, Nagy A.¹, Hunyady B.¹, Pár A.¹

¹-st Department of Medicine, University of Pécs, ¹, Institute of Immunology and Biotechnology, University of Pécs, ², Laboratory Medicine Institute, University of Pécs, ³, Institute of Pathology, University of Pécs, Pécs ⁴, Baranya County Hospital, Pécs, Hungary ⁵

Background: Even mild chronic hepatitis C may be associated with severe fibrosis, that needed peg-interferon + ribavirin (P/R) therapy. We have studied fibrosis markers and transient elastography (TE)(FibroScan) to assess liver fibrosis by these non-invasive tools. **Patients and methods:** 119 HCV-patients (51 male, 68 female) have been enrolled, of them 75 had biopsy-proven chronic hepatitis C, 49 treated with P/R, 20 patients had cirrhosis, 20 individuals were symptomfree HCV-carriers with persistently normal alanine aminotransferase (PNA), 25 blood donors served as controls. Serum HCV-RNA has been determined by PCR, transforming growth factor(TGF) and hyaluronic acid (HA) by ELISA, procollagen-III-peptide (P-III-P) by RIA. Histological activity index (HAI) and fibrosis METAVIR score were studied in liver biopsy, for TE FibroScan was applied.

Results: in hepatitis C patients all fibrosis markers were significantly elevated compared with controls (TGF: 14.21+/-1.62 vs 9.95+/-1.66 pg/ml, HA: 149.1+/-24.3 vs 19.03+/-3.99 ng/ml, P-III-P: 1.41+/-0.43 vs 0.71+/-0.05 U/ml). TGF was significantly higher in hepatitis C patients than in symptomfree HCV-carriers. High P-III-P values occurred only in advanced fibrosis. TGF correlated with HAI, HA with fibrosis score. After 3-6 months P/R therapy, both HA and TGF levels significantly decreased even in virological non-responders. LT values were as follows: controls: 5.10+/-1.19 kP, HCV-carriers with PNA: 5.38+/-1.37 kP, chronic hepatitis C (before treatment): 9.67+/-4.11 kP, patients with sustained virological response: 6.56+/-2.61 kP, non-responders 18.55+/-11.65 kP, HCV-cirrhosis patients: 37.40+/-16.85 kP.

Conclusion: both fibrosis markers and TE represent an advance in the non-invasive diagnosis of fibrosis. P/R treatment may inhibit fibrosis progression even independently of virological response in HCV infection. The work was supported by a grant from the National Research Fund (OTKA K81454 and Bolyai BO/00466/06).

ENDOSCOPIC REMOVAL OF FOREIGN BODIES FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

Pászti I.¹, Bazsika A.², Varga E.², Tóka M.³

Pediatric Surgical and Traumatological Department of Saint John's Hospital ¹, Pediatric Intensive Care Unit of Saint John's Hospital ², Pediatric Radiological Department of Saint John's Hospital, Budapest, Hungary ³

Over the past 25 years, from 1984-1992 in the Apáthy István, Heim Pál Children's Hospital from 1992-2002, then until December 2009 Pediatric Surgical and Traumatological Department of St. John's Hospital, 115 foreign bodies were removed from the upper gastrointestinal tract (esophagus, stomach, duodenum), ages from 6 months to 6 years, (rarely elder children). The problematic areas are of the hypopharynx, cardia, pylorus, the duodenal loop of Treitz and Bauhin key. The three categories of objects. 1/. The round, oval, sphere-shaped ones without sharp edges (coins, marbles, buttons, safety pin closed) cause the fewest problems. In such cases the patient should not be hospitalized. Stool should be examined, the hospital should only be included if abdominal pain, vomiting, bleeding appear. Asymptomatic cases wait 4-5 weeks. 2/. In case of sharp edges, stopped tendency, repeated X-ray pictures have to be taken to localize the position of foreign body (needle, pin, drawing-pin, little pin (less than 2 cm), little key, ring, ear ring, little puzzle toy, clip). Vomiting, abdominal pain or bleeding must be performed urgent endoscopy if it is unsuccessful surgery. 3/. Observed in the narrow, long items, as pencils, long nails, long key, toy with irregular form or harp. If the button remains for a longer time in the stomach, it

should cause ulceration and perforation of the stomach wall. If the swallowed objects can be seen in the X-ray detection is easy, if it is not detectable contrast can be helpful. All endoscopic examinations were performed under general anaesthesia using fiberoptic endoscope (Olympus XP, XP-20, FUJI PE-7, XP-160 videoendoscope) and foreign body forceps (FG 4L, loop). Two cases were operated. One of them remained in the hypopharynx, another broke PEG button in the gastric wall, the 3rd remained button in the Meckel diverticulum diagnosed by CT. Remained foreign bodies in the esophagus are the most dangerous causing perforation or mediastinitis. Operative endoscopic treatments were without any complications. It is known that children outside the world try to taste everything they can get to.

INITIAL OBSERVATIONS WITH COMPUTED CHROMOENDOSCOPY (FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT) SYSTEM IN COLONOSCOPY

Patai A.¹

Department of Gastroenterology, Erzsébet Teaching Hospital, Sopron ¹

Introduction: Conventional white-light colonoscopy (WLC) is currently the gold standard for detection and treatment of colorectal lesions. The Fujinon intelligent color enhancement system (FICE) is a real-time, on-demand endoscopic multi-band imaging technique designed to enhance visualization of vascular network and surface texture of the mucosa. There is few information available about the optimal selection among the ten factory-determined wavelength-enhanced presets of FICE for detection of colorectal lesions. The aim was to overview our initial observations.

Method: Normal mucosa and pathological lesions with WLC and FICE-colonoscopy on every factory-determined preset were compared in 30 patients.

Results: Channel 4 (red: 520 nm, green: 500 nm, blue: 405 nm) of FICE seems to be the best choice to enhance the differences between normal and pathological tissues and to determine the boundary of mucosectomy. However, there are some disadvantages of FICE. It generates a darker field of view than its white-light counterpart, particularly in large luminal diameter. Presence of blood after biopsy obscures more the view under FICE than that of WLC.

Conclusions: Among the factory determined channels, preset 4 seems to be the most useful to determine the boundary of pathological lesions. Further studies need to be conducted to find the correct place of FICE-colonoscopy in endoscopic practice.

DNA METHYLATION PROFILE IN COLORECTAL CANCER VERSUS NORMAL COLONIC TISSUE - PRELIMINARY RESULTS

Patai V. A.¹, Galamb O.², Tóth K.¹, Kalmár A.¹, Spisák S.², Wichmann B.¹, Jász O.¹, Leiszter K.¹, Valcz G.¹, Sipos F.¹, Schöller A.³, 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, 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³

Background: DNA methylation in the promoter region of tumor suppressor genes is a common epigenetic silencing mechanism and has been proved to be a crucial mechanism in colorectal carcinogenesis. To our knowledge, no studies have been performed so far analyzing DNA methylation profile of colorectal cancer (CRC) in both serum and tissue samples from matched patients.

Aim: To find DNA methylation markers that appear both in biopsy tissue and in plasma and accordingly determine a set of DNA methylation markers that could be used as a diagnostic tool to detect CRC at an early stage.

Method: At the present stage of our study we have so far examined 1 CRC and 1 normal colonic biopsy samples. Both patients were women, aged 71. Endoscopically obtained biopsies were stored at -80°C. DNA was isolated and applied for Methyl-Profiler DNA Methylation PCR array system, that was specifically designed for colorectal cancer. Primers of 96 genes, whose aberrant methylation had been reported in gastrointestinal cancer, was lyophilized to the appropriate wells of a 384-well plate. Using methylation restriction

enzyme digestion followed by real-time PCR enabled us to define the methylation status in our samples.

Results: According to our preliminary results from the comparison of two profiles, 39 genes were methylated only in the CRC sample, 34 of them already known in the literature. However, 5 novel genes were found, whose methylation had not been described in CRC previously, including ALDH1A3, DACT2, MCC, PAX2, PCDH10.

Conclusions: These preliminary Results are consistent with published data, and shows that our approach is capable to identify new tumor suppressor candidates. Our further aim is to examine the methylation status of more biopsy samples and to analyze matched plasma samples parallelly. Such profiles would provide invaluable insight into mechanisms underlying the relationship between methylated DNA markers in colon and peripheral blood and may yield new molecular markers, which could radically improve early cancer detection.

135

PREVALENCE OF HUMAN CYTOMEGALOVIRUS AND KRAS SIGNALLING HYPERACTIVATION

Patonai A.¹, Hegedűs Z.¹, Hegedűs B.¹, Tátrai P.¹, Lotz G.¹, Rásó E.¹, Kiss A.¹, Schaff Z.¹, Timár J.¹,
2nd Institute of Pathology, Semmelweis University Budapest, Hungary

Background: Human cytomegalovirus (hCMV) infection has been suggested to be associated with colorectal cancer (CRC). However, the correlation between the mutational status of KRAS related oncogenes (KRAS, BRAF) and the prevalence of hCMV has not been investigated previously.

Methods: We obtained formalin fixed paraffin embedded specimens from 120 colorectal cancer patients. Following isolation of DNA, we determined the mutations at codon 12 and 13 of the KRAS gene and at codon 599 of B-Raf using restriction fragment length polymorphism analysis and sequencing. The presence of hCMV-DNA has been detected by single step solution phase PCR.

Results: We found 12 CMV positive samples out of 120 colorectal tumour specimens (10%). Among the K-RAS mutant tumours only 8.4% have displayed the presence of CMV-DNA in contrast to 11.7% of the tumours with wild type KRAS genetic background.

Conclusion: Our preliminary findings suggest that KRAS wild type tumours show a moderately increased prevalence of hCMV. In order to clarify the possible correlation of KRAS signalling in human cytomegalovirus mediated colorectal cancer pathogenesis further studies are necessary.

Key words: hCMV, KRAS mutation, CRC

Support: OTKA CNK 77649

136

EMÉSZTŐRENDSZERI SZŰKÜLETEK ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTTEL TÖRTÉNŐ KEZELÉSE

Paulovicsné Kiss M.¹

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Tszdk Endoszkópia¹

Summary

The purpose of the research was to survey the stent treatment of the strictures in the digesting system. We wished to find the indication circle, the most typical indicator of the efficiency of the treatment, which is the dysphagia score, and the interconnection of the nursing days in relation to the type of the implanted stents. Our statistical analysis, with which we were looking for the answers to our suppositions, involved percentage calculations, average calculations, reliability domain, T-trial, logistic regression and linear regression. All the above calculations were made with Microsoft Office Excel and Epi Info 8.0 Program.

Results: The average age of male and female patients showed a rather significant difference ($p < 0.001$). As the most sensitive indicator, we examined the dysphagia score to verify the success of the stent implantations. To the impact of the implantation the value of the score grew from 3.09 to 1.03 by examining all the patients together, which was significant ($p < 0.001$). There was no difference regarding the dysphagia score before the stenting, when comparing the traditional and metal stents. After stenting, compared to the traditional stents, we received a significantly lower dysphagia score in the case of metal-stented patients ($p = 0.0025$). The applied logistic regression indicates that in the circle of fistula patients the pneumonia is significantly more frequent ($p < 0.0001$). The diameter of the stenosis, observing it before

and after expansion grew in a great extent. At the traditional stents a significantly bigger pre-expansion was needed ($p < 0.001$).

Consequences: The present research supports Eickhoff's research **Results**, according to which the usage of the different types of metal stents broadens the circle of applicability of prothesis. The Results of Solt's researches are also validated, on the basis of which certain types of metal stents are excellently suitable for treating oesophagus fistulas and by this, one of the most important intergrowth, the aspirations pneumonia may become preventable.

137

HIGH-RISK COLORECTAL POLYPECTOMY. PREVENTION OF COMPLICATIONS IN ONE OR TWO STEPS

Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Szabó T.¹, Goda M.²

Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár¹, Department of Pathology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár²

Introduction: The endoscopic polypectomy of large pedunculated or sessile polyps involves many kinds of high risk complications, such as the haemorrhage: the occurrence of which, according to published reports varies between 0.3% and 6.1 %. The most severe complication is perforation.

From the point of view of complication, polyps bigger than 1.5 cm are high-risk.

Aims and Methods: The authors during 2008-2009 conducted 179 high-risk colorectal (CR) polypectomies retrospectively. In the survey the

Results of the haemostatic easement methods in one or two steps used for prevention are analysed. The aim of the study was to evaluate the project data.

The 4 elements:

1. In the case of CR polyps larger than 1.5 cm, 10-12 ml 1:10000 submucosal epinephrine-saline solution injection is given
2. standard or piece-meal polypectomy
3. search of visible vessel
4. use of haemoclip/endoloop in case of visible vessel.

Results: During the study 538 colorectal polypectomy were performed. 179 high-risk polypectomies were done in 146 patients (78 male and 68 female; mean age 61, 1 ys). The histology scope of removed polyps is the following: 125 adenoma tubulare, 25 adenoma tubulovillosum, 15 adenoma with mild dysplasia, 6 adenoma with severe dysplasia, and 11 carcinoma cases.

Prophylactic haemoclip in 84 cases, endoloop in 16 cases, clip and loop together in 2 cases were used. In 6 cases after clip using the early minor bleeding was stopped.

In 1 case due to perforation 6 hours after polypectomy an operation had to be done.

Conclusion: 1. In case of high risk polypectomy several methods of haemostatic easement are necessary

2. Haemostatic easement used according to protocol in one or two steps is efficient in the prevention of early and delayed post-polypectomy severe bleedings.

138

THE ROLE OF THE DOPPLER ULTRASOUND PROBE IN ACUTE PEPTIC ULCER HEMORRHAGE: PRELIMINARY ENDOSCOPIC RESULTS

Pekárdi S.¹, Szabó Andrea¹, Csöndes M.¹, Kárász T.¹, Hussam S.¹, Dancs Nóra¹, Rácz I.¹

1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹

Background and aim: Endoscopic risk stratification and the need of endoscopic hemostatic treatment of acute ulcer hemorrhage at present mostly depend upon visual impressions such as stigmata of recent hemorrhage (SRH). However, regardless of SRH ulcer patients with underlying blood flow are at risk of recurrent bleeding, which is a well-known and leading independent predictor factor of patient mortality. Actual rebled rates correlate with underlying patent vessels in ulcers and blood flow, recently detectable by endoscopic Doppler ultrasound probes (DUP).

A pilot trial was conducted to determine whether DUP can identify the presence of underlying blood flow in acute ulcer bleeding patients with different SRH-s.

Methods: In this prospective, pilot, cohort study acute ulcer bleeding patients had emergency endoscopy within 24 hours after admissions. Endoscopic DUP (Vascular Technology Inc.) was performed during endoscopy to determine arterial or venous blood flow under SRH.

The study used a 20-MHz, pulsed-wave Doppler-US probe with 2 scanning depths: from the surface to 1.5 and 4 mm. To determine underlying blood flow the audible Doppler output signal was evaluated at both scanning depths.

Results: A total of 44 cases with bleeding peptic ulcers were evaluated both by endoscopic appearance of ulcers (Forrest classification of SRHs) and by DUP. As expected, DUP characteristics varied with SRH (Table).

Correlation of endoscopic appearance of the ulcer with Doppler US (n=44 Doppler measurements)		
Endoscopic appearance	n	Doppler (+) %
Active bleeding (spurting or oozing)	2	100
Non-bleeding visible vessel	14	79
Adherent clot	4	50
Flat pigmented spot or clean base	24	33

Conclusions: Doppler ultrasound probe findings varied with the Forrest classification of SRH. However, ulcer rebleeding risk stratification changes with DUP characteristics in 30% of the cases. This indicates that DUP guided management of bleeding peptic ulcers may modify the standard management based on the Forrest classification.

139

A KRAS, BRAF ÉS A PIK3CA MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKAI VIZSGÁLATÁNAK INTEGRÁLÁSA A VASTAGBÉLDAGANATOK SZEMÉLYRE SZABOTT GYÓGYSZERES KEZELÉSÉBE

Peták I.¹, Landherr L.², Pintér F.¹, Várkonyi E.¹, Jóri B.¹, Székely C.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Micsik T.³, Pápay J.³, Sági Z.³, Kopper L.³, Schwab R.⁴

KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ¹, Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház ², I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem ³, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ⁴

Háttér: Az előrehaladott vastagbél daganatok kezelésére a kemoterápia mellett már jelátviteli terápiás lehetőségek is elérhetőek. Első és másodvonalban az anti-EGFR cetuximab és anti-VEGF bevacizumab között kell az onkológusnak választani. Ez követően pedig az anti-EGFR monoterápiák (cetuximab vagy panitumumab) alkalmazhatóak. A terápiás döntésekben a klinikusnak a jelátviteli gének molekuláris diagnosztikai vizsgálatára kell támaszkodnia.

Célkitűzés: Célunk az volt, hogy klinikailag validáljuk az általunk alkalmazott KRAS vizsgálat megbízhatóságát, valamint hogy megvizsgáljuk további markerek, a BRAF és a PIK3CA klinikai jelentőségét.

Módszerek: Vizsgálatunkban 130 vastagbél daganatos beteg klinikai adatait (tumor válasz, progresszió mentes túlélés, teljes túlélés) elemeztük statisztikailag. A beteg oxaliplatin vagy irinotecan alapú kezelést kapott bevacizumabbal, cetuximabbal vagy panitumumabbal kombinálva. Az EGFR expressziót immunhisztokémiával, a KRAS, BRAF és PIK3CA géneket az általunk kifejlesztett szekvenáláson és magasérzékenységű olvadási görbe analízisen alapuló molekuláris diagnosztikai módszerekkel vizsgáltuk.

Eredmények: A jelátviteli terápiák kis mértékű, de nem szignifikáns túlélési előnyt biztosítottak a kizárólag kemoterápiával kezelt betegekhez képest (OS: 35,9 versus 36,7 hónap). A KRAS mutációk gyakorisága 44,3% (n=100) volt. Egyetlen KRAS mutáns beteg sem reagált a cetuximab monoterápiára, és a KRAS vad típusúak progresszió mentes túlélése kétszerese volt a KRAS mutáns betegeknek. (TTP: 104 versus 208 hónap). Ebben a vizsgálatban egy BRAF mutáns beteget azonosítottunk aki cetuximab monoterápiát kapott. Ez a beteg KRAS vad típusú volt, és nem reagált a kezelésre. A PIK3CA esetében nagyfokú heterogenitást találtunk a daganatszövetben, amelynek klinikai jelentősége még további vizsgálatokat igényel.

Konklúzió: A KRAS és BRAF esetében az általunk használt molekuláris diagnosztikai módszer megbízhatóan jelöli ki azokat a

betegeket, akiknél az anti-EGFR terápia esetében nem várható terápiás előny.

140

SURGICAL TREATMENT OF COLORECTAL LIVER METASTASIS: THE IMPACT OF SIMULTANEOUS LIVER AND COLORECTAL RESECTION FOR SYNCHRONOUS COLORECTAL METASTASIS

Petri A.¹, Höhn J.¹, Kovács K.¹, Solymosi L.¹, Lázár G.¹, Szeged University, Department of Surgery ¹

Background: Metastatic liver diseases are a challenging situation with dismal prognosis. Nearly half of the patients develop liver metastasis during the course of their diseases. Hepatic resection is the treatment of choice in these patients.

Aim: This study was conducted to compare the Results of patients undergoing simultaneous liver and colorectal resection and of those by whom a colorectal and liver resection was made separately.

Material and Method: A retrospective analysis was performed on 1597 patients who underwent surgery because of colorectal cancer between 1999 and 2008. The Results were separately evaluated of the 152 patients who had liver metastasis.

Results: The proportion of the liver metastasis was 9.51%. The metastases arose in 40.8% from the rectum and in 31.8% from the sigmoid colon. It proved to be inoperable by 109 of the 152 patients who had liver metastasis. Simultaneous liver resection was performed in 14 cases and two step resection in 29 cases. In case of synchronous operations only minor liver surgery was done. The mean size of the metastasis was 2.6 cm in diameter in the 1. and 4.6 cm in Group 2 (p<0.005). Only minor complications could be observed in Group 1. The hospitalization was 13.1 days in Group 1 and 11.7 days in Group 2. The mean survival time was 37.3 and 47.9 month (p<0.005).

Conclusion: Simultaneous liver resection seems to be a safe procedure on those patients who develop small metastases with a limited number. Several authors prefer simultaneous major liver surgery with excellent

Results, which are particularly controversial to our opinion. Its cause is probably the fact that the proportion of advanced colorectal tumors is high in our patients. This suggests the necessity of an earlier diagnosis, the stenting of the tumorous strictures in increasing number and likewise the increasing role of neoadjuvant chemotherapy. The optimal timing of the liver resection and the identification of patients who will have the greatest benefit in survival still remains obscure.

141

NEXT-GENERATION GENOME SEQUENCING TECHNOLOGY IN THE FUTURE OF MOLECULAR PATHOLOGY

Pintér F.¹, Várkonyi E.¹, Kövesdi A.¹, Szabó E.¹, Kopper L.², Schwab R.³, Peták I.¹

KPS Medical Biotechnology and Healthcare Services Ltd. ¹, 1st Dept. of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University ², Rational Drug Design Laboratories CRC ³

Aims: Currently molecular targeted therapies are based on analyzing only few number of gene regions related to drug susceptibility or resistance. More precise prediction could be performed by analyzing multiple gene segments. Our aim is to apply new-generation genome sequencing technology to meet these diagnostic requirements. Obvious advantage of this technology is the much bigger capacity and the lower specific cost (400 Mbps per run) compared to traditional Sanger reaction based sequencing. The huge capacity can be utilized by reading many gene segments and/or many samples and/or many gene copies per sample and per gene segment.

Methods: Common feature of the new generation sequencing technologies is that the nucleotide sequence of tremendous single DNA molecules are determined in parallel, so low frequency alterations (even one copy) can be detected and the gene variation ratio can be determined. Fierce competition is taking place currently to establish new industry standards. However, it is only the GS FLX Titanium technology of Roche, that can sequence longer than 70 bp DNA fragments (400-500 base reads).

Results: We prepared and sequenced 2 DNA samples. Runs carried out on 24 % of the total capacity of the instrument and more than 240 000 DNA copies have been read. With 2 samples, the attainable sequencing throughput is 500 000 DNA copies per sample. With 16 samples 32 000 copies per sample can be analyzed.

Conclusion: We have successfully introduced whole-genome sequencing and gained hands on experience. We are planning ultra-deep sequencing of tumor samples, where the sequencing throughput is 1 000 DNA copies/sample/region. With this depth in the case of 16 separate patient samples, 35 DNA segments per sample can be sequenced in one run.

142

A TERÁPIÁS DIETETIKUS SAJÁTOS NAPTÁRA

Podhoroszkyné Imre E.¹, Povádsay K.¹, Hamvas J.¹

Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház Gasztroenterológia

Nagy betegforgalmú (2800-3000 beteg/év) gastroenterológiai osztályunkon megfigyeltük a jellegzetes magyar gasztronómiai kulturális háttérből adódó epidemiológiai tényezőt, hogy a különböző évszakok, jellegzetes családi-és többnapos állami ünnepek után bizonyos belgyógyászati megbetegedések ugrásszerű megjelenése várható. A betegségek megjelenési típusai időrendben a következők. Év eleje, karácsony, szilveszter után: hasnyálmirigy-és epebetegségek, vérző fekélyek a bélrendszerben. Ez az időszak eltart február végéig. Kicsi szünet húsvétig, akkor újra fellángolnak a betegségek, főként a hasnyálmirigy és epebetegségek. Húsvét után nincs szünet, a második negyedévben ébredő természet, a friss, új zöltségek, az aprómagvas idénygyümölcsök megjelenése miatt magas a hasnyálmirigy-betegek, epebetegek és a bélbetegek (IBD) aránya. A nyári időszak megbetegedései vegyesek, nincs kiemelkedő betegségcsoport de több az idős, kiszáradt, alultáplált, gondozásra szoruló beteg. A többnapos aug. 20-a, több a hasnyálmirigy-és epeprobléma, valamint nagyon sok a cukorbeteg (dinnye, barack, kukorica, szeptembertől a szőlő és a szilva. Ez az időszak okt. közepéig tart. Az októberi állami ünnep szintén veszélyes, ha többnapos, 2009-ben „húsvétszerű” volt a megjelenő hasnyálmirigy-és epebeteg létszám az osztályon. A november a „nekirugaszkodás” hónapja, nincs kiemelkedő beteganyag. December elejétől aztán fokozatosan emelkedő tendenciát mutat a gastrointesztinális betegségek száma: Mikulás környékétől nő az epések és a cukorbetegség száma, nő az elesett, gondozásra szoruló idősök száma. Az ünnepekre ugyan aki tud, hazamegy de a karácsonyi vacsorától kezdődően rohamosan nő a hasnyálmirigy-betegek és epebetegek száma (belőlük lesz január elejére a legtöbb), ismét jelentkeznek a cukorbetegség és a vérző peptikus kórképek.

Dietetikai szempontból összetett feladatot jelent a sajátos gasztroenterológiai-gasztronómiai hungarikumhoz való alkalmazkodás, a különböző kórképek dietoterápiás kezelése. Ismerve a kórképek kialakulásának háttérét és előfordulásának ritmusát a preventív dietetikai tanácsadással kiszámíthatók és megelőzhetők a diétahibából eredő állapotrosszabbodások

143

NEUROIMMUNOMODULATION IN THE NORMAL AND INFLAMED HUMAN LIVER

Pongor E.¹, Lengyel G.², Wimmer A.², Altdorfer K.¹, Fehér E.¹

Department of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹, IInd Clinics of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ²

Recent studies have demonstrated a pronounced influence by the autonomic nervous system on immune-mediated experimental hepatitis. These functions are most likely based on close anatomical relationships between nerve fibres and various immune cells in the liver. Therefore our aim was to investigate the precise localization and density of the nerve fibers and immune cell and their contacts in normal and inflamed human liver.

Methods: somatostatin (SOM), calcitonin gene-related peptide (CGRP), substance P (SP), vasoactive intestinal polypeptide (VIP), neuropeptide Y (NPY), galanin immunoreactive (IR) nerve elements and tumor necrosis factor alpha (TNF- α) and nuclear factor κ B were detected (NF κ B) by ABC immunohistochemistry.

Results: The quantitative analysis of the density of the different neuropeptide containing nerve fibres showed that the IR nerve fibres were found with different density. The number of SP IR nerve fibres and the TNF- α , NF κ B immune cells (being lymphocytes, plasma cells, mast cells and Kupffer cells) increased significantly in hepatitis. 6,8% of the immunocytes were IR for SP and 4, 6% of them were IR for NPY. In several cases close contacts were detected between IR nerve fibres and the immune cells, where the gap between the nerve

terminals and immune cells was less than 1 μ m. **Conclusions:** The changes in the density of nerve fibres and immunocytes might be the consequences of the inflammation. The increased number of SP IR nerve fibres might play a crucial role in the regulation of liver functions. Modulation of autonomic nervous system functions may open novel therapeutic strategies in immune and inflammatory liver diseases.

144

THE EFFECT OF CESSATION OF PROTON-PUMP INHIBITOR THERAPY ON SERUM CHROMOGRANIN A LEVEL

Pregun I.¹, Herszényi L.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Lakatos G.¹, Patócs A.¹, Rácz K.¹, Tulassay Z.¹

2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ¹

Background: Chromogranin A (CgA) has been shown to be a useful marker in the diagnosis and follow-up of neuroendocrine tumours (NETs). Enterochromaffin-like (ECL) cell hyperplasia secondary to hypergastrinemia also increases serum CgA level. Proton-pump inhibitor (PPI) therapy can also lead to CgA increase, but the effect of cessation of PPI therapy has been scarcely evaluated.

Aim: To analyze the effect of cessation of PPI treatment on serum CgA and gastrin levels within an ultra short term period.

Patients and methods: Forty-two patients with reflux esophagitis treated with PPI for at least six months (16 males-26 females, median age 60 years, range 28-76) were enrolled in this prospective study. Pathologic conditions associated with elevated CgA levels were excluded. Blood samples for serum CgA and gastrin determination were taken in all subjects after 12 hours fasting (before PPI cessation, „on-therapy”). Thereafter, in a subgroup of patients where PPI treatment could be stopped (4 males-7 females), the same procedure was performed 5 days after cessation of PPI therapy („off-therapy”). A solid phase, two site immunoradiometric assay was used for the determination of serum CgA levels. Gastrin was determined by a competitive radioimmunoassay method. Statistical analysis with Mann-Whitney test was performed, P value of < 0,05 was considered significant.

Results: Markedly elevated CgA and gastrin levels could be observed after PPI treatment (median CgA: 222,6 ng/ml, range 28,5-1568; median gastrin: 80,3 pmol/L, range: 9,7-487,6). In the subgroup of patients, where PPI could be stopped both CgA and gastrin levels decreased significantly five days after cessation of PPI therapy (CgA „on-therapy”: 215,6, CgA „off-therapy”: 79,6 ng/ml, p=0,006; gastrin „on therapy”: 79,6, gastrin „off-therapy”: 30,9 pmol/L, p=0,047).

Conclusions: We demonstrate that serum CgA decreases rapidly after cessation of PPI treatment. As CgA has an important diagnostic value in NET diagnosis, a few days cessation of PPI therapy seems to be sufficient to avoid false positive Results.

145

SMALL BOWEL ENTEROPATHY ASSOCIATED WITH NSAID THERAPY. EXPERIENCES WITH CAPSULE ENDOSCOPY

Rácz I.¹, Szalai M.¹, Kovács Valéria ¹, Kiss Gyöngyi ¹, Regőczy Henriett ¹

1st Department of Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr ¹

Background and aims: Conventional nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) and also cyclooxygenase-2 enzyme (COX-2) inhibitors result small bowel damage in man either during a short-term or long-term treatment period. Capsule endoscopy (CE) method is an emerging technique for assessing small bowel damage. Using CE small bowel changes were found up to 70% of the patient taking NSAIDs or COX-2 inhibitors with over a third having mucosal breaks (erosive-ulcerative mucosal lesions). The precise pathogenesis is uncertain but it seems likely that local topical effects involving NSAID-membrane phospholipids interaction an uncoupling of mitochondrial oxidative phosphorylation which compromises intestinal integrity may play a role. The aim of this work was two fold: First, to introduce intestinal mucosal damage classifications described first by Maiden et al. as well as the capsule endoscopy index for small bowel mucosal inflammatory changes published recently by Gralnek et al. Second, to present our

prospective pilot study Results of NSAID induced small bowel alterations evaluated by CE.

Methods: Small bowel CE investigations were performed by PillCam SB capsule (Given Imaging Co.) in 10 arthritis patients taking 1000 mg oral naproxen therapy for at least 21 days before CE studies. Small bowel alterations were evaluated both by the Maiden and Gralnek evaluation systems.

Results: All included patients showed small bowel injuries, mostly 3-8 mm mucosal breaks and ulcers in the small bowel with a dominant location in the upper tertile of the small bowel.

Maiden scores ranged in between 2-6 (mean: 5 ± 1.4) while Gralnek scores were found 135-1690 (mean: 858.7 ± 609). During a 3-4 week naproxen therapy none of the patients presented overt bleeding and no stenotic lesions were detected by CE.

Conclusions: Capsule endoscopy is a proper tool to demonstrate NSAID induced small bowel enteropathy. Recently available Results suggest the need to define the clinical significance of this phenomenon.

146

ANALYSIS OF FACTORS INFLUENCING THE CLINICAL OUTCOME OF PATIENTS WITH MALIGNANT DYSPHAGIA TREATED BY SELF-EXPANDING METAL STENTS

Rédei C.¹, Pozsár J.¹, Virág Z.¹, Topa L.¹

Department of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest ¹

Placement of self-expanding metal stent (ESMS) is a standard of care for palliative treatment of malignant dysphagia (MD) of the esophagus and gastric cardia. For improving outcomes, it is important to identify factors that can influence the occurrence of complications and the survival of patients (pts). The aim of this study is to investigate the effect of patient- and stent-related factors bearing potential impact on the outcome of patients with MD treated by ESMS placement.

Patients and methods. We conducted a retrospective study involving 35 consecutive pts (mean age=60 y, male=63%) who underwent ESEMS placement due to inoperable esophageal (54%), mediastinal (23%) and gastric cardia (23%) malignancy. Multivariable Cox's proportional hazard modeling was used to identify factors associated to stent dislocation and pts' survival. **Results.** A total of 36 stents were inserted successfully in 35 patients. The dysphagia score improved significantly after the intervention (0.69 vs. 2.5, $p < 0.0001$). Stent dislocation occurred in 14 % during the follow-up. By multivariate analysis, small stent diameter (18 mm) proved to be associated with stent dislocation [Hazard Ratio (HR) 10.5, 95%CI (1.0-102.9)]. While only one stent dislocation was observed in the large-stent (>18 mm) group at two days (7.7%), the cumulative rate of stent dislocation at 20 and 40 days were 18 and 80 % in pts where stents of small diameter were used. The overall survival time was 76 (3-434) days. Cancer of the gastric cardia was associated with higher mortality as compared to other malignancies [HR 3.6, 95%CI (0.9-14.4), $p=0.073$]. The cumulative mortality rates at 60 and 120 days were 50 and 100 %, for cancer of the gastric cardia and 33 and 78 % for esophageal cancer.

Conclusions. The present results indicate that using ESMS larger than 18 mm in diameter are more advantageous to prevent stent migration. Pts with inoperable cancer of gastric cardia have lower life expectancy as compared to other malignancies causing MD.

147

ELEVATED CYSTEINE-PROTEASE ACTIVITY IN FECAL SUPERNATANTS OF CONSTIPATION PREDOMINANT IBS PATIENTS: A NEW FACTOR DISRUPTING COLONIC EPITHELIAL BARRIER

Róka R.¹, Annaházi A.¹, Gecse K.¹, Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Molnár T.¹, Incze O.¹, Ferrier L.², Bezirad V.², Eutamene H.², Theodoru V.², Bueno L.², Wittmann T.¹

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

Fecal serine-protease activity is elevated in diarrhea type irritable bowel syndrome (IBS-D), and this luminal factor enhances colonic permeability and colorectal sensitivity in mice when infused intracolonic (ic.). Rectal hypersensitivity has been described in all IBS subgroups, including constipation predominant IBS (IBS-C). Other proteases, such as cysteine-proteases (CP) are present in feces,

and these proteases were found capable of digesting epithelial tight junction proteins in the human airways. Aims: To compare fecal CP levels in IBS-C and IBS-D patients (pts) with healthy controls, and to test the effect of IBS-C supernatants on colorectal sensitivity of mice.

Methods: Fecal samples were collected from healthy subjects (n=20), pts with IBS-C (n=25) and IBS-D (n=26). CP activity was determined by a fluorometric assay. Visceral hypersensitivity was assessed in C57/BL6 mice by recording abdominal contractions provoked by colorectal distension (CRD). 4 days after insertion of electrodes in the abdominal muscle, mice received ic. 0.3 ml of fecal supernatants from IBS-C pts or controls 2 times with 12 h interval. CRD was performed 1 h after the end of infusion. A group of mice received IBS-C supernatants previously incubated with the specific inhibitor of CP (E64).

Results: Fecal CP activity is markedly elevated in IBS-C pts compared to controls (2420 ± 718 vs 399 ± 190 Δfluor/mg prot, $p < 0.05$). In contrast, there is no significant elevation in the level of CP activity in IBS-D. Ic. administration of IBS-C supernatants increased the abdominal EMG response to distension by 377, 164, 53 and 20 % at distension volumes from 0.02 to 0.08 mL, respectively ($p < 0.05$). The inhibition of CP activity blocked the pronociceptive effect completely.

Conclusions: Fecal CP activity is elevated in IBS-C. Fecal supernatants from IBS-C pts provoke visceral hypersensitivity to distension in mice, which effect is specific to CP. This may be a new factor that could contribute to the genesis of symptoms in IBS-C. (Grant: TÁMOP-4.2.2-08)

148

CERVICAL INLET PATCH (CIP) – A NOVEL PIECE IN THE ETIOLOGY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD)?

Rosztóczy A.¹, Vadász K.¹, Németh I.², Dulic S.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Gecse K.¹, Gyökres T.³, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹

¹ Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary ¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary ², State Health Centre, Budapest, Hungary. ³

CIP is a heterotopic columnar mucosal island in the proximal esophagus. Neither its pathophysiological features, nor its relationship to GERD is fully understood. Aim: to evaluate the esophageal function and the prevalence of GERD and Barrett's esophagus in patients with CIP.

Patients, methods: Seventy-one consecutive patients (M/F 41/30, mean age: 46.9 years) with endoscopic and histological evidence of CIP were prospectively studied and compared to 25 controls. Esophageal symptom analysis, esophageal manometry and 24-hour combined biliary and double channel pH-monitoring were carried out in 65/71 patients. Functional tests could not be done in 6 subjects: 3 with esophageal stricture, 1-1 with Zenker's diverticulum, pancreatic neoplasm and lung cancer.

Results: Histological evaluation showed cardia and/or oxyntic mucosa in all patients, with Schaffer's glands in 6, pancreatic acinar metaplasia in 7 and specialized intestinal metaplasia (SIM) in 2 cases. Low grade dysplasia was detected in 1 patient. At the gastro-esophageal junction 40 patients had signs of erosive esophagitis and 28 had columnar metaplasia, including 9 patients with SIM. Typical reflux symptoms were commonly observed (33/65). The combined 24-hour biliary and double channel pH-monitoring detected significantly more acidic reflux at both measurement points and longer bile exposure time in the distal esophagus in patients with CIP. Acid secretion in the CIP was detected in 3 cases. The lower esophageal sphincter pressure was decreased the relaxation time was prolonged compared to controls, while in the esophageal body decreased peristaltic wave amplitude and increased number of simultaneous contractions were observed.

Conclusions: The low prevalence of pathologic proximal gastroesophageal reflux supports the hypothesis that CIP is a congenital abnormality. GERD and Barrett's esophagus were more prevalent, than expected on the basis of epidemiologic studies. Further studies needed to establish the clinical significance of SIM in the heterotopic mucosal patch. (UMFT-TÁMOP-4.2.2-08/01, 340/09-ETT)

149

MEDICATION, SURGICAL TREATMENT, CARE AND IBD

Rózsa V.¹, Kupcsulik P.², Szijártó A.², Szípli B.³, Torma N.³, Weltner J.², Wacha J.²

Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest ¹, Semmelweis University, Faculty of Medicine, 1st Dept. of Surgery, Budapest ², Eötvös Lóránd University Faculty of Education and Psychology, Psychology, MA, Budapest ³

Introduction: The analysis of medication's habits, care and calculated surgical risk belongs to the complex treatment of IBD.

OBJECTIVE: What are the medication's habits of patients like, what are the most common complications leading to operation and what are typical for care?

Methods: The study was performed on 50 patients with Crohn's disease (CD) and 54 ones with ulcerative colitis (UC) were asked by self-made questionnaires and analyzed by statistical methods. **Results:** The average time between appearance of symptoms and setting up the diagnosis was longer in CD (4.4 years) than in UC (2.71 years). This difference does not affect the prevalence of complications and operations ($p=0.534$) among the two groups. Especially male, young (under 20-year-old) and disabled patients forget to take their medicines – mainly at noon and in the evening, but this does not increase the frequency of relapses ($p=0.543$). 75% of patients apply complementary therapies, mainly probiotics, vitamins and herbs. This correlates to seriousness of physical symptoms ($p=0.035$) and frequency of relapses ($p=0.082$). The surgical intervention among patients with CD was more frequent (25%) than with UC (5.56%). The most common cause of operation was ileus (50%), abscess (42.86%) and fistula (35.51%) respectively. The need of operation is not influenced by late diagnosis ($p=0.534$) and falling out from care ($p=0.499$). Those patients who underwent surgery more often go to controls ($p=0.051$) and forget to take in medicines ($p=0.094$). Patients with CD go to control examinations more frequently and see more gastroenterologist. Falling out from care does not affect the frequency of relapses ($p=0.610$). The quality of patient education does not influence the rate of relapses ($p=0.509$) and the consistency of taking medicines ($p=0.557$).

Conclusions: Close control related to endangered groups is needed (male, young, disabled and operated patients). The good quality patient education could influence the compliance of patients.

150

INTRODUCTION OF THE QUALITY MANAGEMENT PROGRAM IN ENDOSCOPY UNIT

Rusznay K.¹, Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹

Introduction: The measurement of the quality of the endoscopic procedures is a key issue to provide proper healthcare in Western countries. Quality assurance in endoscopy does not exist in Hungary, at all. Our aim was to initiate such a project prospectively in our department. We chose colonoscopy to be the first intervention to evaluate, because it is done by all 14 doctors performing endoscopy in our endoscopy unit. We discussed the potential quality indicators in colonoscopy according to the ASGE recommendations and decided to use the followings: We changed our informed consent, started to evaluate cleansing on the endoscopy report, started a new complication registry and assessed the cecal intubation rates. The widely used adenoma detection rate and withdrawal time were not useful in our case because the screening colonoscopy counts only for the minority of our procedures and we also faced with the measurement problems of the latter one. We assessed a 3-months period (2008. I.) just before starting the project, as a control, then we assessed the cecal intubation rates terminally in 2009. The number of colonoscopies were 841 in the control period and were 816-849-701-784 terminally. The cecal intubation rate was 81.6% in the control period and 84.6-83.4-83.9-85.2% terminally (intention-to-treat basis), 84.3% in sum. If we do not take into account the examinations with inappropriate cleansing and significant stenosis, these figures were 90.9% at basis and terminally 92.7-91.8-93.5-91.3%, respectively, in sum 92.3% in 2009. At the beginning only 5/10 colleagues with colonoscopy volume more than 100/year reached at least 90% cecal intubation rate, while in the audited periods it increased to 9/11 doctors.

Conclusion: Introduction of the quality management program in our unit resulted in the improvement of the performance of colonoscopies.

151

GASTRODUODENAL CROHN'S DISEASE - CASE REPORTS

Schafer E.¹, Czeglédi Z.¹, Szamosi T.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Lestár B.², Banai J.¹

Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest ¹, Állami Egészségügyi Központ II. Sebészet, Budapest ²

Introduction: Clinically significant gastroduodenal Crohn's disease (CD) occurs in 0,5-4 % of all patients with CD. Here we report the clinical features of gastroduodenal CD and the therapies (including medical and surgical) that we performed during the last 3 years.

Patients and methods: Between the period of July 2008 and March 2010 we treated 11 pts with upper gastrointestinal CD. The mean age of presentation was in the second and fourth decades. Gastroduodenal CD is not equally noted in men and women, in our department the ratio is: 7:4. The most common symptoms at the time of diagnosis were epigastric pain (6/11), nausea plus vomiting (3/11), and weight loss (9/11). Acute massive bleeding was the first symptom in one case. Most patients have also the involvement of distal small or large intestine (9/11). Abnormalities were identified by endoscopy in all cases. Endoscopic findings included: nodular mucosa (cobblestoning), ulcerations and patchy erythema. The histological findings of gastroduodenal CD were nonspecific in most of the cases: mucosal oedema, acute or chronic inflammation, crypt abscesses, granulomas, lymphoid aggregates, ulcers, erosions. Initial treatment for active gastroduodenal CD involved corticosteroids with proton pump inhibitors (5/11), than azathioprine was instituted early in disease course in all cases. In 7 cases therapy was continued with anti TNF alpha drugs (infliximab and/or adalimumab). Two patients did not respond to medical therapy and required surgery: one patient underwent bypass surgery with gastrojejunostomy and duodenum resection with duodenojejunostomy was performed in the other case.

Conclusion: Medical therapeutic principles are the same for upper GI Crohn's disease as for CD in lower GI localisations with the exception of sulfasalazine and mesalazine with pH-dependent release in isolated for upper CD. Presence of symptoms of obstruction needs aggressive therapeutic strategies. If medical therapy with steroids and immunomodulators does not alleviate the symptoms, balloon dilation and surgery are the options to consider.

152

SORAFENIB THERAPY IN PATIENTS WITH ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN LIVER CIRRHOSIS: A SINGLE CENTER EXPERIENCE.

Schütte K.², Malfertheiner P.², Csepregi A.¹

Klinik für Innere Medizin, Hufeland Klinikum GmbH Bad Langensalza ¹, Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg ²

Background: Sorafenib has become the treatment standard for patients with advanced hepatocellular carcinoma (HCC). However, it is not clear whether patients with impaired liver function (Stadium Child-Pugh B) in liver cirrhosis and patients undergoing additional locoregional therapy may benefit from and tolerate the treatment with sorafenib

Aim: We evaluated the tolerability and efficacy of sorafenib in patients with advanced HCC and liver cirrhosis, in some cases in combination with a locoregional therapy.

Methods: 50 patients with advanced HCC were treated with sorafenib. Tolerability and efficacy of the therapy with respect to stages of liver cirrhosis, existence of extrahepatic tumor spread, and additional locoregional therapy were evaluated.

Results: All patients received a systemic therapy with sorafenib, and 13 of them were treated with additional locoregional therapy. Tolerability of the systemic treatment was moderate in all patients, with no significant differences between the subgroups, while the median survival was better in patients with stadium Child-Pugh A than in stadium Child-Pugh B cirrhosis.

Conclusion: Tolerability and toxicity of sorafenib treatment seem to be moderate in patients with liver cirrhosis. Prospective randomized studies are required to evaluate the clinical significance of the combined systemic and locoregional treatment approaches in patients with advanced HCC.

153

K-RAS MUTÁCIÓK FORMÁI ÉS GYAKORISÁGUK A HAZAI VASTAGBÉLRÁKOS POPULÁCIÓBAN

Schwab R.¹, Várkonyi E.¹, Pintér F.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Székely C.¹, Micsik T.², Kopper L.², Telekes A.³, Peták I.⁴

KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem ², Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórháza, Onkológiai Osztály ³, Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ⁴

Bevezetés: 2004 novembere óta végezzük archivált tumoros minták szomatikus mutációinak (EGFR, KRAS) rutinszerű vizsgálatát az általunk beállított, szekvenáláson alapuló, nagy hatékonyságú molekuláris diagnosztikai módszerrel, célzott anti-EGFR terápia prediktív diagnosztikájaként.

Anyag és módszer: Jelen feldolgozásban a 2009 és 2010 első negyedév prediktív molekuláris diagnosztikai tevékenység keretében végzett K-RAS mutáció meghatározások eredményeit dolgoztuk fel retrospektív módon. Vizsgálatainkat a szakirodalomban gold-standardnak elfogadott szekvenáláson alapuló metodikával végeztük. A laboratóriumunkban beállított PCR technikák és a mikrolökeshullám technológiával kombinált lézer mikrodisszekciós mikroszkóp használatával a vizsgálat érzékenysége és specifitása megközelíti a 100%-ot.

Eredmények: Munkacsoportunk 15 onkológiai partner-intézményének kérése alapján 167 beteg 182 daganatos mintáját vizsgáltuk a tárgyidőszak közel 15 hónapja során. 14 esetben végeztünk egy betegből többszörös mérést a primer daganat és metastasisok vonatkozásában (1 esetben 3 mintából). A tesztek 154 sebészi, 19 endoszkopos, 4 core biopsia, 1 aspirációs cytologia és 4 vékonytű biopsia során vett mintán végeztük.

A betegek megoszlása: 68 nő / 99 férfi. Átlag életkor 62,8 +/- 8,7 év. Legidősebb 80, legfiatalabb 43 év. A betegek 55,2%-a volt vad típusú, 44,8%-uk mutáns. A leggyakrabban a 12 és 13 kodon G12D (32,9%), G12V (28,0%), G13D (18,3%), ill egyéb (17,1%) mutációi voltak. 3 esetben (3,6%) találtunk ezektől eltérő helyen mutációt (ezek mindegyikét metastasisokban). 14 esetben vizsgáltuk ugyanazon betegben a primer tumor és a metastasis. Ebből 11 esetben azonosnak találtuk a KRAS státust, 3 esetben különbözött.

Következtetés: A metastasisok molekuláris diagnosztikai vizsgálata indokolt abban az esetben, ha a primer tumor K-RAS mutációt hordoz és operálható. Ilyen esetben kuratív intenciójú célzott kezelés lehetséges, ha az áttét vad típusúnak igazolódik.

154

GASTROINTESTINALIS STROMALIS TUMOR RITKA ESETE

Sélley C.¹, Szabó H.², Lukász P.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹.

Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza. Sebészeti Osztály ¹, Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórháza. Patológiai és Kórszövettani Osztály ²

A gastrointestinalis stromalis tumorok (GIST) lágyszöveti sarcomák, melyek a gyomor-, bélrendszer mesenchymalis szövetéből fejlődnek ki. A leggyakoribb nem epithelialis mesenchymalis tumor, mely bárhol előfordulhat a nyelőcsőtől egészen a végbélig. Leggyakrabban a gyomorban, majd a vékonybélben, ritkábban a rectumban, mesenteriumban, nyelőcsőben és a colonban. Az említett szervek falában lévő a bélsatorna mozgását vezérlő idegsejtekből, az úgynevezett Cajal sejtekből ered. Definíció szerint a GIST, „c-kit” pozitív mesenchymalis neoplasia. Igen ritka a „c-kit” negatív GIST, mindössze 1-2 %-ban fordul elő.

A szerzők ritka sebészeti, patológiai eseként egy 49 éves férfi kórtörténetét mutatják be. A betegnél folyamatosan növekvő compressió tüneteket okozó, a képalkotókkal pancreas cysta gyanúját keltő, 22,6 cm átmérőjű terime miatt végeztek exploratiót. A műtét során a mesocolon transversumban elhelyezkedő, cystosus, vérzékeny falú képlet miatt, colon transversum és gyomor resectio történt. A beteg zavartalan körlefelvétel után gyógyult.

A részletes szövettani feldolgozás szerint a mesocolonból kiinduló, igen ritka „c-kit”, negatív GIST tumor igazolódott.

Az esetet ritkasága miatt tartották bemutatásra érdemesnek.

155

ÖNÁLLÓ ASSZISZTENS FELADATOK A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Seres L.¹

Bugát Pál Kórház Gyöngyös ¹

Bevezetés: Az Endoszkópos Laborok vizsgálatai között több olyan diagnosztikus beavatkozás is szerepel melyet az asszisztensek önálló feladatként látnak el. Laborunkban végzett, három ilyen típusú, beavatkozás részletezése történik.

Módszerek:

1. C-14 Kilégzési teszt

Helikobacter pylori fertőzés kimutatására.

Non-invasív módszer segítségével, alkalmazási előírások betartása mellett, aránylag biztonsággal meghatározható a fertőzés mértéke.

Különösen ajánlott eradikáció utáni ellenőrzés és anticoaguláns kezelésben részesülő betegek esetében.

2. H2-Kilégzési teszt

Kilégzett levegőből a rosszul felszívódó szénhidrátok emésztése során képződő H₂-gáz mérése. Lactose fogyasztása után 3 órán keresztül meghatározott időpontokban mérjük a kilégzett H₂ koncentrációt. A lehelet H₂ tartalma egyenes arányban emelkedik a fel nem szívódott szénhidrátok mennyiségével.

3. 24-órás nyelőcső pH monitorozás

A nyelőcsövet érő gyomorsósav expozíció mértékének meghatározása. Gastroesophagealis refluxbetegség igazolása vagy elvetése illetve az alkalmazott kezelés hatásosságának mérése.

A nyelőcsőbe vezetett pH-mérő szonda és a referencia elektród elhelyezése után a regisztráló egység 24 órán át 4mp-t rögzíti a pH értéket. A mért adatok kiértékelése szoftver segítségével történik.

A paramétereket de Meester-score alapján értékeljük

Összegzés: Endoszkópos asszisztensek önállóan képesek a vizsgálatok elvégzésére, kiértékelésére. A „vizsgáló” orvos a kezelés további meghatározásában van jelen.

156

THE ROLE OF ANTIREFLUX SURGERY IN THE TREATMENT OF BARRETT'S ESOPHAGUS

Simonka Z.¹, Paszt A.¹, Géczi T.¹, Ábrahám S.¹, Pieler J.¹, Tiszlavicz L.², Németh I.², Izbéki F.³, Rosztóczy A.³, Wittmann T.³, Lázár G.¹.

Department of Surgery ¹, Department of Pathology ², First Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Hungary ³

Introduction: Barrett's esophagus is a proved precancerosis which can transform into adenocarcinoma.

Aims: In our study we looked for the potential risk factors which can lead to the transformation from Barrett metaplasia into low-grade dysplasia. We also studied the medium-term efficiency of antireflux surgery in the treatment of Barrett's esophagus.

Patients and Methods: Between 2001 and 2008 laparoscopic Nissen fundoplication was performed in 78 cases of Barrett's esophagus. The median age was 53 years (range 26 to 75 years). The mean value of the BMI was 28.3. The patients were divided into three groups (non-intestinal: 53 patients, intestinal: 18 patients, dysplastic: 7 patients) on the basis of the histological Results of the biopsies, which were taken during the endoscopic examinations. We compared the Results of the preoperative medical examinations (pH-metry, manometry and Biletec) among the three groups. After the surgery 64 patients (82 %) underwent the same medical examinations. The average follow up time was 16.7 months.

Results: As a result of the preoperative examinations we found more frequent bile reflux in the group of the patients with low-grade dysplasia. The pressure of the lower esophagus sphincter increased in all the groups after the antireflux procedure, and the acid and biliary reflux decreased in the postoperative period. As a result of the endoscopic and histological follow up there was no progression of the Barrett esophagus in 83 % of the cases. Regression of the Barrett metaplasia was observed in one third of the cases (19 patients). In the intestinal and dysplastic groups no progression of Barrett's esophagus developed.

Conclusion: In the cases of Barrett's esophagus where more serious bile reflux is observed, low-grade dysplasia can develop more frequently. Medium-term Results showed that laparoscopic antireflux surgery effectively increased the pressure of the lower esophagus sphincter, and eased both acid and bile reflux. It can stop the progression of Barrett metaplasia and in some cases it can also reverse it.

157

SCREENING FOR ACTIVE IBD-ASSOCIATED GENES IN PERIPHERAL BLOOD

Sipos F.¹, Galamb O.², Krenács T.³, Molnár J.⁴, Tóth K.¹, Műzes G.¹, Zágonyi T.¹, Schöller A.⁵, Tulassay Z.², Molnár B.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, Budapest³, National Institute of Food and Nutrition Science, Budapest⁴, 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest⁵

Background: A molecular diagnostic assay using easily accessible peripheral blood would greatly assist in the diagnosis of inflammatory bowel diseases (IBD), and may also be used for screening purposes.

Methods: Transcriptional profiles in blood samples from 6 ulcerative colitis (UC), 5 Crohn's colitis (CD), 6 inflammatory controls (3 diverticulitis, 3 infective colitis) and 11 healthy patients were assessed by Affymetrix HGU133Plus2.0 microarrays. Gene expression profile analysis form 12 UC, 9 CD and 11 healthy biopsies was also performed for transcript re-identification. Prediction analysis of microarrays, significant analysis of microarrays, discriminant and ROC analyses were performed, and the Results were validated by RT-PCR and immunohistochemistry using also an independent set of samples (45 biopsies, 15 blood samples).

Results: A set of 14 transcripts was differentially expressed in colonic inflammation and healthy blood samples with high specificity and sensitivity. A validated set of 37 transcripts was also annotated by which UC, CD and inflammatory control cases could be distinguished with high sensitivity and specificity. Some IBD-associated alterations in blood cases were also re-identified in IBD tissue.

Conclusion: IBD subtypes, other inflammatory bowel conditions and healthy colon samples may be discriminated in vitro from peripheral blood by screening for differential gene expression revealed in this study. The source of blood transcriptional profile alterations can be re-identified in inflammatory colonic tissue.

158

EOSINOPHILIC OESOPHAGITIS AND A CASE TREATED WITH OESOPHAGEAL STENOSIS

Solt J.¹, Illés A.¹, Kálmán E.², Bajor J.¹,
1st Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs²

Introduction: Eosinophilic oesophagitis (EoO) is a rare, increasingly recognised disease, caused by food-, aero-, or other allergens. The authors reported a case with stenosis, treated with balloon dilatation.

Case report: 51 years old male, treated by anticonvulsant since 1977. He had proximal retrosternal chest pain, heartburn since 2 years. He had 3 times food impaction in the upper half of the oesophagus with endoscopic removal since 09. 2008. The upper endoscopy (02.10.2008) not revealed any stenosis, reflux oesophagitis or hiatus hernia. In spite of double dose PPI his dysphagia increased and he have to drink water frequently during eating. The second endoscopy (10.12.2009) revealed mild stenosis between 24-26 cm, mucosal inflammation with friability, granularity and whitish exudate in patches from 24cm to 32 cm. The histology of biopsies revealed large number of mucosal eosinophils (more than 20 per HPF) and eosinophil aggregates in the proximal and middle oesophageal mucosa. After dilatation of the stenosis to 16mm, we observed a longitudinal mucosal tear. Analytical study showed serum eosinophilia (7,16%), slightly elevated IgE (117U/ml). Food and aeroallergen sensitisation was not proved. The aetiology of carbamazepine was suspected and lymphocyte transformation test is taken. Clinical, endoscopic and histological improvement was observed after treatment with topical budesonide (4x200 mg Miflonide) swallowing, and change the carbamazepine to another anticonvulsant.

Discussion: The allergen induces accumulation of eosinophils. The activation of eosinophils and possibly mast cells cause inflammation, subepithelial fibrosis, and functional, organic alteration of oesophagus. These are food impaction and oesophageal stenosis. The clinical symptoms occur with subtle endoscopic findings and the suspicion of EoO is proved by examination of oesophageal biopsy.

Conclusion: The therapy is based on detection of allergens, elimination of offending allergens, suppression of immune processes and dilatation of organic oesophageal stenosis.

159

HALÁSZLÉ ÉS MÁJTÁLYOG

Solymossi Z.¹, Madácsy L.², Altorjay A.³, Varga I.³, Müller Z.¹,
Infektológia Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár¹, I. Belgyógyászati Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár², Sebészeti Osztály, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár³

A pyogen májtályog ritka (USA: 6-18 beteg/100000 lakos), de napjainkban is életveszélyes betegség. A korai, pontos diagnózis és az antibiotikum védelemben történő beavatkozás ellenére letalitása ma is 5-30%-ra tehető.

A 73 éves, hypertoniás, diabeteses nőbeteg otthonában egy hétig tartó lázas állapot után került sürgősséggel felvételre ismeretlen eredetű láz miatt. Hasi ultrahang vizsgálat a máj bal lebenyében szabálytalan, folyadékertartalmú részleteket tartalmazó képletet véleményezett, neoplasia, cysta és abscessus lehetősége egyaránt felmerült. Empirikus, kombinált antibiotikum terápia indult. CT vizsgálat birtokában a radiológus az elváltozást a diagnosztikus percutan punkcióhoz alkalmasnak ítélte. Kis mennyiségű gennyet bocsájtottak le a rekeszes elváltozásból. Szoros klinikai obszerváció mellett hirtelen állapotromlás következett be. A sebészeti konzultáció felvetette a fedett, üreges szerv perforációjának lehetőségét. Gastroscopia során perforációra utaló nyílás nem került látótérbe. Sebészeti feltárást történt. Meglepő kép tárult az operátor elé: egy halcsont a máj bal lebenyében a szivacsos, phlegmonosus májszerkezet mellett. Célzott antibiotikum terápia mellett a beteg láztalanává, emittálhatóvá vált.

A retrospektív anamnézis derített fényt a halcsont eredetére: a beteg panaszait megelőzően 3 héttel haláslét fogyasztott. Esetünkben az ismeretlen eredetű láz szokatlan kiváltó oka került ismertetésre.

160

ÉLETTÁRSAM A HEPATITIS C VIRUS

Sólyom A.¹,
Lynchburg, Virginia, USA¹

Betegségtörténeti beszámolót nyújtok arról, hogy a hepatitis C vírussal majdnem 60 éve élek együtt, melynek utóbbi 35 évéről laboratóriumi és biopsziás adataim vannak.

1950. októberében penicillin injekciókat kaptam skarlát miatt. 1951. március 18.-án váratlanul majdnem meghaltam akút coma hepaticumban. Megszorított életmóddal felépültem 1953. nyarára. A tünetmentes lappangási állapot 20 évig tartott, miközben orvos lettem és kutatóként Milánóba, majd Amerikába kerültem, ahol Ph.D.-t is kaptam biokémiából.

1973-ban, pszichiátriai pályám elején, enyhe tünetek kóros májfunkciós adatokhoz és később biopsziákkal bizonyított stabil korai májcirrhosis diagnózisához vezettek, ami feltételeztem non-A non-B krónikus hepatitis alapján alakult ki. Az 1988-ig terjedő és a cirrhosis tudatával, de klinikailag tünetmentesen megélt 15 év pályám legaktívabb és legproduktívabb időszaka volt a Michigani Egyetemen. 1988-1990 a dekompenzálódó cirrhosis periódusának tekintendő az emelkedő bilirubin, csökkenő szérumban albumin, emelkedett és kóros gammaglobulinok, valamint a növekvő lábödéma miatt, de munkabírásom változatlanul nagyon jó volt. 1989-ben, kórházi részleg orvos-igazgatója és egy privát csoport-praxis tagja lettem Virginiában.

1990. júliusában akút dekompenzáció kórházi felvételt tett szükségessé, ami a Virginiai Egyetemen a hepatitis C vírus azonosítása mellett a májátültetést is lehetővé tette. Néhány hónapon belül új májgyulladásra utaló adatok mellett prednison-okozta átmeneti diabetes mellitusom is volt. 1991. júniusban visszatértem állásaimba. 1993-ban a diagnózis „állandósult, aktív krónikus májgyulladás korai portális fibrosissal” volt, amit 12 éves lappangás követett normális májfunkciós adatokkal és szövettani progrediálás nélkül 2005-ig.

2002-ben nyugdíjba mentem, és 12 hónap alatt mesterfokú diplomát szereztem bioetikából a Virginiai Egyetemen. 2004-től a mai napig részidőben mint locum tenens gyermek- és ifjúságpszichiáter is dolgozom. 2005. óta a biopsziás adatok szerint cirrhosis felé haladok, miközben más kórállapotok és kezelések is közbeleptek, de ma is egészségesnek látszom és a munkabírásom is jó.

161

HÁROM AZ EGYBEN - AVAGY INTEGRÁCIÓ PÉCSETT

Somogyiné Kolozsvári M.¹, Langhammer S.¹, Paulovicsné Kiss M.¹,
Pte Kk I.Sz. Belgyógyászati Klinika Endoszkópia¹

1367-ben Nagy Lajos kérésére, V. Orbán pápa engedélyezte Pécssett négykarú egyetem megalakítását. „elhatároztuk, hogy az említett városban studium generale létesüljön, és az örökké működjön kánon- és polgári joggal, valamint minden megengedett fakultással, kivéve teológiát.” Ferenc József 1912 júliusában a pozsonyi Erzsébet Tudományegyetem felállítását szentesítő XXXVI/1912. törvénycikket aláírta, majd rá két évre kinevezte az egyetem első három orvosprofesszorát, köztük Herzog Ferencet a budapesti egyetem magántanárát. 1919/20-ban megkezdődött a pozsonyi egyetem Budapestre Pécsre történő költöztetése. 1923-tól Ángyán Jánost nevezte ki a város egyetemi nyilvános rendes tanárának. 1926-tól 150 ágygal kezdte meg működését a pécsi belklinikai a kórház főépületében, valamint a fertőző osztályt és tüdőbeteg pavilont foglalta magába és a megfigyelő épületben az ambulancia kapott helyet. 1966-ban megépült a 400 ágyas klinikai tömb, melybe több intézet költözött át a klinikával együtt..... Pécs egyetemi város, mely nagy múltra tekint vissza. A 2010-es év újabb változást hozott a város, az egyetem életében. A szerzők az endoszkópos laborok múltjába nézve, a jelent bemutatva és a jövőbe tekintve kívánnak képet alkotni a három intézményt átfogó integrációról.

162

BIOLÓGIAI TERÁPIA HATÁSÁNAK UTÁNKÖVETÉSE CROHN BETEGSÉG MULTIPLEX EXTRAINTESZTINÁLIS MANIFESTÁCIÓJÁBAN

Sovány I.¹, Tóth G.¹, Varga-Szabó L.², Székely G.¹

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza, I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály¹, Szent Pantaleon Kórház, Dunaújváros, Belgyógyászati-Gasztroenterológia²

Crohn betegségben extraintestinalis tünetek (EIM-ek) a betegek 20-40 %-ban megjelennek a betegség lefolyása során.

Fisztulák megjelenése szintén nagyon gyakori az IBD-ben. Ritkán a bélből független (un. metastaticus) formák megjelenése is előfordul.

Esetismertetésünkben egy többszörös extraintestinalis manifestációval és komplex, atípusos fisztula képződéssel járó beteget mutatunk be, akinél a biológiai terápia már indukciós szakaszban is látványos javulást hozott.

Eset: K.T. 37 éves férfibeteg Crohn betegséget 1990-ben diagnosztizáltak.

Bélpanaszai miatt 2000-ben colon resectio történt- hasi nyáksipoly és ileostoma képzéssel. A későbbiekben is csak nagy dózisú steroid kezelésekre reagált, steroid dependenssé vált.

Bőrtüneteivel először 2007. júliusában jelentkezett vizsgálata. Többszörös sebészeti beavatkozások nyomán a hónaljfi fisztulákat drenáltak majd összenyitottak.

A beteget steroid dependencia miatt biológiai terápia céljából irányították centrumunkba.

Első vizsgálatakor CDAI:320, PDAI:16 volt

Végbélitji aktív, beszűrt sipolya mellett mindkét hónaljban összefolyó, többszörös fisztulanyílás volt látható, melyek gennyesen váladékoztak. Ezzel együtt mindkét vállizületében, lumbo-sacralis és térd-izületeiben jelentős fájdalmat érzett.

Az alkalmazott 5 mg / ttk infliximab terápia hatására, a 2. infúziót követően (6. hétre) a beteg CDAI-ja 150 pont alá-, PDAI-ja 9-re csökkent. Vérképe és CRP-je normalizálódott. Perianalis fisztulájának váladékozása megszűnt. A stoma állapota és széklete loperamid nélkül is rendeződött. A leglátványosabb a hónaljfi fisztulák záródása volt. Ennek nyomán a korábban jelentősen beszűkült vállizületi mozgások is látványosan javultak.

Bőrtüneteit fotókkal-, életminőség javulását IBDQ teszttel rögzítettük.

Esetismertetésünkkel egyrészt az anti-TNF terápia hatékonyságára hívjuk fel a figyelmet. Másrészt, az atípusos EIM-ek ill. a beteg életminőségének utámkövetésére a rendszeres fotódokumentációt és az életminőség tesztek használatát javasoljuk, mert a CDAI, PDAI és laborleletek önmagukban nem látszanak elegendőnek erre.

163

EXAMINATION OF REGENERATION EFFECT OF SEPTIN9 DNA FRAGMENTS IN MOUSE MODEL

Spisák S.¹, Jász O.², Valcz G.², Sipos F.², Kalmár A.², Galamb O.¹, Schöller A.³, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹

Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest³

Background: The molecular role of cell free DNA is not yet clear. Previous Results in human studies have shown that the DNA level of peripheral blood increased in inflammation and tumorous diseases. There are some marker sequence, which enriched in the peripheral blood during the above mentioned processes. One of these tumor specific cell free DNA sequences is the Septin9 gene fragment, which may have a role in signal transduction.

Aim: We aimed to clarify the importance of human Septin9 DNA fragment in regeneration processes in mouse model.

Materials and methods: CBA/J mice were applied for the experiments. Human Septin 9 DNA sequence was amplified and purified (3,3ug/ml) and 300ul was injected into mice. Peripheral blood samples were collected at 0h, 1h, 4h and 24h period from three animals. RNA isolation and RT-PCR were performed for TLR9 signaling pathway elements (TLR9, TRAF6, NF-κB, IL-6, IRF3, TNFα) for controlling the signalization process. Furthermore two stem cell related markers (CD34, CD133) were analyzed for monitoring the stem cell release from the bone marrow. GAPDH was used as a reference gene.

Results: At macroscopic level, the spleen length and weight 2-2,5-fold increased under treatment after 48h. The most of the selected genes showed 4-8-fold upregulation after 1 hour, while slight overexpression could be detected after 4 hours. According to these parameters it seems that the animals treated with Septin9 DNA fragment showed regeneration processes.

Conclusions: DNA induced molecular responses were detected in mice treated with human Septin9 gene sequence. Administration of DNA causes a short-term overexpression peak of TLR9 signaling pathway. Our results suggest that the circulating cell free DNA may have a role in the regeneration process.

164

LEVOSIMENDAN, MINT KÉMIAI PRECONDITIONÁLÓ SZER A MÁJSEBÉSZETEN

Stangl¹, Szijártó A.¹, Lotz G.², Schneider Á.¹, Hegedüs V.³, Blázovics³, Kupcsulik P.¹

Semmelweis Egyetem, ÁOK I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK II. sz. Patológiai Intézet, Budapest², Semmelweis Egyetem, GYOK Farmakognóziái Intézet, Budapest³

Bevezetés: Portalis kirekesztésben operált májresectiók során, a máj ischaemiás-reperfüsiós károsodása jön létre, mely meghatározó lehet a kimenetel szempontjából. Ezen károsodás mérséklésére irányuló sebészeti manőverek és protektív hatások molekuláris hátterének vizsgálata, utat nyitott a farmakológiai Módszerek felé is.

Kísérletünkben, a levosimendan hatását vizsgáltuk máj ischaemiás-reperfüsiós modellben, ahol a mitochondriális ATP-szenzitív K⁺-csatornák modulátorként, képes lehet preconditionáláshoz hasonló adaptív mechanizmus indukálására. Pozitív inotróp hatása, hemodinamikailag is előnyös lehet kiterjedt májresectiók kapcsán.

Anyagok és Módszer: Hím Wistar patkányokon, két alcsoportban – 1, illetve 24 órával a műtét előtt – levosimendan előkezelést alkalmaztunk, majd 60 perces segmentális máj-ischaemiát hoztunk létre. A mikrocirkulációs változásokat laser Doppler flowmeterrel detektáltuk, majd a reperfüsió 24. órájában májszöveti- és vérmintavétel történt. A redox homeosztatist plazmamintákból és májhomogenizátumból chemiluminescentia segítségével vizsgáltuk.

Eredmények: A reperfüsiós mikrocirkuláció első óráját leíró értékek (plato maximum, reperfüsiós terület), mindkét előkezelt csoportban szignifikánsan (p=0,002) javultak. A két előkezelt csoport között statisztikai különbség nem volt. HE-festett szövettani metszetek alapján a levosimendan csökkentette a necrosis, a sinusoidális pangás és a zsíros degeneráció mértékét. A necroticus zónák további differenciálására és az apoptosis kimutatására TUNEL reakciót használtunk. Az előkezelt csoportokban ezzel alátámasztható volt a necrosis szignifikáns csökkenése, valamint nagyobb számban jelentek meg különálló, apoptosisként értékelhető, TUNEL-pozitív sejtek. A necroenzimként vizsgált ALT és AST szérumszintje szintén szignifikánsan csökkent az előkezelt csoportokban. Luminometriás méréseink alapján nem látható szignifikáns különbség az egyes csoportok antioxidáns státusza között.

Következtetés: A levosimendan alkalmas vegyületnek tűnik az ischaemia tolerancia növelésére, illetve a szövetkárosodás csökkentésére májresectiók kapcsán.

OSTEODENSITOMETRY IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Stark J¹, Zagoni T¹, Toth M¹, Sipos F¹, Gutaj P²

¹2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; ² First Faculty of Medicine, Poznan University of Medical Sciences, Poznan, Poland

Introduction: Previous studies have found a low grade inflammation maintained by cytokine producing T-cells and mast cells in the bowel mucosa of patients with irritable bowel syndrome (IBS). The level of TNF- α , IL-1 β and IL-6 is higher in IBS than in healthy controls. These cytokines activate osteoclasts and thus stimulate bone resorption through the RANK/RANK-L/OPG system, as it has been observed in patients with inflammatory bowel disease (IBD; Crohn's disease and ulcerative colitis). Our aim was to investigate if the bone mineral density of IBS patients approaches that of IBD patients and if it differs from that of healthy controls.

Methods: We compared the bone mineral density of 26 IBS patients (IBS₁ group) with 26 sex- and age matched IBD control patients, and 39 IBS patients (IBS₂ group) with 39 sex- and age matched healthy controls. Bone density measurements were performed by dual-energy X-ray absorptiometry (DEXA) at the lumbar spine and the femoral neck. Results were expressed as bone mineral density (BMD), T- and Z-scores.

Results: Bone density values of the IBS₁ group: lumbar BMD: 0.99 ± 0.17 , T-score: -0.73 ± 1.50 , Z-score: -0.15 ± 1.50 ; femoral BMD: 0.84 ± 0.11 , T-score: -0.40 ± 0.79 , Z-score: 0.32 ± 0.89 . Results of the IBD group: lumbar BMD: 0.93 ± 0.11 , T-score: -1.21 ± 1.05 , Z-score: -0.62 ± 1.07 ; femoral BMD: 0.71 ± 0.15 , T-score: -1.30 ± 1.22 , Z-score: -0.68 ± 1.15 . There is no significant difference between the densities at the lumbar spine, but the femoral densities are significantly lower in the IBD group than in the IBS₁ group ($p < 0.05$). Values of the IBS₂ group: lumbar BMD: 0.96 ± 0.15 , T-score: -0.90 ± 1.38 , Z-score: -0.07 ± 1.32 ; femoral BMD: 0.80 ± 0.13 , T-score: -0.67 ± 0.94 , Z-score: 0.25 ± 0.92 . Values of the normal control group: lumbar BMD: 0.96 ± 0.11 , T-score: -1.44 ± 0.99 , Z-score: -0.32 ± 1.01 ; femoral BMD: 0.78 ± 0.11 , T-score: -0.72 ± 0.91 , Z-score: 0.15 ± 0.94 . There was no significant difference between the results of IBS patients and healthy controls.

Conclusions: According to our results bone density of patients with irritable bowel syndrome does not differ from that of the healthy population, and the bone density at the femoral neck of patients with inflammatory bowel disease is significantly lower than that of IBS patients.

PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMIÁVAL KAPCSOLATOS SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYEINK ELEMZÉSE.

Sümegei J.¹, Balog C.², Varga L.³, Orosz P.¹

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászat, ¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Klinikai Onkológiai és Sugárterápiás Centrum, ², DEOEC Szak- és Továbbképzési Központ, ³

Bevezetés: A percutan endoscopos gastrostomia /PEG/ alapvetően biztonságos, ugyanakkor számos potenciális szövődménnyel terhelt invazív beavatkozás.

Beteganyag, módszer: Retrospektív elemzésünk számítógépes adatbázisunkon alapul. A 2004.06.01.-2009.12.31. között végzett PEG implantációkról, azok szövődményeiről, ellátásukról rendelkezünk megbízható adatokkal. Elemzésünkben kitüntetett figyelmet szenteltünk a súlyos szövődményeknek, keresve azok elkerülésének lehetőségét.

A fenti időszakban 206 betegnél 216 esetben végeztünk PEG, 5 esetben PEG-J implantációt ill. cserét. Minden esetben Nutricia gyártmányú 18, vagy 20 Ch-s Flocare PEG-et ültettünk be áthúzásos módszerrel. Nemi arány: 150 ffi, 56 nő. Átlagéletkor: 63,8 év /17-93 év/. További 6 betegnél gyomorfali haematoma, resectios gyomorműtét ill. garat-nyelöcső szűkület miatt sikertelenül próbálkoztunk.

122 betegnél fej-nyak tumor, 52 betegnél stroke, 32 betegnél egyéb betegség / SM, ALS, Alzheimer kór, Parkinson kór, agytumor, stb./ okozta táplálkozási zavar indokolta a beavatkozást.

Eredmények: 29 betegnél (29/206, 14,1 %) 45 esetben alakult ki szövődmény, közülük 8 volt súlyos (8/206, 3,9 %): 3 komplett buried

bumper sy. 2 aspiráció, 1-1 necrotizáló fasciitis, gyomor és colon perforatio. 4 beteg szövődmények következtében exalt (4/206, 1,9 %): 1 MRSA pozitív necrotizáló fasciitis, 1 postproceduralis aspiráció, 1-1 gyomor és colon perforatio. Kiemeljük, hogy az aspirációk súlyos motoneuron károsodott, vagy stroke-os betegeken fordultak elő. Az exitushoz vezető gyomor perforatiót postoperatív oesophagus stenosisban elakadt PEG tágitó részével okoztuk.

Következtetések: -A percutan endoscopos gastrostomia jelentős szövődményrátaival terhelt.

A súlyos, műtétet igénylő szövődmények mortalitása a beteg alap- és társbetegségei miatt magas.

- Ágyhoz kötött stroke-os, vagy motoneuron betegségben szenvedőknél az aspiráció kockázata magas, ilyen esetekben PEG-J alkalmazása célszerű.

- Endoscoppal még átjárható benignus oesophagus stenosisokban a PEG belső ütközője elakadhat, előzetes tágitó kezelés mérlegelendő.

SEBÉSZETI KEZELÉS GYERMEKKORI IBD-BEN. MIKOR SZÓLJUNK SEBÉSZNEK?

Szabó A.¹, Lőrincz M.¹, Kovács J.¹, László N.², Sárközy S.³, Lestár B.⁴

Gastroenterologia-Nephrologia osztály, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest ¹, Belgyógyászati osztály², Sebészeti osztály, ³, Sebészeti osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest⁴

Bevezetés/célkitűzés: A 2009-ben sebészeti beavatkozáson átesett, krónikus gyulladásos bélbetegség miatt osztályunkon gondozott betegek adatainak áttekintése, a kórtörténet, a műtėti indikáció, a beavatkozás módja, a postoperatív gyógyszeres profilaxis szempontjai alapján.

Módszer: retrospektív beteganyag feldolgozás

Eredmények: Osztályunkon 2009-ben négy krónikus gyulladásos bélbetegséggel gondozott gyermek esett át sebészeti beavatkozáson, valamennyien Crohn betegségen szenvednek. Egy esetben akut indikációval (ileus), három esetben tervezetten (ileocecalis érintettség és resistencia, abscessus, illetve entero-enteralis és entero-cutan fistulák miatt). Ileocecalis resectio minden beavatkozás során történt, két esetben segmentalis colonresectioval két esetben sigmaresectioval. Tehermentesítő ileostomia felhelyezésére csak egy esetben volt szükség. Valamennyi betegünk zavartalan postoperatív szakot töltött. Valamennyi betegünk részéről postoperatív gyógyszeres profilaxisban (két esetben 5-ASA és azatioprin egy esetben methotrexat egy esetben infliximab fenntartó terápia).

Összefoglalás: A megfelelő indikációval, megfelelő időben és szakmai háttérrel végzett sebészeti beavatkozásnak nincs konzervatív terápia alternatívája gyermekkor IBD-ben. A postoperatív gyógyszeres profilaxis M. Crohn esetén jelentős.

THE RESPONSE OF PATHOGENIC BACTERIA TO SPROUTED SEEDS

Szabó S.¹, Kerényi M.², Báti I.³, Németh Z.⁴, Marton K.¹, Kisbenedek A.¹, Armbruszt S.¹, Müller K.¹, Figler M.⁵

Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs ¹, Department of General Medical Microbiology University of Pécs ², Department of Anesthesiology and Intensive, University, 7623 Pécs ³, Bajcsy Zsilinszky Hospital Budapest ⁴, Second Department of Medicine and Nephrological Center, University of Pécs ⁵

Background: There is a demand for fresh vegetables in each season. Sprouting seeds is easy in each part of the year, so it is not surprising that modern cooking uses them for many dishes. It has recently been published that the growth of plant pathogenic bacteria and some fungi is affected by sprouting seeds. In this study we investigated the impact of sprouted seeds on human pathogens.

Methods: The investigated bacteria strains were: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, MRSA, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* sp. *Escherichia coli*, ETEC, EIEC, EHEC, *Shigella flexneri*, and *Salmonella typhimurium*. Sprouted seeds belonging to different family were investigated. The seeds were sprouted for one week. Then they were homogenized. Microbiological assay: Punched agar plates were prepared. Then the above bacterial strains were spread on the prepared plates using standard microbiological Methods. The pits were filled with the

homogenized sprouted seeds. The plates were incubated for 24 hours at 37°C and the inhibitory zones were measured.

Results: The growth of all investigated bacteria was inhibited by homogenized, sprouted radish, early kohlrabi, and red cabbage. Only a few pathogenic bacteria were affected by sprouted medical camomile, mustard, spicy fenugreek, and zucchini. The other investigated sprouted seeds did not influence bacterial growth. **Conclusion:** Only a few of the investigated sprouted seeds have antimicrobial properties. The effect is different. Sprouted radish seeds had the most pronounced impact on bacterial growth. Those strains were the most sensible for the investigated homogenised sprouted seeds.

169

PROBIOTIC TREATMENT OF INTESTINAL FLORA LESION CAUSED BY ANTIBIOTIC THERAPY

Szabó S.¹, Marton K.¹, Kovács J.¹, Kerényi M.², Bátaí I.³, Figler M.⁴
Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs¹,
Department of General Medical Microbiology University of Pécs²,
Department of Anesthesiology and Intensive, University Pécs³,
Second Department of Medicine and Nephrological Center, University of Pécs⁴

Introduction: Diarrhoea develops in about 5-40% of in-patients treated with antibiotics. It is possible to apply probiotics instead of antibiotics to treat and prevent this type of infections. Aim: Our aim was to examine what kind of probiotic micro-organism is beneficial in the prevention of antibiotic associated diarrhoea and find out whether antibiotics destroy the probiotics. Does the probiotics affect proliferation of bacteria causing gastrointestinal infections and development of infections in vitro? Materials and Methods: We analyzed the effect of B. clausii, L. acidophilus LA-5, L. bulgaricus, B. Bifidum BB-12 probiotic bacteria on proliferation of pathogen bacteria and pathogen proliferous fungi in vitro. Determination of antibiotic sensitivity was carried out with Kirby bauer agar diffusion method. Results: B. clausii blocked Shigella growth of and had bacteriostatic effect on S. aureus and E. faecalis. L. delbrueckii isolated from kefir blocked the proliferation of shigella and salmonella and was bacteriostatic to S. aureus. Neither probiotics obstructed the proliferation of P. mirabilis, ETEC, EHEC, E. sp. and MRSA. B. BB-12 blocked the growth of C. glabrata and destroyed it partially in vitro; it was fungistatic to C. albicans, and had no effect on growth of C. parapsilosis and C. krusei.

Conclusions: On the basis of our Results B. clausii is well applicable in macrolide antibiotic treatments, and penicillin and tobramycin therapies so that the antibiotic does not destroy it with the pathogen causative agents. In case of use sumetrolim, kefir and joghurt with lactobacilluses are suggested. Lactobacilli were moderately sensitive to cefepim, ceftazidim, but we can advise products which contain a high number of these germs. B. BB-12 was totally resistant to methronidazol, erythromycin, it was reactive to the other antibiotics. It can be applied only in case of metronidazol or vancomycin therapy of diarrhoea caused by C. difficile. Products containing L. acidophilus LA-5 and B. BB-12 can also be used with every antibiotic to which one or other probiotics are resistant.

170

EMBERI FOGBÉLBŐL ÉS FOGGYÖKÉRHÁRTYÁBÓL IZOLÁLT ÖSSEJTEK IN VITRO DIFFERENCIÁLÓDÁSÁNAK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Szabó E.¹, Porcsalmy B.¹, Kádár K.¹, Gerber G.², Varga G.¹,
Simmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék¹, Semmelweis
Egyetem, Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstan Intézet²

Bevezetés: Nemrégiben publikált eredmények bizonyítják az összejték jelenlétét a parodontális ligamentumban (PDL) és a fogpulpa (DP) szövetségében. Célunk volt primer sejtenyészlet létrehozása emberi PDL valamint a DP szövetekből. Bennük osztódásra képes, összejt tulajdonságokkal rendelkező sejteket kívántunk azonosítani. Ezt követően sejt kultúrák differenciálódását vizsgáltuk.

Anyag és módszer: A sejteket emberi bölcsességfogakból izoláltuk. A szövettenyésztest standard körülmények között végeztük. Az oszteogén és neurogén differenciálódást korábban intézetünkben kidolgozott protokollok felhasználásával indukáltuk. Neuronális differenciálódáshoz 5-azacitidin kezelést követően az intracelluláris cAMP szint emelésével (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) tettük lehetővé további érésüket.

Eredmények: Mindkét tenyésztet sejtei fibroblast-szerű morfológiát mutattak, melyek több passzálláson 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 expresszázódtak már a differenciálatlan sejtenyészletben is. Emellett minimális szinten a késői neuronális markerek (NFM, NSE) is detektálhatóak. Az idegi differenciálódás ideje alatt ezek szintje jól követhető módon, differenciálisan változott. Sikertelt a sejteken TEA szenzitív, feszültség függő K⁺ ioncsatornákat kimutatnunk. Megbeszélés: Eredményeink szerint az emberi PDL és DP szövetei, idegi differenciálódásra is képes sejt populációt tartalmaznak. További célunk, ezen sejtek in vivo hideg laesios technikával történő vizsgálata során, igazolni, hogy a morfológiai változások összhangban vannak a neurogén rendszerben betöltendő funkcionális tulajdonságokkal.

171

AZ AIHA HÁTTÉRÉBEN ÁLLÓ MALIGNITÁS

Szabó E.¹, Földházi K.¹, Takács R.¹, Fejér T.², Hamvas J.²,
Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belosztály, Gasztroenterológia¹, Felnőtt
Háziorvosi Rendelő Budapest, 1105 Zsivaj u. 2.²

Az autoimmun hemolitikus anémia (AIHA) ritka, bármely életkorban előforduló betegség, nőknél gyakrabban fordul elő, mint férfiaknál. Az esetek felében az autoimmun hemolitikus anémia oka nem meghatározható (idiopátiás AIHA), bizonyos esetekben más – autoimmun vagy malignus - betegség állhat a háttérben. Ritkán egyes gyógyszerek - például aszpirin - szedését követően alakul ki. Malignus alapbetegségek között leggyakrabban lymphoproliferatív neoplasziák fordulnak elő, esetünkben azonban az AIHA háttérében valószínűleg szövettanilag adenocarcinimának bizonyuló colonpolypus állt.

K.M. 76 éves férfibeteg 2010 januárjában jelentkezett háziorvosi rendelőben gyengeség miatt, ekkor már a beteg icterusos volt. Hasi ultrahang vizsgálat során epeúti obstrukcióra utaló jel nem ábrázolódott. Az elvégzett laborvizsgálat során anaemia igazolódott, mely progressziót mutatott a beteg panaszai fokozódásával párhuzamosan. A beteget háziorvosa hemolízisre utaló kóros laboratóriumi értékek miatt hematológushoz irányította. A hematológus által elrendelt vizsgálat során meleg típusú AIHA igazolódott. Ekkor a hospitalizált beteg már panaszai és laborleletei alapján is transzfúzióra szorult, de ennek kivitelezése azonban csak vitalis indikációval lett volna lehetséges, ezért ettől eltekintettünk. Hematológussal konzultálva parenteralis szteroid terápiában részesült és ambuláns kivizsgálás keretei között már megkezdett tumorkezelést osztályunkon kezelték. Vizsgálataink során egy vastagbél polypust távolítottunk el, ennek endoszkopos képe nem volt malignusnak imponáló. A később megérkezett szövettani eredmény adenocarcinomát igazolt. A beteget szteroid kezelés mellett javuló vérképpel engedték otthonába. Tekintettel arra, hogy a beteg kórtörténetében egyéb betegség, káros noxa nem szerepel, így az AIHA oka a colonpolypus lehet.

Jelenleg a beteg gastroenterológus, háziorvos és hematológus együttes gondozása alatt áll, szteroidterápia leépítése megkezdődött, panaszmentes.

Esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy autoimmun hemolitikus anaemia háttérben minden esetben felmerül a malignitás lehetősége.

172

LATENS COELIACIA, MINT ÖSSZETETT AUTOIMMUN KÓRKÉP-ESETISMERTETÉS

Szakács A.¹, Kerékgyártó O.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹,
Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház-I.sz.
belgyógyászat-gastroenterológia¹

Bevezetés: A házi- és üzemorvosi gyakorlatban gyakran jelentkeznek anaemiás betegek, azonban nem biztos, hogy az orvos ennek háttérében felszívódási zavarra gondol. Ugyanakkor a felnőttkorban jelentkező coeliacia nem ritka, előfordulása 1/300 esetre tehető. Esetismertetés: B. Gy. 39 éves ffi. Anamnesisében irreleváns banalis

gégészeti, bőrgyógyászati, és kardiológiai esemény szerepel. 2009. májusban panaszmentes, üzemorvosi vizsgálat során sideropeniás anaemiát (Hgb:103 g/l, Se Fe:2,9 uM/l, ferritin:7 ug/l, transferrin 4,0 uM/l), hypothyreost (TSH: 12.21 uU/ml, FT3 3,23 pg/ml, FT4 1,13 ng/dl), csökkent trigliceridszint (0,5 mM/l). észlelték. A tápláltsági állapot mutatóiban (öföh, albumin, BMI) eltérés nem volt, hasi UH és mellkas RTG negatív

Gasztroenterológiai kivizsgálás: hiatus hernia, mély duodenalis biopszia-szövetten : teljes boholyatrophia, pozitív coeliacia immunszerológia (EMA, antigliadin- és transzglutamináz ellenes antitestek). Colonosopia negatív.

Pajzsmirigy UH: a jobb pajzsmirigy lebenyében paraisthmicusan egy kb. 15X 8 mm-es, a bal lebeny caudalis részében egy 12x 7 mm-es inhomogén echoszegény terület látható. A nyaki régióban kórosan megnagyobbodott nyirokcsomó nem látható. Az ultrahangos kép alapján felmerült Hashimoto thyreoiditis lehetősége, amely nem igazolódott, pajzsmirigy szcintigraphia chronicus thyreoiditisnek megfelelő képet irt le. A betegnél panterális vaspótlást kezdünk glutánmentes diéta mellett, anaemia megszűnt, a homlokán lévő pigmentált bőrelváltozás eltűnt.

Összefoglalás: A tisztázatlan eredetű sideropeniás anaemia hátterében coeliacia is állhat. A pontos anamnesis- és panaszfelvétel felvetheti coeliacia diagnózist. Az esetlegesen fennálló társbetegségek kizárása mellett fontos a beteg családjának kivizsgálása is az öröklődés miatt.

173

COMPARISON OF COLON CAPSULE ENDOSCOPY AND FLEXIBLE COLONOSCOPY, EXPERIENCES IN TWO HUNGARIAN GASTROENTEROLOGY CENTRES

Szalai M.¹, Kovács Valéria.¹, Balogh G.², Madácsy L.², Rácz I.¹,

1st Dept. of Internal Medicine and Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹, Dept. of Gastroenterology, Szent György County Hospital, Székesfehérvár²

Background and aims: Colon capsule endoscopy (CCE) is a non-invasive and painless method for direct visualization of the large bowel without intubation. Flexible colonoscopy is currently the standard procedure for colon evaluation and screening for colorectal cancer and polyps. This study compared CCE with flexible colonoscopy for the detection colorectal polyps, cancers and diverticulosis.

Methods: We performed a bi-center study comparing CCE with flexible colonoscopy in a cohort of patients with known or suspected colonic diseases. Patient underwent a special colon preparation and colon cleanliness was evaluated by a four grade scale. We analyzed the diagnostic yield as well as the sensitivity and specificity of CCE for polyps with different sizes, and diverticulosis. **Results:** A total of 17 patients (mean age, 57,6 years) were included in the study. CCE and total flexible colonoscopy were performed in all patients within a 3 months period. The diagnostic yield of CCE for any colonic lesions was 76,4% with a 2,7 cleanliness grade in average. Colorectal polyps were detected in 10 patients. The sensitivity and specificity of CCE for detecting polyps that were 6 mm in size or bigger were 80% and 100%, respectively. For detecting polyps smaller than 6 mm, the sensitivity and specificity were 85,7% and 75%, respectively. Both 2 cancers detected by colonoscopy were also seen by CCE. Out of the 6 colon diverticulosis cases detected by colonoscopy 4 were presented also by CCE. The exact number of polyps per patients registered by flexible colonoscopy was correctly detected by CCE only in 40% of cases.

Conclusions: The use of CCE allows visualization of the colonic mucosa in most patients with an acceptable sensitivity for detecting polyps of any size. The diagnostic accuracy of CCE is highly influenced by the colonic cleanliness result. Although the precise number and location of polyps is rarely detectable by CCE the new non-invasive CCE technique seems to be a promising screening method to select those individuals who are the candidates for flexible colonoscopy.

174

THE USE OF MRCP EFFECTIVELY DECREASES THE COMPLICATIONS OF ERCP IN PATIENTS WITH SUSPECTED PANCREATOBILIARY TRACT DISEASES

Szalai O.¹, Hoffer K.², Ringelhan B.², Bodrogi N.², Baranyai T.², Patai A.¹,

Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Gastroenterology¹, K. Hoffer - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology², B. Ringelhan - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology³, N. Bodrogi - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology⁴, T. Baranyai - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Radiology⁵, Á. Patai - Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Gastroenterology⁶

Erzsébet Teaching Hospital, Sopron Department of Gastroenterology (1) and Radiology (2) The use of MRCP effectively decreases the complications of ERCP in patients with suspected pancreatobiliary tract diseases

Introduction The most effective method of reducing complication rate of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is to decrease the number of ERCP's. The role of magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) in our diagnostic algorithm was analyzed in our prospective study.

Patients and method 274 patients (pts) with suspected pancreatobiliary tract diseases were referred for ERCP to our department. Therapeutic ERCP was performed in 215 pts on basis of clinical data (case history, physical examination, laboratory tests and ultrasonography). 59 pts were selected for MRCP, because their clinical data were controversial. The effectiveness of decreasing the number of ERCP's, the diagnostic accuracy and the complication rate of MRCP were analyzed.

Results ERCP could be avoided in 34 out of 59 pts (57.6%) after MRCP. These pts were followed up for 7 (2-14) months and their diagnosis did not need to be revised. The diagnoses after MRCP and ERCP were identical in 91.3 %. The diagnosis after ERCP was more accurate in only two pts (stenosis of papilla of Vater and small stones in biliary tract), but these differences did not influence the correct indication of ERCP. No complications of MRCP were detected, and mild pancreatitis was observed in five pts after ERCP (2.5%).

Conclusions 1. The complication rate of MRCP is smaller than those of ERCP. 2. The use of MRCP in controversial cases reduces the need of ERCP. 3. The diagnostic accuracy of MRCP is very high. 4. The use of MRCP effectively decreases the endoscopic complications in pts with suspected pancreatobiliary tract diseases.

175

ESOPHAGEAL MANIFESTATION OF CROHN'S DISEASE

Szalóki T.¹, Tiszlavicz L.², Szalóki jr T.³, Czákó L.⁴,

Department of Gastroenterology, Jávorszky Hospital, Vác¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest³, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged⁴

Objectives: Crohn's disease (CD) is a lifelong disease that may affect any part of the gastrointestinal tract. Its esophageal manifestation, though rare, may be seen as the first sign of this disease.

Methods: Patients with esophageal CD evaluated between 2004 and 2009 were surveyed. **Results:** Three cases were diagnosed, each with a different clinical picture. The first case was an 18-year-old woman, who presented with dysphagia, odynophagia and a 2 kg weight loss. She had oral aphthae and a small perianal fistula. Upper gastrointestinal endoscopy (UGE) revealed punchhole-pattern ulcers in the esophagus. The stomach and the duodenum were normal. Histological examination indicated acute ulcerative oesophagitis without noncaseating granuloma. Both the cytomegalo- and herpes simplex virus polymerase chain reaction were negative. Colonoscopy and histological examination led to a diagnosis of advanced ileal and colonic CD.

The second case was a 28-year-old female, who presented with reflux symptoms. Deep ulcers with bridging signs were seen in the esophagus on UGE. There was no other manifestation in the gastrointestinal tract. Nearly complete healing was achieved with through courses of steroid and immunosuppressant therapy and rabeprazole. The third patient was a 77-year-old female with fever and epigastric and retrosternal pain. Deep ulcerations were seen in the esophagus, and small ulcerations in the stomach and duodenum. Ileocolonoscopy revealed only diverticulosis of the sigmoid colon.

Conclusions: Esophageal CD may present with the symptoms of reflux disease.

The spectrum of esophageal CD may vary from mild esophagitis with small erosions to transmural involvement with perforation and fistulization to adjacent organs. The endoscopic manifestations of esophageal CD may include vertical lines in the esophageal mucosa, aphthous ulcers, deep ulcers, erythematous nodules and polypoid

lesions, pseudomembrane formations, strictures and formations of multiple mucosal bridges. An esophageal manifestation may be the first and the only sign of CD. The histological diagnosis of esophageal CD is challenging and the diagnosis may be missed.

176

ULTRASOUND ATTENUATION OF THE LIVER: CUT-OFF VALUE AND ITS SIGNIFICANCE IN THE DIAGNOSTICS OF CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES

Szebeni A.¹, Tolvaj G.², Stotz G.³

Ultrasound Laboratory, Budakeszi Str. MI Central Hospital, Budapest¹, 1st Internal Dept. MI Central Hospital, Budapest², Pathol. Dept. MI Central Hospital, Budapest³

Introduction. Ultrasound (US) has basic significance in the diagnostics of chronic diffuse liver diseases (CDLD). The characteristic image of bright liver shows two major appearances on the basis of liver US attenuation; the low (DI) and the high (DII) attenuation types. During US scanning of the patient, attenuation is measurable by the use of a reference phantom and an appropriate software. It was proved previously that DI is caused by the increase of connective tissue content, while DII is associated with fatty liver and attenuation correlates with subcutaneous fat thickness (SCF). Aim. The question arises, whether a cut-off value of attenuation and SCF can be defined between the DI and DII and that of the normal livers as well and what is their significance.

Patients and Methods. 441 patients with CDLD (proved by clinical, laboratory and histological data) were examined by US with a B-K Medical Hawk EXL 2102 US scanner. Attenuation and SCF were also measured. Then, frequency distribution analysis of the data were made.

Results. 132 normal livers, 176 DI and 133 DII were found. In cases of normal livers attenuation values never reached 1 dB/cm/MHz. In DI cases, attenuation were always under 1,1 dB/cm/MHz showing strong overlap with normal liver values. Attenuation of DII were always higher than 1,1 dB/cm/MHz, thus fatty liver can be differentiated from normal as well as from DI. Cut-off value for SCF could not be determined because of overlapping. Nevertheless, above 2,5 cm only DII occurred.

Conclusions. It can be concluded, that above 1,1 dB/cm/MHz attenuation value, defined as cut-off point, the diagnosis of fatty liver can be established with high reliability without obligate histological investigation. Clinical research projects based on attenuation measurements give new informations about fatty liver in CDLD. SCF values give important additive, confirmative data.

177

NEW ASPECTS OF 3D ANAL ULTRASONOGRAPHY

Székely G.¹, Szilvás A.¹

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

3D US examination of the anal canal is a new method which makes it possible to determine the pathology of the external and internal anal sphincter in minute detail. Combined with anoscopy and 2D anal endosonography it can be applied for establishing the exact extension and depth of the alteration. In case of anal incontinence the 3D reconstruction of the three levels of anal sphincter adds extra value to the traditional anal sonography owing to the computer analysis of the whole wall structure.

Patients and methods: 24 patients with complaints of incontinence were examined by 3D US.

The normal anatomy of the anal sphincter is accurately delineated.

Results: The hypochoic internal anal sphincter has an average thickness of 24 mm; the external anal sphincter appears sonographically as a mixed echogenic band outside the hypochoic internal sphincter with varying thickness.

In obstetric lesions the external sphincter is always involved and the internal sphincter may be damaged or show scar tissue. This method is very useful after sphincteroplasty to show the size of the overlapping. In case of post-traumatic incontinence 3D US shows multifocal lesions which involve both the internal and the external sphincter over their total length.

Other somewhat rare causes of incontinence include: postsurgical trauma, congenital perineal diseases and anorectal infections.

Diagnosing these conditions would benefit from the 3DUS exploration of the intersphincteric space.

Conclusion: 3D US of anal canal is a new and reliable method in differential diagnostics, preoperative assessment and the follow up of lesions which ultimately lead to anal incontinence.

178

METASTATIC MALIGNANT MELANOMA OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT. DIAGNOSIS WITH CONVENTIONAL AND NBI ENDOSCOPY.

Székely A.¹, Iliás A.¹, Taller A.¹

Uzsoki Hosp. Dept. of Gastroenterology¹

Background: Incidence of (cutaneous) malignant melanoma is rising. Malignant melanoma is one of the most common malignancies to metastasize to the upper gastrointestinal (UGI) tract. These metastases are rare, detected clinically in only less than 5% of these patients. GI metastasis can present at any time and means advanced disease and poor prognosis.

Case reports: We report 2 cases of malignant melanoma metastatic to the UGI tract, one diagnosed with conventional and one diagnosed with NBI endoscopy. The first case is an 89 year old man who underwent resection of a cutaneous melanoma on his back 8 months previously. He presented with loss of appetite, loss of weight and oedema of the legs. During conventional esophago-gastro-duodenoscopy (EGD) also histological proved multiple metastases in the duodenum were detected. In lack of consequences no further examination were carried out, only supportive therapy was started. The second case is 39 year old female with a cutaneous melanoma on her left leg 5 years previously, which had been excised. Four years later she was operated on because of lung metastases, diagnosed with PET-CT. Six months after that, cytological proved metastases appeared on the abdominal wall, which disappeared spontaneously. She was hospitalised because of weight loss, epigastric pain and vomiting. NBI-EGD was done and gastric and multiple small bowel metastases were found and serious motility dysfunction was noticed.

Conclusions: In patients with history of melanoma there is a high possibility of metastases with seemingly unrelated symptoms, too. GI metastases might be present at the time of primary diagnosis of cutaneous melanoma or years (or even decades) later as the first sign of recurrence. NBI endoscopy helps in targeting of biopsy. If the diagnosis of GI metastases is made only in cases with GI symptoms there is a high index of suspicion for multiple, inoperable metastases. Concerning our experiences and the data of the literature it might be useful to make EGD part of surveillance strategy for melanoma.

179

PROTONPUMPAGÁTLÓK SZEDÉSE ÉS A BÉLFLÓRA

Székely G.¹, Hamvas J.², Bárkány A.¹

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórháza, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály²

Háttér: A protonpumpagátló kezelés világszerte bázisterápiává vált, mivel az intenzív savtermelés gátlás következményeként a savfüggő betegségek hamar tünetmentessé válnak. Az utóbbi 10 évben azonban bebizonyosodott, hogy a savtermelés jelentős csökkentése befolyásolja a gyomor és a vékonybél bakteriális flóráját. Az eddigi vizsgálatok ellentmondások arra nézve, hogy milyen arányban alakul ki dysbacteriosis és mi ennek a terápiás konzekvenciája.

Módszer és beteganyag: Tartós protonpumpagátló szedésre szoruló betegeknel végeztük el a vékonybél bakteriális kontaminációjának vizsgálatát. Célunk, hogy kimutassuk, e betegek milyen arányban változik meg a bélflóra. Felmértük a betegeknek ilyen irányú panaszait is. 97 (18 és 70 év között) betegnél, akik tartós (fél éven túl) protonpumpa-gátló kezelésben részesültek, kiértékeljük a hydrogen-kilégzési teszt eredményét. Kizáró kritériumok voltak: 1. súlyos kísérő betegség 2. A vizsgálatot befolyásoló gyógyszerek szedése: alvadésgátló, trombocita aggregáció gátló gyógyszerek.

Eredmények: 97 betegből 21 esetben találtuk a vékonybél bakteriális kontaminációját, amely a vizsgált betegek 21%-a. 11 esetben lactose intolerancia is kimutatható volt.

Következtetés: Protonpumpagátló kezelt betegeknel magas számban mutattuk ki a vékonybél bakteriális kontaminációját. A normál

populációhoz képest, ahol a bakteriális kontamináció 5% körül van, több, mint négyeszeresére emelkedett a H2 kilégzési teszt pozitív betegek száma. További vizsgálatok szükségesek arra nézve, hogy a kontamináció kezelése (antibiotikum, probiotikum) rendezi-e a betegek állapotát.

180

PROTONPUMPAGÁTLÓ KEZELÉS HATÁSA A BÉLFLÓRÁRA

Székely G.¹, Hamvas J.², Bárkányi A.¹

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza és Észak-budai Egyesített Kórházai I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹, Fővárosi Önkormányzat Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály²

Háttér: A protonpumpagátló kezelés világszerte bázisterápiává vált, mivel az intenzív savtermelés gátlás következményeként a savfüggő betegségek hamar tünetmentessé válnak. Az utóbbi 10 évben azonban bebizonyosodott, hogy a savtermelés jelentős csökkentése befolyásolja a gyomor és a vékonybél bakteriumflóráját. Az eddigi vizsgálatok ellentmondásosak arra nézve, hogy milyen arányban alakul ki dysbacteriosis és mi ennek a terápiás konzekvenciája.

Módszer és beteganyag: tartós protonpumpagátló szedésre szoruló betegeknél végeztük el a vékonybél bakteriális kontaminációjának vizsgálatát. Célunk, hogy kimutassuk, e betegek milyen arányban változik meg a bélflóra. Felmértük a betegeknél ilyen irányú panaszait is. 97 (18 és 70 év közötti) betegnél, akik tartós (fél éven túl) protonpumpagátló kezelésben részesültek, kiértékeljük a hidrogen-kilégzési teszt eredményét. Kizáró kritériumok voltak: 1. súlyos kísérő betegség 2. A vizsgálatot befolyásoló gyógyszerek szedése: alvadásgátló, thrombocytá aggregatio gátló gyógyszerek. **Eredmények:** 97 betegből 21 esetben találtuk a vékonybél bakteriális kontaminációját, amely a vizsgált betegek 21%-a. 11 esetben lactose intolerancia is kimutatható volt.

Következtetés: Protonpumpagátló kezelt betegeknél magas számban mutattuk ki a vékonybél bakteriális kontaminációját. A normál populációhoz képest, ahol a bakteriális kontamináció 5% körül van, több, mint négyeszeresére emelkedett a H2 kilégzési teszt pozitív betegek száma. További vizsgálatok szükségesek arra nézve, hogy a kontamináció kezelése (diéta, antibiotikum, probiotikum) rendezi-e a betegek állapotát.

181

COLONOSCOPIA ALTATÓORVOS ASSZISZTÁLÁSÁVAL

Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Horváth L.², Gasztonyi B.¹

Belgyógyászat, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹, Intenzív és Anaesthesiológiai Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg²

Bevezetés: A minőségi colonoscopy végzése során a fájdalommentességet igénylő beteg, és a coecum -terminalis ileum elérését, az adenoma mentesítést és a biztos betegség felismerést igénylő orvos legfőbb segítője az anaesthesiológus.

Célkitűzés: A Zala Megyei Kórház endoscopos Laboratóriumában 2008. októbertől 2010. februárig altató orvosi asszisztálással vastagbéltükrözés havi rendszerességgel, melynek célja betegigény kielégítése, az éber szedációban meg nem valósítható vizsgálatok komplementálása.

Módszerek: A beavatkozást labor, EKG és fizikális vizsgálat előzi meg, kellő dokumentációval kiegészítve. Az altatáshoz szükséges kiegészítő eszközöket az intenzív osztály biztosítja, a beavatkozást követően a belgyógyászati osztály ambuláns ágyain történik a megfigyelés.

Eredmények: A Zala Megyei Kórházban 2008. 10. 07. – 2010. 02. 02. között 83 beteg (60 nő, 23 férfi, átlagéletkor 49, 73 ± 9,89 év) vizsgálata történt altató orvosi asszisztálással az endoscopos laborban, szervezeten havonta egy napon. A totál colon vizsgálat két személynél nem volt keresztülvihető, a többi esetben a diagnosztikus és terápiás célok megvalósultak. Szövődményként 3 esetben észleltünk hányingert, hányást és főfájást. Felnőtt kísérő hiányában és panaszok miatt öt beteg töltött az ambulancián 4 óránál többet. Intubációra egy esetben sem volt szükség. A betegek 100%-ban elégedettek voltak az ellátással.

Következtetések: Az altatóorvos asszisztálásával végzett vastagbéltükrözés iránti betegigény nem hagyható figyelmen kívül. A szervezési feladatok az endoscopos labort terhelik, de a minőségi

tükrözést, a terápiás beavatkozások sikerét növelik, elérhetőségére törekedni kell az állami ellátás keretében is.

182

EFFECT OF MAGNESIUM ON HEART MACRO- AND MICROELEMENT CONTENT IN SYSTEMIC LOW INFLAMMATION IN RATS

Szentmihályi K.¹, Bérci I.², May Z.¹, Virág V.³, Blázovics A.⁴

Chemical Research Center of the HAS, Budapest¹, Biyo Product Co, Komárom², Lilly Hungaria Kft, Budapest³, Institute of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest⁴

Half of the population is overweight or obese. In obesity (systemic low inflammation: SLI) one of the main problems is hypomagnesemia which is supposed to extend to the heart muscle as well. Magnesium has a key role in the functioning of living organisms. Regular magnesium administration is necessary to protect from the harmful side effects of latent magnesium deficiency. Since heart alterations are involved in most diseases, heart element content was examined in obesity and since magnesium plays a special role, changes of this element content in the heart was studied as well.

In a short term obesity model rats were examined with adequate control provided, treated with magnesium malate for 9 days. Fatty liver was checked by routine laboratory parameters and morphology. Routine laboratory parameters were measured from blood and heart element concentration were determined with ICP-OES (inductively coupled plasma optical emission spectrometer).

We could state that magnesium administration affects the healthy rats and rats with fatty liver in different ways. In the case of control, by the administration of magnesium there were no significant changes in the heart element content, while in SLI, several significant alterations were found. Some of these may be favorable, e.g. the decrease of Ca, P and Zn concentration toward the control values. Although in this experiment we did not find any serious alterations or concentration changes, problems may occur in the cases of ill patients. Therefore the consumption of magnesium in high doses in cases of patients suffering from different illnesses has to be discussed with doctors.

The work was supported by ETT 012/2006, 002/02.

183

OUR FIRST EXPERIENCES WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS) GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (FNA)

Szepes A.¹, Virányi Z.¹, Serényi P.², Dubravcsik Z.¹

Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, Department of Pathology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét²

Introduction: EUS-FNA is not a new technique for tissue sampling in gastroenterology, but to date in Hungary only a few centers used this method routinely. The overall accuracy of EUS-FNA is 70-97% in the literature in mediastinal and pancreatic malignancies. We analyzed the results of EUS-FNA at the beginning of our learning curve to determine the future prospectives in our endoscopic centre.

Patients and Methods: In the first 6 months period we performed a total of 145 EUS (110 upper and 35 colorectal) examinations. 22 pts with abdominal, mediastinal or intraluminal masses were sent to our endoscopic center for EUS-FNA. We used 22 G, single-use needles, permanent suction with a 10 ml syringe and antibiotic profilaxis in all cases. In 19 pts we were able to perform the FNA (2 pts had too hard tumour surface to puncture and in one the mass was over 5 cm from the puncture site), but in three pts we repeated the procedure because of the debate of malignancy from the first cytology.

Results: In 14 cases we suspected malignancy /Group A/ (2 mediastinal and 10 intra- or peripancreatic) and in 5 benign lesions /Group B/ according to the EUS and initial CT Results. All lesions suspected as neoplastic ones were passed at least 2 times (2-5, average: 2.3) with the needle, more than in Group B (1-3, 1.3). In Group A the diagnostic accuracy of the EUS-FNA was 72.5% (9 malignant tumours and an actinomycosis), but in Group B it revealed 100% (2 abscesses, 2 pancreatic and an esophageal cyst). None of the pts but one (severe abdominal pain) had complication after the FNA.

Conclusion: According to our data the initial results are acceptable at the beginning of the learning curve. More practice and an inroom cytologist could increase the accuracy of the EUS-FNA in our endoscopic unit.

184

BOTH CYCLOSPORINE RESCUE THERAPY AND SURGERY CAN IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENTS WITH SEVERE ULCERATIVE COLITIS

Szepes Z.¹, Molnár T.¹, Farkas K.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: The chronic nature of ulcerative colitis (UC), maintenance treatment and surgery have a significant impact on the quality of life.

Aims and Methods: Our aim was to assess the outcome and the influence of colectomy or cyclosporine therapy on the quality of life in patients with steroid refractory UC. Data of 46 patients (29 females, 17 males; average age at the diagnosis: 31 years [12-60]) undergoing colectomy and data of 44 patients (21 females, 23 males; average age at the diagnosis: 32.2 years [16-69]) responding to cyclosporine therapy were analyzed retrospectively. The patients were asked to complete questionnaires regarding to the quality of life, the grade of disability and the patients' income before and after colectomy or cyclosporine treatment. Type of surgery, duration of temporary ileostomy, frequency of surgical complications and need for further hospitalization were also assessed in the colectomized group.

Results: 74% of the colectomized patients underwent ileal pouch anal anastomosis. The average duration of the temporary ileostomy was 5 month. Early complications occurred in 52.1% of the patients. Reoperation was required in 16 patients. Frequency of the in, - and outpatient visits, and the number of the used medications decreased significantly after colectomy. Quality of life improved significantly in both groups. Neither colectomy nor cyclosporine therapy have an impact on the patients' income. Progression or no alteration of the disability grade was detected in 32%-32% of the patients being operated on. Cyclosporine treatment did not affect the grade of disability. Side effects occurred in 75% of the cyclosporine treated patients and led to treatment discontinuation in 29.5% of the cases.

Conclusion: Despite the frequent postoperative complications and cyclosporine related side effects, patients reported improved quality of life after colectomy and cyclosporine therapy. The therapeutic method should be discussed with the patient in order to provide an optimal outcome.

185

MICROALBUMINURIA IN COLORECTAL CANCER

Szigeti N.¹, Molnár G.¹, Markó L.¹, Fábán G.¹, Cseh J.¹, Wittmann I.¹,
2nd Department of Medicine and Nephrological Center, University of Pécs, Pécs¹

Background: Microalbuminuria has been found as a risk factor in many disorders. It is an early marker of diabetic nephropathy. Independent of diabetes, it means an increased risk for atherosclerosis, for cardiovascular diseases and for cardiovascular mortality. It also predicts all-cause mortality. Albuminuria has also been observed in individuals with different locations of cancers. Furthermore, it can be related to the patients' survival, to the efficacy of the treatment and in some cases to the disease extent, too. **Aims:** We have measured albuminuria by means of two different methodologies (immunoturbidimetry /IT/ and high-performance liquid chromatography /HPLC/) to investigate whether elevated albumin-creatinine ratio (ACR) was associated with colorectal cancer (CRC) incidence, with clinical characteristics and with cancer stage. **Patients and Methods:** A cross-sectional study was carried out on 38 selected patients with CRC and 36 well-matched healthy volunteers, as controls. Urinary albumin excretion was measured by IT and HPLC, and ACR was calculated.

Results: Patients with CRC had higher ACR compared to controls using both IT and HPLC ($p < 0.05$). ACR measured by HPLC was higher in both CRC and control groups than ACR measured by IT ($p < 0.01$). In CRC, we found a significant correlation between IT-ACR and red blood cell count (RBC) ($r = -0.546$; $p = 0.001$), hematocrit ($r = 0.389$; $p = 0.030$), blood urea nitrogen ($r = 0.368$; $p = 0.042$). We found a significant correlation between HPLC-ACR and RBC ($r = -0.456$; $p = 0.009$), LDL-cholesterol ($r = -0.411$; $p = 0.022$), triglyceride ($r = -0.524$; $p = 0.002$), as well. IT- and HPLC-ACR did not correlate with cancer extent. Stepwise linear regression analysis was carried out in patients with CRC to find predictors of IT- and HPLC-ACR. Independent

predictor of IT-ACR was RBC ($\beta = -0.540$; $p = 0.002$) and independent predictor of HPLC-ACR was triglyceride ($\beta = -0.466$; $p = 0.014$).

Conclusions: Urinary ACR is a sensitive marker of CRC and it is not dependent on the cancer extent.

186

BIOLOGICAL THERAPY EFFECTIVITY CONTROLLED BY ULTRASONOGRAPHY IN IBD

Szilvás A.¹, Bóka B.¹, Horváth B.¹, Berki I.², Vadinszky P.², Székely G.¹,
St.János Hospital, 1st Dept. of Int. Med. and Gastroenterology, Budapest, Hungary¹, St.János Hospital, Surgical Dept. Budapest, Hungary²

Introduction: The new therapeutic Methods in IBD have led to significant advances in the treatment of these diseases. The anti-TNF alpha drugs are suitable treatment in the luminal and fistulizing diseases. The effectivity of the treatment is dramatically rapid, and measurable by the activity indexes and by ultrasonography.

Methods: The study included IBD patients, they were aged over 20, had moderate to severe disease. The patients belonged to two groups: they either had or didn't have fistulas. In the previously resistant cases anti -TNF alpha therapy was applied. The treatment consisted in the administration of either Infliximab or Adalimumab, in the case of patients who had previously been treated with traditional therapy. The induction regimen was 5mg/kg iv. for Infliximab given on weeks 0, 2 and 6 and the Adalimumab-therapy consisted in 80 mg or 160 mg sc. injection as an initial dose, followed by 40 or 80mg after 2 weeks. The clinical response was calculated by the score system.

The ultrasonographic examinations were performed before and 2-6 weeks and one year after the therapy. The examinations were carried out by 2 D and 3 D abdominal transducer (5 MHz) and perirectal linear (5-10 MHz), or rectal ultrasonography 7.5 MHz (Kretz Voluson 530). We applied gray-scale and color Doppler sonography. The bowel wall thickness was abnormal when it exceeded 3 mm. The vascularity signal was detected. Other findings such as fistulas, stenosis were detected during examinations.

Results: The first ultrasound examination revealed thickening of the bowel wall in all patients. The vascularity of the wall was moderate to marked in most cases (82%). The transmural complications and fistulas were detected before the initial therapy. The ultrasound findings were well correlated with the clinical parameters.

Conclusions: The anti-TNF alpha therapy, as a new therapeutic modality may yield rapid success in the fistulizing or non-fistulizing IBD therapy. The parameters can be measured and followed up by non-invasive Methods such as different types of ultrasonography.

187

A GASTROINTESTINÁLIS TRAKTUS VÉRZÉSCSILLAPÍTÁSÁNAK GYAKORLATA A SOPRONI ENDOSZKÓPIÁN

Szingerné Borsetzki I.¹, Fehérvári E.¹,
Soproni Erzsébet Kórház - Gasztroenterológia - 9400 Sopron Győri u.15.¹, Soproni Erzsébet Kórház - Gasztroenterológia - 9400 Sopron Győri u.15.²

A gastrointestinalis (GI) tractus vérzéscsillapításának gyakorlata a soproni endoszkópián

Bevezetés: Irodalmi adatok alapján a gasztrointesztinális vérzések endoszkópos kezelésben a kombinált vérzéscsillapító eljárások eredményessége jobb, mint a hagyományosan végzett egy-egy féle vérzéscsillapításoké. Vizsgálatunk célja: gasztrointesztinális vérző betegeinken szerzett tapasztalataink összegzése.

Módszerek: Két év (2007 és 2009) vérző betegeit hasonlítottuk össze, mivel 2008-ban az addigi injekciós vérzéscsillapító eljárások mellé bevezettük a heat probe unit (HPU), az argonplazma koagulációt (APC), és a haemoclip alkalmazását.

Eredmények: nem varix eredetű gasztrointesztinális vérzés esetén: 2007-ben 22 eset, 2009-ben 36 eset. Elsődleges vérzésmegállás 2007-ben 16 eset, míg 2009-ben 29 eset. Újrárvérzés 2007-ben 4 eset, 2009-ben 1 eset.

Következtetés: Megállapítható, hogy az új típusú illetve a kombináltan alkalmazott vérzéscsillapító eljárások az igazán célravezetőek jelentősen csökkentve az újrárvérzések előfordulását.

INTESTINALIS ISCHAEMIA FATÁLIS ESETE – OGILVIE-SYNDROMA ?

Szita I.¹, Németh I.¹, Fiák E.², Kulcsár I.¹, Lakatos L.¹,
Veszprém Megyei Csolnoky F.Kh. Belgyógyászat¹, Balatonfüredi
Állami Szívkórház Kardiológiai Aktív Osztály²

Bevezetés: Chronicus intestinalis pseudoobstructio alatt a vékony-, vagy vastagbél olyan passage zavarát értjük, melynek hátterében klinikailag mechanikus ok merül fel ténylegesen kimutatható intestinalis elzáródás nélkül. Rtg.vizsgálattal az érintett bélszakasz a bélelzáródásra jellemző tágulatot is mutatja. A pseudoobstrukció akut formáját nevezzük Ogilvie-syndromának.

Az intestinalis ischaemia ritka, jellemzően atherosclerotikus alapon jelentkező formája a chronicus mesenterialis ischaemia.

Esetismertetés: LL 66 éves nőbeteg, anamnézisében enyhe hypertónián kívül lényeges megbetegedés nem szerepel. Hónapok óta fokozódó obstipatio, fogyás miatt 2009.12-ben ambulanter colonoscopiát terveztünk, a vizsgálatot megelőzően subileus miatt kórházba került, majd progrediáló passage-zavar miatt exploratio történt, melynek során a vastagbelet teljes hosszában kitöltő skybalakat, diffúz vékonybél-spasmust találtak. Ismételt felvételére 3 hét múlva került sor subileus miatt. Osztályos kivizsgálása során komplex konzervatív kezelés mellett passage-zavara rendszeresen visszatért, tumor-kutatást végeztünk lényegében neg. eredménnyel. Observatioja alatt bal kar embolisatio miatt érsebészeti beavatkozás történt. Más perifériás érellátási területen nem észleltünk embolisatiót. Ritmuszavar nem igazolódott, transthoracalis echocardiografia sem mutatott emboliaforrást. Transoesophagealis echocardiografia igazolta az aorta descendens kezdeti szakaszán elhelyezkedő rupturált plakkot és az ehhez rögzült lebegő thrombust. A beteget sürgősséggel az Érsebészeti Klinikára helyeztük, ahol a tervezett opust megelőzően keringése összeomlott, exitált. Kórboncolása során a halál okaként diffúz vékonybél elhalást neveztek meg, makroszkóposan észlelhető emboliát nem találtak.

Következtetés: Makacs obstipatio, visszatérő passage-zavar, subileus hátterében a bélhuzam chronicusan ismétlődő ischaemiaja is állhat. Egyéb alarmírózó tünet (pl.periferias embolisatio) esetén az emboliaforrás intenzív kutatása, atipikus arterias thrombosis keresése is javasolt.

PANCREAS TUMOR KLINIKUMÁT UTÁNZÓ-, WIRSUNG VEZETÉK RUPTÚRÁVAL ÉS PANCREATOGEN ASCITESSEL JÁRÓ-, SÚLYOS AKUT NEKROTIZÁLÓ PANCREATITIS-ESETBEMUTATÁS

Szőnyi M.¹, Topa L.², Rédei C.³

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Gasztroenterológiai profil¹, Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Gasztroenterológiai profil², Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Gasztroenterológiai profil³

Bevezetés: Az akut pancreatitis prevalenciája hazánkban 100 ezer lakosra vetítve 5-80 eset évente, az USA-ban 17%-os prevalenciával számolnak. Az esetek 80%-a az ún. enyhe.közepesen súlyos kategóriába esik, a fennmaradó 20 %, súlyos nekrotizáló eseteket jelent.

Az esetek 80 százalékáért az alkohol és az epekövesség a felelős. 10 százalék idiopatiás, 10 százalékát egyéb ismert tényezők okozhatják. Peripankreatikus folyadékgyülemek képződésével, akut pseudocysták kialakulásával, pancreas abscessus kialakulásával járhat a betegség.

Betegünk: Az 58 éves férfi beteg távolabbi anamnézisében rendszeres etilfogyasztás, csípőprotézis műtét, tbc, és akut-, alkoholos pancreatitis miatti hospitalizáció szerepel.

Aktuális felvételére hat napja tartó hasmenés, hirtelen megnövekedett haskőrfogat, feszülő ascites, gyengeség, hasi fájdalom miatt került sor. A felvételi laborparaméterei extrém leukocytosist, neutrofilíát, hiperamylasaemiát, thrombocitózist, hipokalcaemiát, ldh emelkedést, crp emelkedést mutattak. A hasi ultrahang vizsgálat során cirrhosis, hepatitis képe, sok ascites és epehólyag ürülési zavar mutatkozott. A hasi CT részben cisztózus, részben szolid térfoglaló-, intra-, és extrahepatikus epeúttágulattal-, wirsungágulattal-, pancreas farok atrofiájával járó-, krónikus pancreatitis talaján kialakult hasnyálmirigy térfoglaló folyamatát valószínűsítette. Az ercp során azonban wirsungvezeték ruptúrával járó-, akut nekrotizáló pancreatitis makroszkópos képe igazolódott. A korábban lebocsájtott ascitesben

malignus sejtek nem voltak. A wirsung-, valamint choledochus drainage,nasojejunális táplálás után a beteg állapota gyorsan javult, laborparaméterei jelentős mértékben regrediáltak. Kielégítő állapotban emittáltak.

Következtetés: A végső diagnózis kimondásában a képalkotó vizsgálatok rendkívül kritikus és precíz értékelésére van szükség. Az elvégzett egyéb vizsgálatok, és klinikum együttes értékelése a kezdeti gyanút egészen más irányba terelheti. Az „ezer arcú” pancreatitisre ez különösen igaz.

MARSH 3 - DE MI A DIAGNÓZIS?

Szűcs D.¹, Tiszlavicz L.², Várkonyi A.¹

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ¹, SZTE Patológia Intézet²

Bevezetés: A gyermekkori autoimmun betegségek az utóbbi évtizedekben változatlanul gondot jelentenek. Köszönhetően a fejlődő diagnosztikai lehetőségeknek, az egyre pontosabb klasszifikációs rendszerek kidolgozásának, az enyhébb és atipikus körformák felismerésnek, valamint az immunosuppresszív gyógyszeres kezelésekre javulásának a betegek életkilátásai javulnak. Gasztrointesztinális és extraintesztinális tünetet számos eltérő etiológiájú autoimmun betegség okozhat, ezek differenciál diagnózisa az esetek egy részében komoly feladat elé állítja a klinikust és a szövettanászt egyaránt. A pontos kórisme felállítása a terápiás és diétás megfontolások miatt elengedhetetlenül fontos.

Célkitűzés: Előadásunkban az elmúlt években a klinikánkon kezelt három betegünk esetén keresztül szeretnénk bemutatni az autoimmun betegségek kapcsán észlelt gasztrointesztinális eltérések differenciáldiagnosztikai nehézségeit.

Betegek: Betegeink a diagnózis felállításakor 15, 8,5 és 16 éves lányok voltak. Betegségük a gasztrointesztinális panaszok és a destruktív vékonybél nyálkahártya szövettani eltérése mellett ízületi és kardiális tünetekkel jelentkezett. A többszervi manifesztáció nehezítette a szisztémás betegség pontos megnevezését.

Összefoglalás: Eseteink bemutatásával a szisztémás autoimmun betegségek kapcsán kialakuló gasztrointesztinális eltérésekre, valamint a diagnosztikai lépések fontosságára szeretnénk felhívni a figyelmet.

ÖNTÁGULÓ EPEÚTI FÉMSTENTEK INOPERÁBILIS ROSSZINDULATÚ EPEÚTI SZÜKÜLETBEN 71 BETEG FELDOLGOZÁSA ALAPJÁN

Szvatek A.¹, Bördös A.¹, Kandikó K.¹, Gaál E.¹, Kecskés S.¹, Dózsa L.¹, Rábai K.¹, Banai J.¹, Gyököres T.¹

Gasztroenterológia, HM Állami Egészségügyi Központ, Budapest¹

Bevezetés: Az epeúti öntáguló fémstentek endoszkópos behelyezése a már nem operálható betegek hátralévő életének minőségét képes javítani a sárgaság, a kínzó viszketés megszüntetésével, illetve a cholangitis és májelégtelenség megelőzésével azt valamelyest meg is hosszabbíthatja. Betegek és módszer: Munkacsoporthunk két és fél év alatt 71 betegnél végzett epeúti fémstent implantációt inoperábilis malignus alapbetegség okozta elzáródás palliatív megoldása céljából. A betegek között 32 férfi, 39 nő volt, átlag életkor: 72 (45-97) év. A fémstent behelyezés indikációja 44 esetben pancreasfej tumor, 17 esetben Klatskin tumor, 4 betegben epehólyag carcinoma propagációja, 3 betegben primer hepatocellularis carcinoma epeúti disszeminációja, 1-1 betegben pedig Vater papilla neoplasma, duodenum neuroendokrin tumor, illetve primer tüdőrák choledochus metastasisa volt. 57 betegnél fedetlen, 14 esetben fedett fémstentet alkalmaztunk. A stentek hossza 50 és 104 mm közötti volt. A behelyezést ERCP, endoszkópos szfinkterotómia után végeztük. A beavatkozást követően 15 betegnél észleltünk amiláz emelkedést, mely minden esetben carentia mellett átlag 3-4 nap alatt normalizálódott. Két betegnél enyhe lefolyású cholangitis jött létre. **Követés:** A betegek gondozását többnyire onkológián végezték, 21 beteget követtünk gasztroenterológián, átlagosan 19,3 héti. Ismételt epeúti elzáródás 11 betegnél - átlag 11,9 hét után - alakult ki tumoros túlnövés, vagy benövés miatt, melyet fémstenten belüli műanyag drain implantációjával kezeltünk, egy esetben 13 hónap után második fémstentet helyeztünk be, egy másik betegnél PTD alkalmazásával lehetett az epe elvezetést biztosítani. Összefoglalás: Az epeúti fémstent behelyezés biztonságos, hatékony módszer inoperábilis elzáródás esetén.

192

SCREENING OF OROPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CARCINOMA BY UPPER GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY

Takács K.¹, Gerlinger I.², Tornóczy T.³, Solt J.¹

University of Pécs, Medical School, Department of Internal Medicine¹, University of Pécs, Medical School, Department of Otorhinolaryngology², University of Pécs, Medical School, Department of Pathology³

Introduction:

Oesophageal cancer occurs frequently in heavy smokers and drinkers. This is a praedisposition for oropharyngeal and laryngeal cancer too. GERD and peptic stenosis occurs often in this group of patient. In the last 10 years the senior author (JS) detected 2 laryngeal carcinoma, 1 leukoplakia, several vocal cord paralyses, 3 oral and tongue tumors during upper endoscopy. A case of an early stage vocal cord tumor detected by upper GI endoscopy will be reported.

Case report: A 63-year-old man who has been a heavy smoker and alcoholic since his teens turned up at our outpatient clinic with epigastric pain and typical symptoms of reflux oesophagitis. He has noticed hoarseness for 6 months. Endoscopic signs of reflux oesophagitis, mild scarring of cardia and hiatus hernia were found between 44-47 cm. The examination of larynx revealed leukoplakia or early laryngeal cancer at the anterior part of the right vocal cord. PPI therapy was commenced and he was referred to an ENT specialist. At this consultation a superficial tumor like lesion was found at the anterior part of the right vocal cord and reaching the commissura anterior. The lesion was removed by CO2 laser partial cordectomy. The histology confirmed carcinoma planocellulare partim keratosum. After temporarily worsened hoarseness the patient's recovery has been uneventful. The operated area has healed completely, the symptom-free patient is under endoscopic and ENT control.

Discussion: Laryngeal carcinoma mostly occurs in men at their 5th-6th decade. It represents 2-3% of all tumors. Endoscopic examination of the mouth, pharynx and larynx takes altogether 30 seconds. Early stage tumors can be detected in this manner and can be treated by cordectomy. According to the literature in case it is diagnosed at an early stage, the five year survivorship can be over 90% and the larynx can be preserved in 97% of the cases.

Conclusion: Endoscopic examination of the mouth, pharynx and larynx should be part of the routine endoscopy, especially in smokers, alcoholics, patients with oesophageal, lung cancer and GERD.

193

DIAGNOSZTIKUS NONINVAZÍV ENDOSONOGRAPHIÁS VIZSGÁLATOK SZÜKSÉGESSÉGE, INDIKÁCIÓI

Takács R.¹, Hamvas J.¹

Főv. Bajcsy-Zsilinszky kórház I. Belgyógyászat- Gasztroenterológia¹

Bevezető: A diagnosztikus endoszkopos ultrahang (EUH) értékes módszer a felső és alsó tápcsatorna, a környező szervek, képletek vizsgálatában. A felszín alatti elváltozások, láthatóvá tételével, és a tápcsatorna falának megítélésével lehetőséget teremt a terápiás terv felállítására, valamint meghatározza a további diagnosztikus és invazív vizsgálatok szükségességét.

Módszerek: A tapasztalatgyűjtést követően 2010 februárig összesen 457 EUH vizsgálatot végeztünk el. Diagnosztikus noninvazív-radiális, vagy FNAB nélküli linear array-ultrahang vizsgálat 346 betegnél történt. 266 felső tápcsatorna, 38 alsó tápcsatorna (rectum-sigma) vizsgálatot végeztünk. Beutaló indikációk: polypus (72), tumor recidíva és mélységi terjedés (62) és staging, gyomor lymphoma kezelés utáni staging (43), submucosus és extraluminaris képletek azonosítása (84), pancreas vizsgálata (44), kóros CT lelet (20), mediastinális nyirokcsomó és térfoglalás (5), submucosus érkepletek vizsgálata (6), egyéb ritkább indikációk – pl: perianalis abscessus, magas tu marker, hepar solidum, choledocholith stb.- (10). Submucosus, pancreas és mediastinális képlet esetén EUH-FNAB elvégzésére 111 esetben előjeztük a beteget.

A diagnosztikus EUH vizsgálatok alapján a látott elváltozás alapján további vizsgálati (FNAB, CT) és terápiás (pl: opus, polypectomia) javaslatokat tettünk.

Következtetés: Submucosus képletek esetében észleltük a legtöbb eltérést az indikációt képező képező diagnózistól. A betegek több, mint harmadánál submucosus terime nem volt, az endoscopia során látott

laesiót gyulladásos kép, cysta, érbenyomat, szervbenyomat, polypus stb. okozta, több betegnél a vizsgálat negatív volt. Kóros CT leletek esetén az észlelt falmegvastagodás hátterében 12 betegnél eltérést nem találtunk, 3 esetben lymphoma ill tumor okozta, egyéb esetekben gyulladásos kép. Egyéb beutalások során ismert elváltozások kiterjedése, recidíva volt a klinikai kérdés, mely a későbbi terápiát határozta meg.

194

SMALL BOWEL PERFORATION AFTER UNSECCESFULL PEG PROCEDURE NECESSITATING URGENT SURGERY. CASE REPORT.

Taller A.¹, Zaránd A.², Székely A.¹, Kózái Z.³

Uzsoki Hosp. Dept. of Gastroenterology¹, Uzsoki Hosp. Dept. of Surgery², Uzsoki Hosp. Dept. of Head and Neck Surgery³

Background: Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) is a worldwide accepted useful method for feeding head and neck cancer (HNC) patients in the perioperative period. The procedure is safe. Pneumoperitoneum is a known finding after PEG placement. Major complications, especially those necessitating immediate surgical intervention are extremely rare, almost anecdotal.

Case report: A 51 year old male patient because of tonsillo-lingual carcinoma with metastasis to the regional lymph nodes has got 70Gy TeCo irradiation and cisplatin therapy throughout 18. 08. 2009 – 12. 10. 2009. Down staging was achieved and the residual tumour was scheduled for resection. Tracheostomy, extended tumour resection with mandible resection and flap reconstruction was carried out. An intraoperative PEG was planned before tumour resection. After two unsuccessful attempts the procedure was finished, because of the possibility of organ interposition. On the day after surgery he complained of abdominal pain with suspicion of peritonitis. On exploration a small perforation hole and little hematoma was detected on the jejunum, at 40cm from ligament of Treitz, but no signs of peritonitis were present.

Conclusions: The incidence of artificial bowel injury is related to the number of sticks. To minimize risk of complications, in case of doubts it is suggested to pass the abdominal wall and the stomach using the safe-tract method. The presence of free intra-abdominal air after PEG may be a sign of possible iatrogenic bowel injury. Post-PEG pneumoperitoneum plus abdominal pain or other clinical findings of peritonitis need further evaluation and surgical intervention. PEG, performed in the operating theatre in conjunction with HNC surgery is minimising crowding of the patients, but it has drawbacks also. Head-neck tumour surgery lasting several hours after an artificial bowel perforation may worsen the abdominal pathology. To determine the clinical significance of abdominal pain in such situation might be extremely difficult.

195

LEHETŐSÉGEK AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSEK GYAKORLATI ÉS ELMÉLETI OKTATÁSÁBAN

Tari K.¹, Lukovich P.¹, Jónás A.¹, Berényi B.², Benkő P.¹, Szabó K.², Dudás L.³, Vanca T.², Pálházi P.², Kupcsulik S.¹, Váradi G.⁴, Gerő D.², Zsírka A.¹, Kupcsulik P.¹

Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Budapest², Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest³, Jávorszky Ödön Kórház, Vác⁴

Bevezetés: Hazánkban az endoszkópos gyakorlati ismeretek elsajátítása sem az orvosok, sem az asszisztensek képzésében nem megoldott. Igaz ugyan, hogy egyre több kongresszuson és továbbképzésen van lehetőség „hands on training” formájában különböző modelleken gyakorolni az endoszkópos beavatkozásokat, de mindez csak alkalmoszerű.

Az ideális modellel szembeni elvárás, hogy az emberi szervezet természetes anatómiai -, élettani állapotát a lehető legjobban megközelítse, egyszerűen elkészíthető -, átalakítható-, olcsó-, és könnyen hozzáférhető legyen.

A gyakorlásra használt műanyag mulázok messze elmaradnak a szervezetet hűen tükröző ideális állapottól, míg az élő állatokon történő gyakorlás etikailag korlátozott és drága. A cadaveren történő gyakorlás etikailag szintén megkérdőjelezhető és bár egyre jobb számítógépes szimulációs programok léteznek, ezek meglehetősen drágák és távol állnak az emberi szervezet konzisztenciájától.

Módszer: Kutatócsoportunkkal az utóbbi 5 évben új flexibilis endoszkópos technikák begyakorlásához (endoscopos submucosus dissection), illetve új technikák kidolgozásához az I. sz. Sebészeti Klinikán bioszintetikus modelleket alkalmaztunk. A sertés gastrointestinalis rendszer megfelelő részeit felhasználva, valódi anatómiai viszonyok, illetve konzisztencia, látvány érhető el, különböző átalakításokkal a patológiás helyzetet is modellezni tudtuk.

Eredmények: Az ideális modell kritériumainak megfelel - a kísérleteinknél - az általunk használt bioszintetikus modell bevált, egyszerű intraluminalis beavatkozásoktól a kísérletes Módszerekig (pl. mágneses anastomosis készítése, NOTES műtétek) alkalmazható volt. Következtetés: A bioszintetikus modellen való gyakorlás nem csak a gastroenterológus orvosok, de az endoszkópos asszisztensek gyakorlati képzésében is szerepet játszhat. Az előadásban saját tapasztalataink mellett a világban folyó oktatási Módszereket is bemutatjuk.

196

EPEÚTI DAGANATOK ENDOSZKÓPOS ÉS KEMOTERÁPIÁS KEZELÉSE. RETROSPEKTÍV VIZSGÁLAT.

Tarpay A.¹, Burai M.¹, Rubovszky G.², Nagy T.², Láng I.², Pap A.¹, Gastroenterológia, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ¹, Kemothérapie B, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ²

Bevezetés:Epeúti daganatok,a cholangiocarcinoma és az epehólyag rák, rossz prognózisú malignus betegség.A diagnózis felállításakor a folyamat legtöbbször előrehaladott,inoperábilis,ilyenkor a túlélés igen rövid.A kemoterápiás kezelés hatékonysága korlátozott,pallíció kiegészítéseként kérdéses.Az óntáguló fémstent beültetése önmagában hatékony palliatív módszer.

Beteganyag:26 cholangiocarcinomás, vagy epehólyag tumoros beteg retrospektív vizsgálatát végeztük.10 férfi,16 nő,átlag életkora 61,5 év.6 beteget operáltak,9 beteg részesült kemoterápiás kezelésben,16 beteg esetében történt palliatív SEMS implantáció,melyből 5 beteg fedett,11 beteg fedetlen stentet kapott,2 beteg esetében többszörös fémstent beültetés történt. A kemoterápia minden esetben főleg gemcitabin volt.3 beteg részesült fémstent palliációban és kemoterápiában.2 beteg esetében kuratív célú operáció, majd kemoterápia után recidíva miatt végeztük a stent behelyezést.1 esetben a kettős plasztik stent a sikeres ismételt kemoterápia alatt spontán távozott, majd az újabb recidíva ismét jól reagált a kemoterápiára.6 betegben nem történt semmilyen típusú beavatkozás.

Eredmények:A palliatív stentelt betegek átlagos túlélése 5,08 hónap,a nem stentelték túlélése 1,25 hónap. Kemoterápiában részesült betegek átlagos túlélése 5,6 hónap,kemoterápiában nem részesülteké 3,5 hónap,természetesen a legjobb a kuratív műtéten átesett, majd adjuváns kemoterápiában részesültek eddigi túlélése volt:23,6 hónap,3 beteg betegsége jelenleg is stabil.Ha a fémstent palliációt kemoterápiával egészítették ki a medián túlélés kemoterápiával kombinált stentimplantáció esetén 9 hónap, míg az önmagában alkalmazott stent behelyezéssel 10 hónap volt.A legrosszabb a túlélés a kezelésben nem részesült betegek esetében volt (1,3 hó).

Konklúzió:Epeúti és epehólyag daganat endoszkópos palliációja önmagában hatékonyabb, mint amikor kemoterápiával kombinálják a kezelést. Rendkívül előnyös az adjuváns kemoterápia azonban,ha kuratív célú sebészeti beavatkozás is történt. Az inoperabilitás felállításához májsebészetben jártas sebész közreműködése szükséges.

197

PRIMARY RESISTANCE OF HELICOBACTER PYLORI TO CLARITHROMYCIN IN DIFFERENT REGION OF HUNGARY

Tiszai A.¹, Sükösd F.², Lénárt Z.¹, Bálint L.¹, F. Kiss Z.¹, Rosztóczy A.¹, Garamszegi M.³, Váry A.⁴, Fricz P.⁵, Rácz I.⁶, Wittmann T.¹, 1st. Dept. of Internal Medicine Univ. of Szeged ¹, Dept. of Pathology Univ. of Szeged ², Tolna County Hospital Szekszárd ³, Municipal Hospital Baja ⁴, Municipal Hospital Kalocsa ⁵, Petz Aladár County and Teaching Hospital Győr ⁶

The resistance of *Helicobacter pylori* to antimicrobial agents, and particularly to metronidazole and clarithromycin (CLA), is an important factor affecting the outcome of standard treatments for *H. pylori* eradication. Primer resistance to CLA were found 8,9% in our study in Szeged between 2003 and 2004. Aim: To study the occurrence of CLA-R of in *H. pylori*-infected patients before

eradication therapy in different region of Hungary. Patients: 335 *H. pylori* infected adults suffering from GERD, peptic ulcer disease, erosive gastroduodenitis or nonulcer dyspepsia were undertaken endoscopic examination. Of them, 284 living in big cities (Szeged, Szekszárd, Baja,Győr), and 51 patients living in smaller town (Kalocsa) or villages.

Methods: Resistance to CLA was investigated histologically by a fluorescent in situ hybridization (FISH) method used on gastric biopsy specimens.

Results: *H. pylori* strains resistant to CLA were found in 31 of 284 (10.91%) patients living in big cities. The prevalence of CLA-resistant *H. pylori* strains in those living villages was only 1,96% (1/51 patients).

Conclusion: These Results present a mild increasing tendency of primer resistance to clarithromycin in *H. pylori* strains between 2003 and 2009 in the big cities. Significant regional difference may be related to variations of the every day antibiotic practice.

198

ENDOSCOPIC BILIARY INTERVENTIONS THROUGH THE CHOLEDOCHODUODENOSTOMY

Tolmácsi B.¹, Banai J.¹, Gyökéres T.¹

Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹

Introduction: Biliary cannulation is a well established procedure during ERCP. In case of failed cannulation we usually apply precutting on the papilla of Vater. Occasionally, we can reach the common bile duct from proximally, through a previously performed choledochoduodenostomy.

Case: An 83-years-old female was admitted to our unit because of biliary pain and obstruction. The MRCP suggested suspicion of common bile duct stones. Cholecystectomy was performed 40 years ago, followed by choledochoduodenostomy two years later in her history. The cannulation of the papilla was impossible because of hidden position of it in the large juxtapapillary diverticula. Therefore, we pushed a guidewire from the choledochoduodenostomy - found in the duodenal bulb-, to the direction of the papilla. The wire entered the duodenum through the papillary orifice. Then we pulled out the endoscope leaving the guidewire in place. After repeated intubation of the duodenum with the scope, we found the papilla to be lifted into the duodenum from the diverticula, making the cannulation quick and easy. After papillotomy a wire was advanced into the intrahepatic bile ducts and the proximally localized stones were removed by extraction balloon. The stones passed either through the papilla or anastomosis. At the end a temporary plastic stent was placed into the proximal bile duct bridging biliodigestive anastomosis. Three months later at elective ERCP the stent and residual small stones were removed. This time we pushed extraction balloon downwards from the biliodigestive anastomosis to clear the distal part of the bile ducts.

Conclusion: A variety of endoscopic interventions can be performed through the choledochoduodenostomy.

199

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF COMPLICATIONS OF WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS AFTER NECROTIZING PANCREATITIS

Topa L.¹, Pozsár J.¹, Sahin P.¹, Fejér C.², Káfony A.³, Sánta T.³

Szent Imre Hospital Budapest Gastroenterology ¹, Szent Imre Hospital Budapest ICU ², Szent Borbála Hospital Tatabánya Gastroenterology ³

Background: Pancreatic pseudocyst and walled-off pancreatic necrosis / WOPN / associated with acute pancreatitis have been managed with success using nonoperative techniques.

Methods: The last two years 11 patients / pts / underwent transmural / trans-duodenal or trans-gastric / endoscopic drainage/lavage of sterile / 2 pts / 18 % / and infected / 9 pts / 82 % / WOPN. Endoscopic intervention was performed a median of 26 days after onset of acute necrotizing pancreatitis. A total of 11 pts / 8 men, 3 women / with a median age of 51,5 yrs / 26-78 years / underwent attempted endoscopic drainage-lavage of WOPN. Etiologies of WOPN included biliary 82 % , alcohol and pancreatic mass 18 %.The location of the WOPN involved the areas of pancreatic head 9 % , and body/tail of the pancreas in 91 % . The presenting symptoms at the time of endoscopic drainage were pain 64 % / 7 pts / , fever 27 % / 3 pts / and abdominal compartment syndrome 1 patient / 9 % /. Drainage was performed transgastrically in 10 pts / 91 % / and transduodenally 1 pt. / 9 % /. In 8

pts the fluid collection was entered with the first puncture, while 3 pts required a second puncture. Bacterial culture of the aspirate was positive 45 % / 5 pts /, a variety of microorganisms were identified, including primarily *Enterococcus*, *Pseudomonas*, and *Klebsiella* species. After the puncture and dilatation double plastic stent were placed 9 pts, single plastic stent 2 pts, and naso-biliary drainage 8 pts / 72 % /. The median hospital stay for all patients 16 days / 6-50 days /. Two patients died after the procedure, related severe necrotizing pancreatitis. Technical complication included one patient of stent migration and perforation of the gastric wall, required surgical treatment.

Conclusion: Successful resolution of symptomatic, sterile and infected WOPN can be achieved using a minimal access endoscopic approach. Endoscopic intervention cannot be used „early” in the necrotizing process. The patients with infected necrosis usually need long term naso-biliary drainage.

200

VISSZATÉRŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSEK AZ ARTÉRIA GASZTRODUODENÁLIS ÁGÁNAK ANEURYSMÁJÁBÓL

Topál L.¹, Szakál I.¹, Bartek P.², Szabó S.¹, Szigvártó I.¹, Kardosné Forrási C.¹, Fazekas I.¹, Paukovic Á.³, Steinbach M.³, Szatmári F.², Pák G.⁴, Pák P.⁴

Belgyógyászati Osztály, Selye János Kórház, Komárom ¹, I. Radiológia, Angiográfias Labor, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr ², CT Labor, Nemzetközi Egészségügyi Központ, Győr ³, II. Belgyógyászati Osztály, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom ⁴

Bevezetés: Az éreaneurysmák közül a viscerális erek aneurysmái a legritkábbak közé tartoznak, így felfedezésük nehéz és sokszor késlekedhet. Legveszélyesebb tulajdonságuk, hogy rupturára hajlamosak.

Esetismertetés: Az 59 éves férfit egy év alatt 8 alkalommal kezeltük gasztrointesztinális vérzés miatt. A vérzések átlagosan 5-6 E vér transzfúziójára szoruló vérvészeséggel, két alkalommal - a kifejlődő hypovolaemias shock miatt - eszméletvesztéssel is jártak. A beteg beszámolt arról, hogy a vérzés előtt mérsékelt epigastriális fájdalom van, ezt követően néhány órán belül több szurokszéklete, majd friss véres széklete jelentkezik. Első gastroscopia során a duodenum felől a gyomor felé szivárgó friss vért lehetett látni, de a duodenumban vérzésforrást többszöri alapos áttekintéssel sem észleltünk. További 5 alkalommal a gastroscopia negatív volt. Hasi ultrahang és hasi CT vizsgálat kórosat nem jelzett. Két alkalommal észleltük, hogy a vérzés első napján több száz U/l serum alfa amylase és 1000 U/l feletti lipase értékei voltak, melyek két nap alatt normalizálódtak. Ekkor merült fel, hogy a pancreas körüli vérellátó rendszer aneurysmája lehet a vérzések hátterében. A 7. vérzés alkalmával urgens CT angiographia készült negatív eredménnyel. Ezután ERCP és capsula endoszkópiás vizsgálata is volt lényegi eltérés nélkül. A 8. vérzés alkalmával gastroscopia során a gyomorban jelentős mennyiségű alvadéktörzs volt, ismételt CT angiographia mellett döntöttünk. Ekkor a pancreas fej és a duodenum között 2 cm-es aneurysmát írtak le, mely a szelektív angiographia során az arteria hepatica propriából induló arteria gastroduodenalis mellékága aneurysmájának bizonyult. A kontrasztanyag a ductus Wirsungianuson keresztül a duodenumba jutott. Az aneurysmát embolizációs spirálokkal zárták el. Kontroll angiographia aneurysma telődést nem igazolt, a betegnek azóta vérzése nem jelentkezett.

Következtetés: Ismeretlen forrású gasztrointesztinális vérzés esetén merüljön fel visceralis éreaneurysma lehetősége is.

201

QUALITY OF LIFE AND IBD

Torma N.¹, Kupcsulik P.², Rózsa V.³, Sziijártó A.², Szipli B.¹, Weltner J.², Wacha J.²

Eötvös Lóránd University Faculty of Education and Psychology, Psychology, MA, Budapest ¹, Semmelweis University, Faculty of Medicine, 1st Dept. of Surgery, Budapest ², Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest ³

Introduction: The quality of life is a good indicator of treatment's success.

Objective: The aim of our study was to find factors which contribute to the quality of life, and to analyze the effect of IBD on patient's physical, psychological and social well-being.

Methods: The study was performed on 50 patients suffering from Crohn's disease (CD) and 54 ones of ulcerative colitis (UC) were asked to complete a self-made questionnaire which were analyzed by different statistical methods.

Results: The frequency of relapses ($p < 0.001$) affects the judgement of patient's physical symptoms, the feeling of anxiety/depression and the impairment of physical strength. The extraintestinal manifestations enhance the above ($p = 0.027/p = 0.003/p = 0.003$) and the impairment of social status ($p = 0.011$) and the prevalence of later disablement ($p = 0.008$). The course of CD is more progressive and the judgement of own physical symptoms is more serious than UC. The relapses are more frequent in CD than in UC (5.22/6.28 months), moreover they see their gastroenterologist (5.13/6.44 months) more regular. The patients with UC are more liable to self-accusing. On the other hand depression and anxiety does not correlate with the length of IBD's existence ($p = 0.256$). 28% of patients with IBD use anti-psychotic drugs. The degree of introversion in CD and UC increased following the onset of the disease compared to the period before IBD ($p = 0.001$). The conflicts at school and workplace are more frequent in CD, the prevalence of disability (28%) is twice as high than in UC (13%) and patients with CD became disabled 10 years earlier than the those with UC (9.54/19.8 years). The time of IBD's existence ($p = 0.018$), the rate of diarrhea at the beginning of disease ($p = 0.001$), the impairment of strength ($p = 0.017$) and changing a workplace ($p = 0.013$) affect the latter incapacitation. The negative psychological conditions ($p < 0.001$) and the use of tranquillizers are more typical in disabled patients.

Conclusions: The remission of physical symptoms and social life's problems are equally important in IBD's care.

202

HAPTOGLOBIN POLYMORPHISM: A NOVEL GENETIC RISK FACTOR FOR THE DEVELOPMENT OF INFECTION IN LIVER CIRRHOSIS

Tornai D.¹, Vitalis Z.¹, Altörjay I.¹, Tornai I.¹, Palatka K.¹, Kacska S.¹, Palyu E.¹, Udvardy M.¹, Harsfalvi J.², Dinya T.³, Lakatos P.⁴, Papp M.¹

2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ¹, Clinical Research Centre, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ², Institute of Surgery, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ³, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁴

Background: Bacterial infections are an important cause of morbidity and mortality in patients with liver cirrhosis due to their relative immunocompromised state. Haptoglobin (Hp) is mainly synthesized in the liver. The α -chain alleles 1 and 2 of the molecule account for three phenotypes which have biologically important differences in their antioxidant, scavenging and immunomodulatory properties, and may thereby influence the course of inflammatory diseases.

Aims and Methods: Sera of 336 patients with liver cirrhosis with different etiologies and 384 healthy subjects were investigated. Hp phenotypes were determined by gel electrophoresis and assigned corresponding genotypes. A follow-up, observational study (median: 420 days) was conducted to assess the association between Hp phenotypes and the development of clinically significant bacterial infections.

Results: Hp phenotype distribution was similar between patients and controls (Hp1-1: 10.7% vs. 11.5%, Hp2-1: 47.9% vs. 46.1% and Hp2-2: 41.4% vs. 42.4%). The probability of clinically significant bacterial infections were associated to Hp phenotypes (Hp1-1: 50.0%, Hp2-1: 36.0% and Hp2-2: 26.6%, $p = 0.039$). In a logistic regression analysis, Hp1-1 phenotype ($p = 0.015$, OR: 2.74, 95%CI: 1.22-6.13), Child-Pugh stage ($p = 0.038$, OR: 1.40, 95%CI: 1.02-1.91) and presence of 0.001, OR: 2.64, 95%CI: 1.63-4.27) were independently <co-morbidities (p associated with infections. In a Cox-regression analysis, time to first infectious episode was also significantly associated to Hp phenotypes ($p = 0.05$), Child-Pugh stage ($p < 0.001$) and presence of co-morbidities ($p = 0.004$).

Conclusions: Hp polymorphism was independent predictor for risk and time to first clinically significant bacterial infectious episode. Phenotype-dependent effect of Hp may result from the molecule's structural and functional differences.

CHARACTERISTICS OF FIBROLAMELLAR HEPATOCELLULAR CARCINOMA; EXPRESSION OF TIGHT JUNCTION PROTEINS

Törzsök P.¹, Patonai A.¹, Korompay A.¹, Erdélyi-Belle B.¹, Somorácz Á.¹, Kovalszky I.², Lotz G.¹, Kiss A.¹, Schaff Z.¹

¹2nd Institute of Pathology, Semmelweis University Budapest, Hungary
²1st Institute of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University Budapest, Hungary

Background and aims: Fibrolamellar hepatocellular carcinoma (FLC) is a rare subtype of hepatocellular carcinoma (HCC) occurring in non-cirrhotic liver and younger age. The tumor expresses both hepatocellular and cholangiocellular markers and no alpha fetoprotein (AFP) production can be detected. It's etiology and carcinogenesis is unknown. Previously our group described the first time claudin4 as a marker for cholangiocellular carcinoma (CCC), in contrast to HCC which is negative. Aim of the study is to characterize further markers associated with FLC, including tight junction proteins to study cellular contacts among tumor cells.

Methods: 6 cases of FLC occurring in children and young adults (8-18 years) were analysed. Immunohistochemistry was used to detect CK7,8,18,19, HepPar1, glypican 3, claudins1,2,3,4,5,7, occludin, tricellulin and transporter MRP2 on paraffin sections. Frozen material was used for immunofluorescence, mRNA and Western studies.

Results: All FLCs were positive for HepPar1, CK7,8,18, however, negative for CK19 and glypican3. Claudins1,2 were highly expressed both at protein and mRNA levels as in other types of HCCs. In contrast, no claudin3 and 4 could be detected, as markers for CCC. Claudin5, which is not expressed in the tumor cells of HCC and CCC, were positive in FLC. Expression of tricellulin, a protein at contact sites mainly of three cells did not change significantly in FLC, compared to the surrounding liver, however, colocalized with MRP2. In contrast, however, MRP2 was highly expressed at the pseudoglandular structures formed by the tumor cells.

Conclusions: Pattern of tight junction proteins claudins, occludin and tricellulin of FLC is similar to HCCs and different from CCC. Claudin5, an endothelial marker, however, is expressed in FLC in contrast to other variants of HCC. Data suggest that beside the common hepatocellular pattern of tight junction proteins, FLC has several specific distinguishing characteristics.

This project was supported by grant # OTKA 75468

MDCT ENTEROCYCLYSIS, ENTEROGRÁFIA SZEREPE CROHN BETEGSÉG KIMUTATÁSÁBAN, SZÖVŐDMÉNYEK IGAZOLÁSÁBAN.

Tóth G.¹, Szalai K.², Tóth G.², Tóth Z.², Turupoli E.¹
Nemzetközi Egészségügyi Központ¹, Semmelweis Egyetem²

Bevezetés Vizsgálatunk célja volt Crohn betegségben az MDCT enterográfiás vizsgálatok eredményeit összehasonlítani az MDCT enterocyclysis vizsgálatokéval és klinikumban való hasznosságukat elemezni.

Módszer 250 beteg vizsgálatát elemeztük retrospektíve. 200 betegnek MDCT enterocyclysis, 50 betegnek MDCT enterográfiát végeztünk. A betegek 16-65 éves korcsoportba estek, 132 férfi és 118 nő volt. A betegek közül 113 ismert Crohn beteg volt, kiknél a diagnózist korábbi endoscopyiával, műtéti Eredményekkel igazolták. Közülük 80-nak CT enterocyclysis, 33-nak CT enterográfiát végeztünk. 120 betegnél a CT enterocyclysis, 17 betegnél a CT enterográfiás vizsgálat eredményei Crohn betegség lehetőségét, szövődményeit vetették fel vagy igazolták azt. A vizsgálatok eredményeit a klinikummal, endoscopyiás diagnózissal vagy a műtéti Eredményekkel hasonlítottuk össze.

Eredmények A vizsgálatok során elemeztük a vékonybelek distenzióját. CT enterocyclysis során az esetek 92 %-ban, CT enterográfiá során 32 %-ban értünk el kiváló telődést. A vizsgálatok során kóros fali megvastagodást, kóros fali halmozást, környező gyulladásos reakciókat, kóros lumen változásokat, abscessusokat, fistulákat, nyirokcsomókat kerestünk. CT enterocyclysis során 52 betegnél vetettük fel korai, minimális fali vastagodást okozó Crohn betegség lehetőségét. Közülük 38-nak történt endoscopyiája, mely során 25 betegnek igazolták szövettanilag a diagnózisunkat. CT enterográfiás vizsgálatok során 8 betegnél vetettük fel korai Crohn betegség lehetőségét, 7 esetben történt endoscopyia, melynek során 3

esetben igazolódott a diagnózisunk. Szövődmények kimutatásában a két vizsgálati típus között szignifikáns különbség nem volt.

Összefoglalás Korai Crohn betegséget CT enterocyclysis során nagyobb effectivitással tudunk diagnosztizálni.

Szövődmények kimutatásában azonban értékelhető különbség a két vizsgálati típus között nem volt. Fentiek tükrében ismert Crohn betegek vizsgálatára CT enterográfiát ajánlott, mely betegek számára is kisebb megterheléssel jár.

CROHN-BETEGSÉGBEN SZENVEDŐ PÁCIENSEINK KIVIZSGÁLTSÁGI FOKA, ÉS MONTRÉAL KLASSZIFIKÁCIÓS BESOROLÁSA A DIAGNÓZIS FELÁLLÍTÁSKOR, ÉS A KEZELÉS FOLYAMÁN

Tóth D.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Lőrinczy K.¹, Pregun I.¹, Tóth Z.¹, Kocsis D.¹, Tulassay Z.¹

Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika¹

Célok: 1) a Crohn-betegség (CD) diagnosztizálásának megszületéséig, és a kezelés során indikált vizsgálatok felmérése; 2) az anti-TNF-alfa kezelés betegeink Montréal kl. besorolására kifejtett hatásának felmérése.

Betegek: az 58 beteg átlagéletkora 34 év, a férfi/nő arány 31/27. A tünetektől a CD diagnosztizálásáig eltelt idő 17 betegnél volt megállapítható (átl. 4,5 év). A diagnózistól (dg) átl. 9 év telt el, ezalatt 35 beteg részesült biológiai terápiában.

Eredmények: a CD dg felállításához az 58 betegnél a következő vizsgálatokat alkalmazták: rectalis digitális vizsgálatot (RDV) 19 (32,75%), hasi UH-t 11 (18,96%), gastroscopiát 7 (12,06%), colonoscopiát a terminális ileum intubatioja nélkül (CTIN) 6 (10,34%), colonoscopiát a terminális ileum intubációjával (CTI) 20 (34,48%), hasi CT-t 4 (6,89%), szelektív enterográfiát 4 (6,89%), kismedencei MR-t 3 (5,17%) betegnél végeztek (átl. 2 vizsg./beteg). A felsorolt vizsgálatokkal a Montréal kl. szerint a dg felállításakor 31 beteget (53,44%) a gyulladásos (B1), 11-et (18,96%) szűkületes (B2) és 16-ot (27,58%) a penetráló (B3) kategóriákba soroltak. A dg felállításától eltelt átlagosan 9 év alatt a felmért betegcsoport tagjai az alábbi vizsgálatokon estek át: RDV 30 (51,72%), hasi UH 27 (46,55%), gastroscopia 11 (18,96%), CTIN 9 (15,51%), CTI 31 (53,44%), hasi CT 18 (31,03%), szelektív enterográfia 9 (15,51%), kismedencei MR 16 (27,58%). A dg megszületése után a betegek átlagban 3 vizsgálaton estek át, ahol a 3 leggyakoribb vizsgálat az RDV, a hasi UH és a CTI volt. A Montréal kl. szerinti megoszlás: gyulladásos (B1) 19 (32,75%), szűkületes (B2) 5 (8,62%), penetráló (B3) 34 (58,61%).

Konkl.: a dg felállítása után az egyénre tervezett kezelés beállításához kétszerannyi vizsgálat elvégzésére volt szükség, mint a dg felállításáig, ami a centrumunk aktív utánkövetéses stratégiáját tükrözi. Az anti-TNF-alfa terápia bevezetését követően az ismert tendenciát észleltük: a gyulladásos típustól az arány eltolódott a penetráló típus felé.

FIGHT WITH THE GASTRO-CHAMELEON – CELIAC DISEASE PATIENT WITH HEMATOLOGY SYMPTOMS

Tóth G.¹, Horváth L.², Székely G.¹

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórháza, I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály¹, SE. III. Belgyógyászati Klinika, Haematológiai Osztály²

Introduction: Celiac disease is an immune-mediated disorder of the small intestinal mucosa that may result a variety of clinical symptoms and complications.

Celiac disease is a true „gastro-chameleon” due to the highly variable extra intestinal and atypical clinical presentations of the disease.

Celiac studies have indicated that there is a 30 to 40-fold increased risk of intestinal lymphoma. In contrary, unrecognized forms may result in generalized lymphadenopathy which could show the clinical picture of non-Hodgkin lymphoma.

Case report: 44-year-old white male who presented with flatulence, weight loss, abdominal cramps, papulous skin lesions and edema was investigated in the Hematology Department. Iron deficiency, anemia (Hgb 89 g/l), low level of albumin, cholesterol with elevated ESR, CRP and liver functions were detected.

History: hepato-splenomegaly with pathologic abdominal lymph nodes on abdominal US and CT with the same clinical findings in 2007, but no appearance since that.

Controlled CT findings were similar with progression: small bowel dilation, jejunalization of the ileum, mesenteric and para-aortic lymph node conglomerates, hepato-splenomegaly with ascites. Suggested diagnosis was enteropathy associated T-cell lymphoma (EATL).

Due to the known risk of ETL in celiac disease, duodenum biopsies were taken. Pathology report showed high degree of crypt hyperplasia and subtotal villous atrophy - Marsh 3 stage.

Serology: Antihuman tissue transglutaminase (TTG) levels: IgG 57 U/ml, IgA >200 U/ml (0-10). Bone marrow biopsy: reactive proliferate hemopoiesis, no signs of lymphoid infiltration. Pathology report of mesenteric lymph node of laparotomy: reactive lymph node with sinus histiocytosis

Finally the diagnosis of gluten sensitive enteropathy could be made. Six months later, normal lab. and histology parameters with significant regression of CT scan detected following gluten-free diet. Patient gained 12 kg.

We would like to emphasize that the recognition of atypical features of celiac disease could save the patient from chemotherapy and made him curable only with diet.

207

SCREENING OF COLORECTAL POLYPS FROM BLOOD - MONONUCLEAR CELLS IN FOLLICLES ARE THE INFORMATION TRANSPORTERS

Tóth K.¹, Spisák S.², Galamb O.², Sipos F.¹, Wichmann B.¹, Leiszer K.¹, Kalmár A.¹, Valcz G.¹, Schöller A.³, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, Semmelweis University, 2nd Department of Internal Medicine, Budapest, Hungary ¹, Hungarian Academy of Science, Molecular Medicine Research Group, Budapest, Hungary ², 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ³

Background: Whole genomic (WG) mRNA expression analysis of circulating mononuclear cells (MNC) can yield biomarkers of colorectal polyps. The form and place how adenomatous epithelia and MNCs communicate is not understood.

Aims: Our aims were to identify adenoma related mRNA expression patterns and to find correlation with the Results of adenomatous stroma and/or the underlying lymphoid follicles. We also aimed the reconstruction of adenoma and underlying follicles from serial sections using 3D virtual microscopy.

Methods: HGU133Plus2.0 WG microarray analysis was performed from peripheral blood (PB) of 16 healthy and 12 adenoma samples. For classification Prediction Analysis of Microarrays was used. RT-PCR validation was done on 40 healthy, 40 adenoma PB samples. Laser microdissection was performed from the epithelium, stroma and the underlying follicles from 3 healthy and 3 adenoma samples. WG microarray analysis was performed. Serial sections (50) were prepared, CK and CD45 immunofluorescent labelling were done. Multifluorescent slides were digitalized, 3D reconstruction was performed.

Results: Matrix metalloproteinase 19 and epidermal growth factor receptor overexpressed and insulin-like growth factor 1 receptor and v-myb oncogene homolog-like 1 downregulated in adenoma compared to normal (p<0.001). RT-PCR

Results correlated with the microarray data and yielded high diagnostic sensitivity (87,5%) and specificity (90%). The PB mRNA expression pattern could be recovered from the follicles, but less than adenomatous stroma. The 3D reconstructed specimen showed high vascularisation, innervation of the adenoma underlying follicles. The basal cells of the epithelial crypts emerged from the follicle and showed signs of epithelial transition (CK+, CD45+) in particular areas.

Conclusion: Down- and upregulated genes were identified and tested as potential biomarkers of colon polyps in PB. These markers could be recovered in the adenoma underlying follicles. The follicles showed structurally and functionally direct connection to the crypt development.

208

HATÉKONY ADALIMUMAB TERÁPIA SZTEROID-DEPENDENS ÁLTALÁNOS, HASI ÉS POLIETIOLÓGIÁS IZÜLETI PANASZOKTÓL SZENVEDŐ CROHN-BETEG PÁCIENSÜNKNÉL

Tóth Z.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Szűts I.², Gaál R.², Tóth D.¹, Kocsis D.¹, Lőrinczy K.¹, Múzes G.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Belgyógyászati Klinika ¹, ORFI, II.sz. Reumatológiai Osztály ²

A jelenleg 69 éves férfi betegnél az 1964-től időszakosan fellobbanó, váltakozó lokalizációban (térd-, boka-, MTP, sternoclaviculáris és csípőizületi) jelentkező izületi panaszok és terheléstől függetlenül jelentkező derékfájdalmak, továbbá sacroileitis, recidív iritis, urethroprostatitis és szájnyalkahártya laesiók ismeretében 2000-ben diagnosztizáltak Reiter-kört. Perifériás facialis paresissal járó Lyme-betegségen (igazolt Borrelia burgdorferi szeropozitivitás) 2003-ban esett át. Izületi panaszaiban 2006-ban infekcióra vissza nem vezethető relapsus következett be, mellyel párhuzamosan hasmenés és láz is kialakult. Az ekkor felmerülő IBD lehetőségét sem a colonoscopia során látott makroszkópos kép, sem a szövettan alapján nem lehetett igazolni. Klinikánkra a beteg 2008. márciusban került felvételre izületi panaszainak ismételt fellángolása és perzisztens, napi 7-8 x, éjszaka is jelentkező diarrhoea, váltakozó subfebrilis-febrilis miatt. A típusos klinikai tünetek, a radiológiai kép és a HLA-B27 pozitivitás alapján immunológiai konzilium Bechterew-kór fennállását véleményezte. A hasmenés miatt végzett colonoscopia során látott endoszkópos kép (aphtoid léziók, szabálytalan fekélyek) felvetette Crohn-betegség gyanúját, melyet a szövettani kép (crypta abscessus, microgranuloma) igazolt. Az alkalmazott 5-ASA, sulfasalazin, illetve a reumatológiai indikációval adott NSAID-ek sem emésztőszervi, sem izületi panaszait nem tudták jelentősen visszaszorítani, rendszeresen szteroid lökésterápiára szorult. A szteroid dependencia miatt, figyelembe véve a reumatológiai indikációkat is, 2008. júniusban 80-40 mg s.c. adalimumab indukciós kezelésben részesült. Az indukciós fázist követő két hétben izületi és hasmenéses panaszai lényegesen javultak, majd a fenntartó adalimumab terápia mellett teljesen megszűntek. A beteg azóta is tünetmentes, rendszeres testmozgást (futás) végez.

209

VÉKONYBÉL KAPSZULA ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK ALKALMAZÁSA TISZTÁZATLAN EREDETŰ TÁPCSATORNAI VÉRZŐ BETEGEINKBEN

Tóthné Lestár A.¹, Papp I.², Fodorné Keszérű A.², Székely A.¹, Balogh G.¹, Madácsy L.¹, Endoszkópos Laboratórium, Fejér Megyei Szent György Kórház, Székesfehérvár, Hungary ¹, Endo-Kapszula MOC ²

Bevezetés: A vékonybél kapszula endoszkópos vizsgálata a szakirodalom alapján mára az elsőként javasolható diagnosztikus eljárásá vált a tisztázatlan eredetű, feltehetően vékonybél eredetű tápcsatornai vérzés gyanúja esetén, megelőzve az angiográfiát és a kettős ballon enteroszkópiát. Jelen munkánkban a vékonybél kapszula endoszkópos vizsgálattal szerzett eddigi tapasztalatainkat kívánjuk bemutatni.

Beteganyag és módszer: Intézetünkben az elmúlt évben 25 vékonybél kapszula endoszkópos vizsgálatot végeztünk a fenti indikációban. Minden betegben a vizsgálatot megelőzően hagyományos felső panendoszkópia és total kolonoszkópia is történt, negatív eredménnyel. A vizsgálatot megelőző napon a betegek folyadék diéta mellett 1 liter Endo-star PEG bélátmosó oldatot fogyasztottak, valamint 3x1 tabl. Motiliumot kaptak gyógyszeres előkezelésnént. A vizsgálatához a GIVEN SB2 kapszula endoszkópos rendszerét alkalmaztuk. A vizsgálat előtt fél órával minden beteg 1 dl vízben 30 csepp Espumisan oldatot kapott, majd a kapszula lenyelését követően a kapszula helyzetét a Real Time programmal félóránként követtük.

Eredményeink: A vékonybél átvizsgálása jó képalkotási viszonyok mellett 24 betegben volt komplett, az átlagos kapszula OCTT 325 perc volt. Egy betegben észleltünk kapszula retenciót a terminalis ileum területén, melyet a kapszula vizsgálattal igazolt Crohn szűkület okozott. 5 napos szteroid infúziós kezelés után a kapszula spontán távozott a betegből. A kapszula endoszkópos vizsgálattal 25 betegből 15 betegben találtunk kóros eltérést a vékonybélben, melyek Crohn betegség okozta fekélyek, külső submucosus kompressió, Meckel diverticulum, angiodysplasia, vékonybél lymphangiektázia, vékonybél polyposis és lymphoma voltak.

Következtetések: A vékonybél kapszula endoszkópos vizsgálat magas diagnosztikus értékű, non-invazív, alacsony szövődésménnyel járó vizsgálati eljárás, mely a vékonybél betegségek diagnosztikájában elsőként választandó módszer. Alkalmazása a jövőben mind szélesebb körben indokolt, melyhez elengedhetetlen az OEP finanszírozás biztosítása.

210

ELEVATED OSTEOPONTIN EXPRESSION AND PROLIFERATIVE/APOPTOTIC RATIO IN THE COLORECTAL ADENOMA – DYSPLASIA - CARCINOMA SEQUENCE

Valcz G.¹, Sipos F.¹, Krenács T.², Molnár J.³, Patai A.¹, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Solymosi N.¹, Galamb O.¹, Schöller A.⁴, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹

2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ¹, 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest ², National Institute of Food and Nutrition Science, Budapest ³, 2nd Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁴

Background: Colorectal cancer progression is characterized by altered epithelial proliferation and apoptosis and by changed expression of tumor development regulators.

Aims: Our aims were to determine the proliferative/apoptotic epithelial cell ratio (PAR) in the adenoma-dysplasia-carcinoma sequence (ADCS), and to examine its association with osteopontin (OPN), a previously identified protein product related to cancer development.

Materials and Methods: One mm diameter cores from 13 healthy colons, 13 adenomas and 13 colon carcinoma samples were included into a tissue microarray (TMA) block. TUNEL reaction and Ki-67 immunohistochemistry were applied to determine the PAR. The osteopontin protein was also immunodetected. Stained slides were semiquantitatively evaluated using digital microscope and statistically analyzed with logistic regression and Fisher's exact test.

Results: The PAR continuously increased along the ADCS. It was significantly ($p < 0.001$) higher in cancer epithelium (8.84 ± 7.01) than in adenomas (1.40 ± 0.78) and in normal controls (0.89 ± 0.21) ($p < 0.001$). Also, significant positive correlation was observed between elevated PAR and the expression of osteopontin. Cytoplasmic OPN expression was weak in healthy samples. In contrast, cytoplasmic immunoreaction was moderately intensive in adenomas, while in colon cancer strong, diffuse cytoplasmic immune staining was detected.

Conclusion: Increasing PAR and OPN expression along ADCS may help monitoring colorectal cancer progression. The significantly elevated OPN protein levels we found during normal epithelium to carcinoma progression may contribute to the increased fibroblast-myofibroblast transition determining stem cell niche in colorectal cancer.

211

MŰTÉT KÖZBEN VÉGZETT PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMIA

Vámosi-Nagy I.¹, Dubóczki Z.¹, Iványi E.²

Sebészeti Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ¹, Fej-Nyak Sebészet, Országos Onkológiai Intézet, Budapest ²

Intézetünkben nagy számban folyik fej-nyak sebészeti és egyéb daganatos beteg műtéti- sugár, illetve citosztatikus kezelése, illetve gondozása.

Számos betegnél a műtét kiterjesztettsége, a sugárterápia, vagy a tumoros folyamat előrehaladt volta nyelési, rágási képtelenséggel párosul.

Az endoszkóp levezetését lehetetlenné tevő, kiterjedt daganatok esetén a műtét során, a daganat eltávolítását követően lehetővé válik az eszköz levezetése, így a percutan endoscopos gastrostomia (PEG) kivihetővé válik. 2005-2009 között 323 sikeres PEG beültetést végeztünk.

Jelzett időszakban az eljárás kivitelezésére 25 alkalommal intraoperatív, a daganatos műtéttel egy ülésben került sor.

Szerzők bemutatják az eljárás előnyeit, buktatóit.

Az intraoperatív bevezetett PEG –es betegeknek szövödményt nem észleltek.

212

DIAGNOSZTIKAI ÉS TERÁPIÁS NEHÉZSÉGEK HEMODINAMIKAI INSTABILITÁST OKOZÓ HEMOBILIÁBAN

Varga L.¹, Sümegi J.², Lázár I.³, Orosz P.²

DEOEC, Szak- és Továbbképzési Központ ¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II. Belgyógyászati Osztály ², B.-A.-Z.

Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Képző és Diagnosztikai, Intervenciós Intézet – Angiographiás Intézet laboratórium ³

Bevezetés: Az epeutakból származó vérzés ritka, számuk azonban a hepatobiliáris rendszeren végzett diagnosztikus és terápiás beavatkozások gyakoribb válásával nő.

Esetismertetés: 43 éves nőbetegnél 2006-ban jobb oldali emlőtumorot diagnosztizáltak. 2009. márciusában osseális és hepatikus metastasisokra derült fény. Május közepén CT vezérelt májbiopsia történt, két héttel később keringésmegingást okozó vérszékelés jelentkezett, melynek hátterében felső endoscopia során hemobiliát észleltünk. Urgens hasi angiographia történt, az a gastroduodenalis oldalágán észlelt kis pseudoaneurysmat, mint feltételezett vérzésforrást, coilokkal zártuk. Kb. másfél hét múlva újra súlyos felső gasztrointestinalis vérzés jelentkezett, az ismételt angiographia során – a korábbi májbiopsia helyének megfelelően – kontraszt töcsa alakult ki. Lipiodolos embolizáció történt, de a vérzés folytatódott, ezért sebészeti exploratio történt, ennek során az art. hepatica jobb oldali ágát klippelték. A későbbiekben újravérzés nem jelentkezett. Következtetések:

- A hemobilis számos kórfolyamat következménye lehet, a hepatobiliáris rendszeren végzett invazív beavatkozások szaporodásával számuk nő.

- Ezzel együtt ritkán találkozunk vele, észleléséhez gondolnunk kell rá.

- Az invazív beavatkozás és a vérzés között akár 2-3 hét is eltelhet.

- Diagnosztizálása az adekvát diagnosztikus módszerek alkalmazása ellenére is nehéz lehet.

- Terápiája nem egységes, különböző intervenciós radiológiai illetve sebészeti módszerek közül egyedileg kell kiválasztani a hatékony megoldást.

213

MIKROLÖKÉSHULLÁM LÉZER MIKRODISSEKCIÓ HASZNÁLATA KRAS ÉS EGFR GÉN MUTÁCIÓINAK VIZSGÁLATÁBAN

Várkonyi E.¹, Pintér F.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Micsik T.², Pápay J.², Sági Z.², Pap A.³, Kopper L.², Schwab R.¹, Peták L.¹

KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft. ¹, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem ², Racionális Hatóanyag-Tervező Laboratóriumok KKK ³

Célkitűzések: Tüdő daganatok, vastagbél adenokarcinómák máj ill. egyéb távoli áttétjei illetve epeuti és pancreas tumorok FNAB és kefcytológiai mintáinak molekuláris diagnosztikai feldolgozása és kiértékelése nagy kihívást jelent a mindennapi klinikai gyakorlatban. A betegek kezelése vonatkozásában ez kritikus lépést jelent, ugyanis a molekulárisan célzott kezelések törzskönyvi előirata előírja a molekuláris biomarkerek azonosítását, ami a kezelés feltétele. Fixált cytológiai minták egy részében csak rendkívül kis méretű a biospiás minta, vagy sejtanyaghiányos citológiai kenet áll rendelkezésre a KRAS és az EGFR gének mutációinak molekuláris diagnosztikai vizsgálatára. Ilyenkor a daganatsejteket közvetlenül kell a tárgylemezről a PCR csőbe juttatni. Az esetek egy részében még DNS kivonásra sincs mód, hiszen az extrakciós lépések során a minta tovább hígul, és így teljesen alkalmatlanná válhat bármilyen azt követő molekuláris diagnosztikai vizsgálatra.

Módszerek: Laboratóriumunkban a Zeiss Palm mikrolökéshullámmal kombinált lézer mikrodisszekciós (LPC-MD) technológia, és az azt követő PCR protokollok optimalizálásával, közvetlenül az üveg tárgylemezről a PCR csőbe katapultált formalin fixált sejtmagból DNS izolálás nélkül sikeresen PCR amplifikáltuk, és azt követően szekvenáltuk a KRAS és az EGFR gének célszekvenciáit. Az optimális tumorsejt szám 2000-5000, de 6 db sejtmagból is sikerült mutációt kimutatnunk.

Eredmények: Az új technológia rendelkezésre állása óta mind a 173 (100%) igényelt vizsgálatot sikeresen elvégeztük. A megfelelő tumor arány 40 esetben (23%) csak mikrodisszekcióval volt biztosítható.

Következtetés: A kis sejtszám szükséglet és a DNS izoláció elhagyása az LPC-MD eljárást felgyorsítja, és a molekuláris diagnosztika fontos kiegészítő eszközévé teszi a különösen nehezen vizsgálható minták esetében.

214

ASSESSMENT OF THE EXOCRINE PANCREATIC DYSFUNCTION AND THE EFFECTS OF ENZYME

SUBSTITUTION IN PATIENTS WITH NON-PANCREATIC DIABETES

Várkonyi T.¹, Szabolcs A.¹, Szidor V.¹, Szász A.¹, Laurentzi R.¹, Orosz A.², Lengyel C.¹, Kempler P.³, Takács T.¹, Wittmann T.¹

1st Dept. of Internal Medicine, University of Szeged ¹, Dept. of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged ², 1st Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest ³

The consequences of the exocrine pancreatic insufficiency are well-known in pancreatic diabetes (DM). The aim of this study was to determine the frequency of low stool elastase activity in type-1 and type-2 DM patients (pts). The metabolic parameters and the chronic complications were evaluated in pts with normal and abnormal exocrine function and the effects of enzyme substitution were analysed. Pts and Methods: Stool elastase of 146 pts with non-pancreatic DM was measured by ELISA. Autonomic neuropathy (AN), peripheral sensory function, retinopathy, HbA1c, BMI, microalbuminuria (MAU), quality of life (QoL) were measured. Results: 41 pts (28%) had an affected exocrine function (elastase: 417±37 vs 141±11 ug/g; mean of pts with normal vs abnormal values, $p < 0.001$). 37 pts had a moderately lower level (in the range from 100 to 200 ug/g), while 4 pts had severe dysfunction (< 100 ug/g). The frequency of type-1 and type-2 DM was similar in pts with low elastase (46 vs 54%, type-1 vs type-2 DM). The duration, age, BMI, HbA1c, MAU, QoL and retinopathy did not differ significantly between the groups with normal and abnormal elastase. A tendency of more severe AN and sensory neuropathy was observed in pts with lower elastase. A negative correlation was found between age and elastase pointing to more abnormal values in older pts ($r = -0.60$, $p < 0.001$). In 25 pts of the enzyme substitution study non-significant tendencies were detected in several parameters by the end of the follow-up: HbA1c decreased from 8.17±0.38 % to 7.98±0.44%, while fasting glucose changed from 9.97±1.22 mmol/l to 7.69±0.91 mmol/l ($p > 0.05$). The severity of AN decreased (AN score: from 3.09±0.61 to 2.36±0.66, $p > 0.05$). Conclusions: A moderately impaired exocrine pancreatic function is a characteristic finding in a high number of patients with both types of diabetes. This altered function is more severe in older patients. The enzyme substitution might have an important role in the treatment of diabetic patients with higher age, severe neuropathy and unstable glycemic control.

215

COMPLEX PALLIATIVE TREATMENT OF AN ADVANCED INOPERABLE TUMOR OF THE PAPILLA OF VATER. ENDOSCOPIC ENTERAL AND PERCUTANEOUS BILIARY METALSTENT INSERTION

Varsányi M.¹, Szentpéteri L.², Vukov P.¹, Gaálné E.¹, Kecskésné S.¹, Szamosi T.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹

Dept. of Gastroenterology, State Health Centre, Budapest ¹, Dept. of Radiology, State Health Centre, Budapest ²

Introduction: Malignant biliary obstruction usually occurs due to papillary-, pancreatic-, gallbladder- or bile duct tumors. Unfortunately, in the majority of cases, it is diagnosed lately, so curative surgery cannot be performed. The best palliative method to resolve jaundice is the placement of a biliary metalstent into the biliary tree to bridge the stenosis. Malignant gastric outlet obstruction can occur as a consequence of gastric/duodenal tumor, or due to expansion of pancreatic-, biliary- and papilla of Vater tumor to this region. In such cases, curative surgery is almost always impossible. Palliative Methods can be surgical bypass, gastro-enteral anastomosis or most recently, self-expandable enteral stent. Case: A 87-old male was admitted to our department because of obstructive jaundice, weight loss and vomiting caused by an advanced tumor of papilla of Vater, diagnosed five months ago. Upper endoscopy revealed a tumorous stenosis in the duodenum that could not be intubated. A self-expandable enteral stent was placed through the stenosis. Two days later, after the full expansion of the metalstent, a duodenoscope was inserted into the duodenum through the stent to try to resolve biliary obstruction. As a consequence of advanced malignant process that involved the whole circumference of the duodenum, the papilla could not be recognized. Therefore, percutaneous transhepatic cholangiography was performed followed by insertion of biliary metalstent by percutaneous route. The patient was discharged without jaundice and with ability even to eat soft meals. Discussion: A good palliative treatment could be achieved by combination of operative endoscopy and invasive radiology.

216

PHYSIOLOGICAL AND CLINICAL RELEVANCE OF APICAL MAXI-K⁺ CHANNELS IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS

Venglovecz V.¹, Hegyi P.², Rakonczay Jr. Z.², Kemény L.¹, Tiszlavicz L.³, Grunet M.⁴, Nardi A.⁴, Gray M.⁵

Department of Pharmacology and Pharmacotherapy ¹, First Department of Medicine ², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary ³, NeuroSearch A/S, Ballerup, Denmark and National Research Foundation Centre for Cardiac Arrhythmia, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark ⁴, Institute for Cell & Molecular Biosciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK ⁵

Background: Exposure of the pancreas to bile acids is considered to be one of the possible causes of acute pancreatitis, although the precise cellular mechanism underlying the bile-induced pancreatitis is still not clear. Our group has previously shown that luminal administration of chenodeoxycholate (CDC) at a low concentration (100 μ M) stimulated HCO₃⁻ secretion in intact guinea pig pancreatic ducts (Venglovecz et al. Gut 2008). Our preliminary experiments suggested that bile acids stimulate a calcium-dependent K⁺ channel in pancreatic ductal epithelial cells (PDEC), therefore, the aim of this study was to investigate the role of K⁺ channels in the CDC-stimulated pancreatic ductal bicarbonate secretion.

Methods: We used patch clamp and microspectrofluorimetry techniques to measure whole cell currents and rates of HCO₃⁻ secretion, respectively, from isolated guinea pig PDEC. Immunohistochemistry was performed for detection of ion channels in pancreatic ducts.

Results: Exposing PDEC to CDC (100 μ M) reversibly increased whole cell K⁺ currents and hyperpolarised cell membrane potential. Bile acid-stimulated K⁺ currents were inhibited by Ba²⁺ (2 mM), iberiotoxin (100 nM), and suppressed by strong intracellular Ca²⁺ buffering. Ba²⁺ and lumenally applied iberiotoxin also blocked CDC-stimulated HCO₃⁻ secretion from microperfused ducts. Moreover, the maxi-K⁺ channel activator NS11021 (3 μ M) induced a similar increase in HCO₃⁻ secretion to CDC. Immunohistochemical analysis showed strong maxi-K⁺ channel protein expression on the apical membrane of PDEC.

Conclusions: We show for the first time that maxi-K⁺ channels: (i) are expressed in the apical membrane of guinea pig PDECs, (ii) play a crucial role in regulating stimulated HCO₃⁻ secretion therefore underlie the response of the pancreas to this noxious agent. We speculate that maxi-K⁺ channels represent a novel therapeutic target for acute pancreatitis.

Supported by OTKA, MTA, Royal Society International Project Grant and NKTH.

217

MECKEL-DIVERTICULITIS – GONDOLJUNK RÁ!

Visnyei Z.¹, Tolmácsi B.¹, Schäfer E.¹, Iványi A.², Kardos K.³, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹

Gasztróenterológia Osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest ¹, Sebészeti Osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest ², Radiológiai Osztály, Állami Egészségügyi Központ, Budapest ³

Bevezetés: Meckel-diverticulum a gastrointestinalis tractus leggyakrabban előforduló fejlődési rendellenessége, mely a populáció 3%-át érinti. Általában egy életen át néma marad, de számos szövődeményt okozhat (vérzés, gyulladás, fekélyképződés, perforatio, ileus).

Esetismertetés: 51 éves férfibeteg görcsös, jobb oldali paraumbilicalis hasi fájdalom, hányás hasmenés miatt került felvételre belgyógyászati osztályra. Egy évvel ezt megelőzően hasonló panaszok miatt már vizsgálták (hasi ultrahang, gastroscopia) negatív eredménnyel. Felvételi laborparamétereiben magasabb fehérvérsejtszámon és emelkedett gyulladásos paramétereken kívül egyéb kórjelzőt nem találtunk. Hasi ultrahang a köldök magasságában, a középvonaltól jobbra írt le egy echoszegény, inhomogen képletet, melynek tisztázására hasi CT történt. A megjelölt lokalizációban levegőt és folyadékot tartalmazó vékony falú, az ileummal összefüggő üreg ábrázolódott. Passage-vizsgálat a látott elváltozást rögzült, nem tágabb vékonybeleknek írta le. A bennfekvés során készült gastroscopia, colonoscopia kóros eltérést nem talált. Kontroll hasi ultrahangon a képlet már nem ábrázolódott. Konzervatív terápia mellett a beteg panaszmentessé vált, leukocytosisa megszűnt. Pár hónap múlva

epigastriális fájdalmak miatt jelentkezett ismét. Fizikális vizsgálat során jobb alhasi nyomásérzékenységet észleltünk. Felvételt megelőző napon készült hasi ultrahang kóros eltérést nem talált, de fokozódó leukocytosis miatt készült kontroll vizsgálat már kevés szabad hasi folyadékot írt le. Az urgens hasi CT-én a coecum alatti régióban egy mélyen a kismedencébe lelógó, tágult és vaskos falú bélszakasz ábrázolódott zsírszöveti infiltrációval és kevés szabad hasi folyadékkal. Az appendix nem ábrázolódott, radiologus felvetette Meckel-diverticulitis lehetőségét. Akut műtét történt, melynek során gyulladt Meckel-gurtyt rezeálták. A szövettani vizsgálat gyulladt, kifeléyesedő Meckel-diverticulumot igazolt, melyben Actinomyces telepeket is kimutattak.

Következtetések: A Meckel-diverticulitis diagnózisa nem könnyű és az elnézett esetek halálhoz vezethetnek. A kórkép mortalitása (5-10%) nem elhanyagolható.

218

MANNOSE-BINDING LECTIN DEFICIENCY CONFERS RISK FOR BACTERIAL INFECTIONS IN A LARGE HUNGARIAN COHORT OF PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Vitalis Z.¹, Altörjay I.¹, Tornai I.¹, Farkas G.¹, Udvardy M.¹, Harsfalvi J.², Orosz P.³, Lombay B.⁴, Par G.⁵, Par A.⁵, Szalay F.⁶, Osztoivits J.⁶, Csepregi A.⁷, Lakatos P.⁶, Papp M.¹

2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ¹, Clinical Research Centre, University of Debrecen, Debrecen, Hungary ², Gastroenterology Department of Medicine, Borsod-Abauj Zemplén County Hospital, Miskolc, Hungary ³, Department of Medicine, Szent Ferenc Hospital, Miskolc Hungary ⁴, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Budapest, Hungary ⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary ⁶, Department of Gastroenterology, Hepatology, and Infectious Diseases, Otto-von-Guericke University, Magdeburg, Germany ⁷

Background: Mannose-binding lectin (MBL) is a serum lectin synthesized by the liver and involved in innate host defence. MBL deficiency increases the risk of various infectious diseases mostly in immune-deficient conditions. Bacterial infections are a significant cause of morbidity and mortality in liver cirrhosis due to the relative immunocompromised state.

Methods: Sera of 929 patients with various chronic liver diseases (autoimmune liver diseases[ALD]: 406, viral hepatitis C[HCV]: 185, and liver cirrhosis[LC] with various etiologies: 338) and 296 healthy controls[HC] were assayed for MBL concentration. Furthermore, a follow-up, observational study was conducted to assess MBL level as a risk factor for clinically significant bacterial infections in cirrhotic patients.

Results: MBL level and the prevalence of absolute MBL deficiency(<100ng/ml) was not significantly different between patients and controls (ALD: 14.5%, HCV: 11.9%, LC: 10.7%, HC: 15.6%). In cirrhotic patients, risk of infections was significantly higher among MBL deficient subjects as compared to non-deficient ones (50.0% vs. 31.8%, p=0.039). In a logistic regression analysis, MBL deficiency was an independent risk factor for infections (OR: 2.14 95%CI:1.03-4.45, p=0.04) after adjustment for Child-Pugh score, co-morbidities, gender, and age. In a Kaplan-Meier analysis, MBL deficiency was associated with shorter time to develop first infectious complication (median days: 579 vs. 944, pBreslow=0.016, pLogRank=0.027) and was identified as an independent predictor in a multivariate Cox-regression analysis (p=0.003, OR: 2.33, 95%CI:1.34-4.03).

Conclusions: MBL deficiency is associated with higher probability and shorter time to develop infections in liver cirrhosis, further supporting the impact of the MBL molecule on the host defense.

219

INTRAOPERATÍV EPEÚTI SÉRÜLÉSEK ENDOSCOPOS MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEI

Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Szenes M.¹, Gasztonyi B.¹, Belgyógyászati Osztály, Zala Megyei Kórház ¹

A cholecystectomy az egyik leggyakrabban végzett hasi műtét, melynek száma csak növekedett a laparascopos cholecystectomy (L.C.) Bevezetése óta. Kezdetben a laparascopos műtétek után nagyobb százalékban fordult elő epeúti szövődmény – stenosis vagy „leakage”-, de mostanra ezek százalékos aránya csökkent (0,3-0,5%). Ezeket, az endoscopos szakember számára gyakran megoldható

kihívást jelentő eltéréseket elősegítő tényezők a laparascopia során a mélységi érzékelés nehézsége, a choledochus erőltetett dissectiója, valamint a rossz látási viszonyok (elhízás, eltérő anatómia, gyulladás). A sérülések kisebb részét (kb.15%) észlelik intraoperative, melyet konverziót követően a sebész lehetőség szerint azonnal ellát. A betegek nagyobb részénél általában a műtétet követően jelentkeznek a szövődményre utaló eltérések (pl. hasi drain nagy hozama) vagy specifikus panaszok (gyengeség, subfébrilitás, hányinger) formájában. Az epeúti sérülések diagnosztikájának alapja az ERCP, mely egyben megoldást is nyújt epeúti ill. a duodenum közti nyomás kiegyenlítésének elősegítésével, melynek többféle lehetséges módja van. A hosszú, sérülést áthidaló stent, a rövid stent és a csak önmagában végzett endoscopos sphincterotomia között nincs különbség a betegek gyógyulását illetően.

A szerzők két esetet ismertettek. Mindkettő középkorú nő, akiknél az LC-t követő első ill. harmadik napon, a hasúri drainen keresztül észlelt jelentős epés hozam miatt ERCP-t végeztek. Egyiküknél EST-t, a másiknál EST-t és biliaris endoprothesis beültetés történt. A beavatkozást követően mindkét betegnél megszűnt az epecsorgás és panaszmentesen távoztak.

Fenti két eset jól példázza a postoperatív epeúti szövődmények endoscopos megoldási lehetőségét, mely lényegesen kisebb megterhelést jelent a beteg számára, mint egy ismételt műtét.

220

DE NOVO DIABETES ÉS MÁJÁTÜLTETÉS

Zádori G.¹, Gelley F.¹, Földes K.¹, Firneisz G.², Görög D.¹, Fehérvári I.¹, Kóbori L.¹, Gerlei Z.¹, Fazekas J.¹, Pápai S.¹, Lengyel G.², Sárváry É.¹, Nemes B.¹

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika ¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika ²

Bevezetés: a de novo diabetes (DM) a májátültetés gyakori szövődménye. A de novo DM gyakoriságát, jelentőségét, kockázati tényezők szerepét vizsgáltuk a hazai beteganyagban. Módszer: 1995 és 2009 között 310 májátültetett beteg adatait dolgoztuk fel retrospektív módszerrel. De novo diabest állapítottunk meg, ha az éhomi vércukor> 6.8 mmol/l, és/vagy tartós antidiabetikus terápia indult a transzplantációt követő 3. hónapot követően. Kizártuk az összehasonlításból azokat a betegeket, akiknél preoperatív DM, posztoperatív IFG vagy tranzitív DM állt fenn.

Eredmények: de novo DM a betegek 20%-nál (63 beteg) alakult ki. A de novo DM és a kontroll csoport között az alábbi különbségeket találtuk. Donoradatok: testtömeg-index (24 ±3 vs 22.4 ±3.6 kg/m², p=0.003), férfi nem (58% vs 33%, p= 0.002). Recipients adatok: életkor (47.6 ±7.2 vs 38.3 ±14.6 év, p<0.001), testtömeg-index (26.7 ±3.8 vs 23.3 ±5.6, p<0.001), férfi nem (60% vs 44%, p= 0.031). A de novo DM csoportban a betegek 66%-át HCV talaján kialakult cirrhosis miatt transzplantálták, a kontroll csoportban ez csak 23% (p<0.001). Az 1, 3, 5, 8 éves kumulatív betegülélés a kontroll csoportban 95%, 90.6%, 88% és 88%, a de novo DM csoportban a megfelelő értékek 86.8%, 79.4%, 79.4%, 64.4% (p= 0.011). 1, 3, 5, 8 éves kumulatív graftülélés a kontroll csoportban 92%, 86.8%, 85.6% és 79.1%, de novo csoportban a megfelelő értékek 86.8%, 79.4%, 79.4%, 64.6%, (p=NS). De novo DM kialakulása esetén a HCV rekurrenciáját hamarabb észleltük (5 hónapon belül 39% vs 13%, p=0.017), több betegnél mértünk 10-szeres vírustiter emelkedést a posztoperatív 6. hónapon belül a preoperatív értékhez viszonyítva (53% vs 20%, p=0.028), magasabb volt az átlagos fibrosis score az antivirális kezelés megkezdését követő 1 év után (2.05 ±1.53 vs. 1.00 ±1.08, p=0.039). Következtetés: májátültetést követő de novo DM kockázati tényezői az idő kor, elhízás, férfi nem, és a HCV cirrhosis. A de novo DM kialakulása rontja a betegek túlélését, hatással van a víruskiújulás idejére, mértékére, és az antivirális kezelés hatékonyságára.

221

ANALYSIS OF α2-ADRENOCEPTOR SUBTYPES INVOLVED IN THE REGULATION OF GASTROPROTECTION AND GASTRIC MOTILITY IN MICE

Zádori Z.¹, Shujaa N.¹, Décsi O.¹, Dabi A.¹, Hein L.², Gyires K.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary ¹, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Universität Freiburg, Albertstraße 25. D-79104. Freiburg i. Br. Germany ²

Introduction: $\alpha 2$ -Adrenoceptors ($\alpha 2$ -AR) regulate several gastrointestinal functions. In the last decades three $\alpha 2$ -AR subtypes have been identified. The present study aimed to characterize, which $\alpha 2$ -AR subtypes mediate the effects of $\alpha 2$ -agonists on the gastric motility and mucosal defense in mice. Experiments were carried out with different subtype selective agonists and antagonists, and, on the other hand, with genetically engineered mice.

Methods: NMRI mice and C57/BL6 mice with a deletion of the $\alpha 2$ -AR subtypes (KO-mice) were used. 1. The gastroprotective effect of the $\alpha 2$ -agonists was investigated on the ethanol ulcer model (0.5 ml acidified ethanol per os), and the drugs were injected intracerebroventricularly (i.c.v.). 2. Gastric motor activity was measured in vitro. Contractions of the fundus strips were evoked by electrical field stimulation (EFS) and $\alpha 2$ -agonists were injected into the organ bath in a cumulative manner.

Results: 1. $\alpha 2$ -AR agonists clonidine (0.95 nmol) and ST-91 (11 nmol) reduced significantly the ethanol-induced mucosal damage in wild type, $\alpha 2A$ - and $\alpha 2C$ -KO mice. The effect of clonidine was antagonized by the non-selective $\alpha 2$ -antagonist yohimbine and the $\alpha 2B/C$ -selective antagonist ARC-239. 2. Clonidine and ST-91 (1-1000 nM) dose-dependently inhibited the EFS-induced gastric contractions in NMRI mice, which could be inhibited by the non-selective $\alpha 2$ -antagonist idazoxan and the $\alpha 2A$ -antagonist BRL-44408, however, it was not affected by ARC-239. Furthermore, clonidine and ST-91 inhibited gastric contractions in wild type, $\alpha 2B$ -KO and $\alpha 2C$ -KO mice, but not in $\alpha 2A$ -KO mice.

Conclusions: Based on these Results the $\alpha 2A$ -subtype may regulate the gastric motor activity, while $\alpha 2nonA/nonC$, presumably the $\alpha 2B$ -subtype may be responsible for the gastroprotective effect. Identifying the subtypes responsible for the different effects may lead to the development of more selective drugs, with less side effects.

The work was supported by ETT 341/2009 from the Scientific Health Council and National Office for Research and Technology (NKTH).

222

REOPERATION OF A PATIENT FOLLOWING FAILED ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF CYSTIC DUCT INSUFFICIENCY -CASE REPORT

Zaránd A.¹, Jobaházi J.¹, Taller A.³, Kádár E.¹, Gyökeres T.², Csikós D.³, Baranyai Z.¹, Teknős D.¹, Dede K.¹, Jakab F.¹,

Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti- és Érsebészeti Osztály¹, HM Állami Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia², Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály³

Introduction: Acute cholecystectomy performed within 72hrs of onset of inflammation ceases patient's symptoms with a significant reduction in morbidity and mortality. Conservative management is inefficient in 20% of cases, and in addition an operation is always required. Patients undergoing conservative treatment experience more complaints; in a delayed stage an operation is unavoidable.

Case report: A 77 y.o. obese female patient following a dietary lapse presented with typical symptoms of biliary colic. Acute cholecystitis was confirmed and conservative management was initiated. Despite antibiotic treatment she remained febrile, her abdominal complaints worsened and her laboratory values deteriorated. 14 days after the onset of her symptoms she was transferred to our hospital with signs of intraabdominal catastrophe. We performed laparoscopic staging and found a distended, gangrenous gall-bladder forming an abscess with the surrounding organs. After converting to laparotomy we performed oncotomy and antegrade cholecystectomy. Despite being difficult to identify due to the surrounding inflammation, the biliary structures were safely secured. After the 4th p.o. day biliary leakage without abdominal destruction was noticed. Endoscopic placement of endobiliary stents failed to stop cystic duct insufficiency. We proceeded with reoperation finding part of the neck of the gall-bladder on the open cystic duct. This could be explained by the slippage of ligature or erroneously ligating an aberrant biliary duct or vessel. After ligating the cystic duct the biliary leakage stopped. 6 weeks later both stents could be removed. Patient remains without complaints.

Conclusion: Cholecystectomy performed within 72-96hrs of onset of acute cholecystitis is a gold-standard procedure. If conservative management fails to improve patient's symptoms, it is important to proceed with surgical treatment to avoid serious complications. In cases of empyema, or high grade local inflammatory process it is advised to perform intraoperative cholangiography to clarify biliary anatomy.

SZERZŐK NÉVSORA

A

Abraham H. 3
 Ábrahám S. 156
 Ádámné I. 70
 Alhonen L. 9
 Altdorfer K. 143
 Altojay I. 76
 Altorjay A. 3, 100
 Altorjay I. 67, 89, 124, 128, 129, 202, 218
 Andrikovics H. 89
 Angi A. 1
 Annaházi A. 2, 43, 147
 Antal-Szalmas P. 128
 Arató A. 8
 Armbruszt S. 3, 116, 117, 168
 Árvay T. 37

B

B. Kovács J. 167
 Bagosi É. 47
 Bagyánszki M. 11
 Bajor J. 122, 158
 Bakcsy-Magyarosi D. 4
 Balázs A. 102
 Balázs G. 94
 Bálint A. 5, 14
 Bálint L. 197
 Balog C. 166
 Balogh G. 6, 30, 38, 100, 173, 209
 Balogh I. 124
 Balogh M. 88
 Banai J. 12, 22, 29, 39, 48, 55, 72, 76, 150, 151, 198, 215
 Bánsághi Z. 14
 Barabás J. 53
 Baranyai T. 174
 Baranyai Z. 222
 Bardóczy E. 14
 Bárkányi A. 179
 Bartek P. 200
 Bártai I. 168, 169
 Bazsika A. 132
 Bekő G. 10
 Bély M. 13
 Benedek G. 37

Benkő E. 7
 Benkő P. 195
 Benkő T. 46
 Bérci I. 182
 Bérczes R. 8
 Berczi S. 9
 Berényi B. 195
 Berger M. 83
 Berki I. 186
 Berki T. 131
 Bezirard V. 43, 147
 Biczó G. 9
 Blans B. 94
 Blázovics A. 10, 164, 182
 Blazsek J. 68
 Bódi N. 11
 Bodó I. 94
 Bodrogi N. 174
 Bognár E. 82
 Bóka B. 186
 Bokor L. 71
 Bordácsné Csizmadia R. 82
 Borka K. 125
 Boros A. 13, 45
 Bóta A. 96
 Bördös A. 12, 191
 Branstetter G. 80
 Brenner B. 5, 14
 Brusgaard K. 44
 Bueno L. 2, 43, 147
 Bugáné Hálám G. 82
 Burai M. 15, 84, 113, 196
 Bursics A. 16, 36 48, 92, 108, 110

C

Czakó L. 1, 20, 175
 Czeglédi Z. 21, 22, 55, 76, 108, 151
 Czepán M. 23
 Czimmer J. 24
 Czirják K. 25
 Csatár E. 17
 Csécsei P. 98
 Cseh J. 185
 Csepregi A. 18, 152, 218
 Csihi L. 57
 Csikós D. 27, 94, 222
 Csizmazia I. 48

Csoszánszki N. 19
 Csöndes M. 138

D

Dabek M. 2
 Dabi A. 221
 Dancs N. 26, 82, 138
 David G. 88
 Deák P. 80
 Décsei O. 221
 Dede K. 27, 222
 Dékány K. 109
 Demeter J. 180
 Dezsőfi A. 8
 Dieter H. 28
 Dinya T. 129, 202
 Doros A. 121
 Dósa S. 9
 Dózsa L. 29, 191
 Döbrönte Z. 104
 Drahos D. 71
 Dubóczki Z. 211
 Dubravcsik Z. 20, 30, 183
 Dudás I. 99, 195
 Dulic S. 148

E

Ecsedy G. 154
 Emih A. 31
 Ender F. 154
 Engstrand L. 83
 Erdelyi Z. 88
 Erdélyi-Belle B. 203
 Eszlári E. 7
 Eutamene H. 2, 147

F

F. Kiss Z. 197
 Fábián G. 185
 Faludi P. 58
 Farkas E. 32
 Farkas G. 63, 218
 Farkas K. 33, 34, 76, 86, 114, 128, 184
 Fazekas I. 200
 Fazekas J. 46, 121, 220
 Fazekas K. 35
 Fazekas O. 103
 Fehér E. 143

Fehérvári E. 187
 Fehérvári I. 46, 121, 220
 Fejér C. 199
 Fejér T. 171
 Fejes R. 30, 87, 100
 Fekete A. 16, 36, 108, 110
 Fekete E. 11
 Felföldi F. 24
 Ferrier L. 43, 147
 Fiák E. 188
 Figler M. 3, 74, 106, 107, 116, 117, 168, 169
 Firneisz G. 220
 Fischer T. 181, 219
 Fodor E. 103
 Fodor G. 45, 118
 Fodorné Keserű A. 209
 Foldházi K. 47
 Foldi I. 129
 Földes A. 53, 68
 Földes K. 220
 Földesi I. 20
 Földházi K. 37, 171
 Francz M. 25
 Fricz P. 197
 Funch-Jensen P. 87
 Furák J. 103

G

Gaál A. 38
 Gaál E. 39, 72, 191
 Gaál R. 208
 Gaálné E. 215
 Gacsál N. 67
 Gajdán L. 40
 Galamb O. 41, 69, 93, 111, 134, 157, 163, 207, 210
 Gámán G. 121
 Garami T. 42
 Garamszegi M. 197
 Gárdonyi M. 42
 Gasztonyi B. 21, 181, 219
 Géczi T. 156
 Gecse K. 2, 43, 147, 148
 Geisz A. 44
 Gelbmann D. 83
 Gelley A. 13, 45, 46, 118
 Gelley F. 45, 46, 121, 220
 Gerber G. 68, 170
 Gerdes A. 44

Gergely H. 47
 Gerlinger I. 192
 Gerő D. 195
 Gervain J. 40, 130
 Goda M. 4, 137
 Görög D. 46, 121, 220
 Graffits E. 42
 Grenda A. 85
 Grunet M. 216
 Gscheidt H. 42
 Gubicskó A. 116, 117
 Gutaj P. 165
 Gyires K. 221
 Gyökeres T. 12, 16, 20, 29, 39, 48, 49, 72, 92, 108, 148, 150, 151, 191, 198, 217, 222

H

Hajnal A. 3,
 Hajnal P. 5
 Hamar E. 48
 Hamvas J. 37, 47, 50, 70, 142, 171, 172, 179, 193
 Haragh A. 51
 Harisi R. 52
 Harsányi L. 52
 Harsfalvi J. 128, 202, 218
 Hausinger P. 30
 Hegedüs B. 135
 Hegedüs V. 164
 Hegedüs Z. 135
 Hegyesi O. 53
 Hegyi P. 9, 23, 34, 44, 86, 102, 125, 216
 Hein L. 221
 Henics T. 83
 Hermann P. 56
 Herszényi L. 144
 Hideghéty K. 103
 Hidvégi E. 54
 Hodosy M. 55
 Hoffer K. 174
 Hontvári D. 56
 Horvath A. 57, 88
 Horváth B. 186
 Horváth E. 57
 Horvath G. 21
 Horváth I. 54, 181
 Horváth L. 206

Horváth Z. 26
 Höhn J. 140
 Höhn J. 63
 Hubricht J. 34
 Hunyady B. 42, 51, 83, 130, 131
 Hussam S. 138

I

Ifj. Péter M. 67
 Iliás A. 58, 178
 Illés A. 59, 73, 101, 158
 Illés K. 60, 105
 Inczeffi O. 61, 147
 Iványi A. 39, 62, 217
 Iványi B. 9
 Iványi E. 211
 Izbéki F. 2, 11, 43, 61, 63, 147, 148, 156

J

Jackel M. 22
 Jakab F. 27, 222
 Járay B. 52
 Jármay K. 64
 Jász O. 41, 111, 134, 163
 Jedlinszkyné Varga T. 82
 Jeney A. 52
 Jobaházi J. 222
 Jobbágy-Óvári G. 56
 Joergensen M. 44
 Jónás A. 195
 Joó I. 87
 Jóri B. 65, 139
 Judák L. 125
 Juhász M. 77, 97, 144, 205, 208

K

Kabai A. 66
 Kacska S. 67, 124, 202
 Kádár E. 222
 Kádár K. 170
 Káfony A. 199
 Kálló K. 68
 Kálmán E. 158
 Kalmár A. 41, 69, 93, 111, 134, 163, 207
 Kalmárné I. 70
 Kálnay T. 62

Kandikó K. 48, 72, 191
 Karácsony G. 64
 Karádi Z. 19
 Kárász T. 138
 Kardos K. 39, 217
 Kardosné Forrási C. 200
 Kathy S. 71
 Kecskés S. 191
 Kecskésné S. 72, 215
 Kemény L. 216
 Kemmer É. 31
 Kerékgyártó O. 172
 Kerényi M. 107, 168, 169
 Kereskai L. 131
 Kincses Z. 71
 Király A. 59, 73
 Kisbenedek A. 74, 168
 Kisfali P. 130
 Kiss A. 64, 93, 135
 Kiss G. 75, 145
 Kiss I. 1,
 Kiss L. 21, 76, 88, 89, 128
 Kóbori L. 121, 220
 Kocsis D. 77, 97, 205, 208
 Kokas M. 78, 137
 Komár A. 107
 Komaromi E. 88
 Komoly S. 98
 Koós T. 55
 Kopper L. 96, 139, 141,
 153, 213
 Korompay A. 203
 Korpásy I. 36
 Kósa R. 62
 Koszarska M. 89
 Kotsis L. 79
 Kovách K. 140
 Kovács A. 82
 Kovács E. 31
 Kovács J. 80, 169
 Kovács M. 81
 Kovács V. 145, 173
 Kovács Z. 42, 83
 Kovalszky I. 203
 Kováts-Megyesi A. 84
 Kózai Z. 194
 Kővári É. 8
 Kövesdi A. 139, 141, 153,
 213
 Köveskúti Á. 16

Krenács T. 41, 93, 112,
 157, 210
 Kristóf T. 85
 Kulcsár I. 188
 Kunstár E. 86
 Kupcsulik P. 52, 149, 164,
 195, 201
 Kupcsulik S. 195
 Kurucsai G. 87
 Kürthyné J. 70

L

Lakatos G. 144
 Lakatos L. 21, 76, 88, 89,
 188
 Lakatos P. 21, 76, 88, 89,
 128, 129, 202, 218
 Lakner L. 104
 Landherr L. 139
 Láng I. 196
 Langhammer S. 90, 161
 Lásztity N. 91, 167
 Lauf L. 16, 92
 Laurentzi R. 214
 Lázár G. 23, 140, 156
 Lázár I. 212
 Lázár Z. 54
 Leiszter K. 41, 93, 112,
 134, 207, 210
 Lénárt Z. 197
 Lendvai G. 28
 Lengyel C. 214
 Lengyel G. 143, 220
 Lestár B. 22, 39, 62, 151,
 167
 Leveque M. 43
 Lidi H. 94
 Lombay B. 95, 129
 Lonovics J. 23
 Losonczy G. 54
 Lotz G. 135, 164, 203
 Lőrincz A. 53, 96
 Lőrincz M. 91, 167
 Lőrinczy K. 77, 97, 205
 Lugosi K. 54
 Luka F. 100
 Lukács M. 98
 Lukas M. 89
 Lukász P. 154
 Lukovich P. 99, v195

M

Machnitz J. 19
 Madácsy L. 6, 30, 38, 87,
 100, 159, 173, 209
 Madlén M. 56
 Major J. 101
 Maléth J. 102
 Malferttheiner P. 18, 152
 Mándli T. 46
 Maráz A. 103
 Márk L. 74, 104
 Markó L. 185
 Maros K. 60, 105
 Marton K. 74, 106, 107,
 116, 117, 168, 169
 Masszi I. 108, 110
 Máté M. 5, 14
 May Z. 182
 Megadja B. 16, 108, 110
 Meggyesi N. 89
 Mészáros I. 109
 Meinke A. 83
 Melegh B. 130
 Mester G. 88
 Mészáros P. 108, 110
 Micsik T. 46, 139, 153, 213
 Mihalik R. 96, 120
 Miheller P. 21, 76, 77, 89,
 97, 111, 144, 205, 208
 Minh D. 83
 Miseta A. 131
 Modok S. 126
 Molnár B. 41, 69, 93, 111,
 112, 134, 157, 163, 207,
 210
 Molnar C. 88
 Molnár G. 185
 Molnár J. 112, 157, 210
 Molnár S. 84, 113
 Molnár T. 7, 21, 33, 34,
 43, 76, 86, 89, 114, 115,
 119, 128, 147, 184
 Morvay Z. 63
 Murányi E. 118
 Müller K. 8, 74, 116, 117,
 168
 Müller Z. 159
 Múzes G. 157, 208

N

Nagy A. 131
 Nagy E. 83, 120
 Nagy F. 7, 33, 34, 43, 76, 86, 114, 184,
 Nagy I. 119, 126
 Nagy K. 120
 Nagy P. 27, 46
 Nagy T. 196
 Nardi A. 216
 Naszályi L. 96
 Nemes B. 46, 121, 220
 Nemes Zs. 130
 Nemesi K. 37
 Német Z. 168
 Németh D. 57
 Németh E. 116
 Németh I. 23, 61
 Németh I. 23, 61, 148, 156, 188
 Norman G. 129
 Nyári T. 184
 Nyirády P. 10

O

Oblidál Z. 31
 Ónody P. 123
 Orosz A. 214
 Orosz P. 85, 129, 166, 212, 218
 Osztovics J. 129, 218
 Ózsvári B. 125

P

Pádi É. 37
 Pajor L. 131
 Pajor P. 99
 Pák G. 81, 200
 Pák P. 200
 Pák P. 81
 Paku S. 96
 Palatka K. 21, 76, 103, 128, 124, 202
 Pálföldi R. 103
 Pálházi P. 195
 Pálinkás A. 7
 Palkó A. 1, 7, 63
 Pallagi P. 125
 Pálvölgyi A. 126
 Palyu E. 128, 202

Pandur T. 88
 Pap A. 15, 20, 84, 113, 127, 196
 Pap E. 103
 Pápai S. 220
 Pápai Z. 16
 Pápay J. 139, 213
 Papp E. 51
 Papp I. 209
 Papp J. 21, 76, 89, 128, 180
 Papp M. 21, 76, 89, 124, 128, 129, 130, 202, 218,
 Par A. 129, 130, 131, 218,
 Par G. 129, 130, 131, 218
 Paszt A. 156
 Pásztai I. 132
 Patai A. 93, 133, 174, 210
 Patai V. A. 134
 Patócs A. 144
 Patonai A. 135, 203
 Paukovics Á. 200
 Paulovicsné Kiss M. 136, 161
 Pécsi G. 4, 137
 Pekárdi S. 138
 Perduk A. 13, 92
 Perneczky J. 121
 Pesti V. 57
 Peták I. 45, 65, 96, 118, 120, 139, 141, 153, 213
 Péterfi Z. 130
 Petri A. 63, 140
 Pfahler P. 5
 Pieler J. 156
 Pintér F. 139, 141, 153, 213
 Piros L. 80
 Póczy M. 79
 Podhoroszkyné Imre E. 142
 Pohl Z. 118
 Polgár B. 120
 Pongor E. 143
 Pop G. 62
 Porcsalmy B. 68, 170
 Povászy K. 142
 Pozsár J. 146, 199
 Pörnczi B. 108, 110
 Pótz V. 106
 Pregun I. 77, 144, 205
 Prustomersky S. 83

R

Rábai K. 12, 22, 191
 Rácz F. 25
 Rácz I. 26, 82, 138, 145, 173, 197
 Rácz K. 144
 Rakonczay Jr Z. 9, 23, 34, 86, 125, 216
 Rakonczay Z. 102
 Rásó E. 135
 Rásonyi-Kovács O. 53
 Rázga Z. 102
 Rédei C. 146, 189
 Regőczy H. 145
 Riederer B. 34
 Ringelhan B. 174
 Róbertné Hasúlyó E. 55
 Róka R. 2, 43, 61, 147, 148,
 Romics I. 10
 Rosero O. 123
 Rosztóczy A. 2, 11, 43, 61, 63, 147, 148, 156, 197
 Rózsa B. 5, 14
 Rózsa V. 149, 201
 Rubovszky G. 196
 Rusznyák K. 150

S

Sahin P. 199
 Sahin-Tóth M. 44, 125
 Salamon A. 21
 Sándor J. 48
 Sánta T. 199
 Sági Z. 139, 213
 Sárdi É. 10
 Sárkány A. 40
 Sárközy S. 91, 167
 Sárváry E. 121, 220
 SASLAR-QOL Study Group . 49
 Schafer E. 55, 62, 150, 151, 217
 Schaff Z. 64, 135, 203
 Schaffalitzky de Muckadell O. 44
 Schneider Á. 164
 Schnúr A. 23, 34

Schöller A. 41, 69, 93, 111, 134, 157, 163, 207, 210
 Schuller J. 51, 130
 Schütte K. 45, 65, 96, 118, 120, 139, 141, 152, 153, 213
 Seidler U. 34
 Sélley C. 154
 Serényi P. 183
 Seres L. 155
 Shafer E. 108
 Shujaa N. 221
 Simon K. 84
 Simonka Z. 23, 156
 Sinervirta R. 9
 Sipos C. 42
 Sipos F. 41, 69, 93, 111, 112, 134, 157, 163, 165, 207, 210
 Siska A. 9
 Solt J. 101, 122, 158, 192
 Solymosi L. 140
 Solymossi Z. 159
 Sólyom A. 160
 Somogyiné Kolozsvári M. 161
 Somorácz Á. 203
 Soós B. 56
 Sovány I. 162
 Spisák S. 41, 69, 93, 111, 13, 163, 207
 Stangl R. 123, 164
 Stark J. 165
 Steinbach M. 200
 Steward M. 53
 Stiedl P. 56
 Stierschneider U. 83
 Storm M. 83
 Stotz G. 176
 Sükösd F. 197
 Sülle C. 42
 Sümegi J. 166, 212

SZ

Sz. Németh-Simon 122
 Szabados L. 67
 Szabó A. 91, 138, 167
 Szabó D. 8
 Szabó E. 139, 141, 153, 170, 171, 213

Szabó H. 154
 Szabó I. 24
 Szabó K. 195
 Szabó S. 74, 116, 117, 168, 169, 200
 Szabó T. 137
 Szabolcs A. 214
 Szakács A. 172
 Szakál I. 200
 Szalai K. 204
 Szalai M. 26, 82, 145, 173
 Szalai O. 174
 Szalainé Gazda É. 55
 Szalay A. 31
 Szalay F. 57, 95, 129, 130, 218
 Szalóki Jr T. 175
 Szalóki T. 21, 22, 76, 151, 175, 215
 Szántó E. 103
 Szántó P. 94
 Szász A. 214
 Szatmári F. 200
 Szebeni A. 176
 Szegedi J. 25
 Székely A. 6, 30, 38, 87, 100, 178, 194, 209
 Székely C. 65, 139, 153
 Székely E. 10
 Székely G. 52, 162, 177, 179, 186, 206
 Székely I. 87
 Szekeres-Bartho J. 120
 Szeli D. 180
 Szenes M. 181, 219
 Szentes G. 66
 Szentmihályi K. 10, 182
 Szentpéteri L. 215
 Szepes A. 20, 30, 32, 183
 Szepes Z. 33, 34, 86, 114, 184
 Szereday Z. 131
 Szeriné Lakó K. 82
 Szidor V. 214
 Szigeti N. 185
 Szigyártó I. 200
 Szijártó A. 123, 149, 164, 201
 Szilágyi A. 40
 Szilvás A. 177, 186

Szingerné Borsetzki I. 187
 Szinku Z. 51
 Szipli B. 149, 201
 Szipocs I. 88
 Szita I. 188
 Szné Lakó K. 75
 Szokolóczy O. 45, 118
 Szőnyi M. 189
 Szűcs D. 190
 Szűcs M. 10
 Szűts I. 208
 Szvatek A. 39, 72, 191

T

Takács K. 192
 Takács R. 37, 47, 50, 171, 172, 193
 Takács T. 9, 20, 34, 63, 86, 119, 125, 214
 Takáts Z. 96
 Talapka P. 11
 Taller A. 27, 58, 94, 178, 194, 222
 Tari K. 99, 195
 Tarján I. 56
 Tarpay A. 15, 113, 196
 Tátrai P. 135
 Tátratiné E. 70
 Telekes A. 37, 153
 Ternyik L. 37
 Theodoru V. 2, 147
 Tiba I. 37
 Tilinger E. 40
 Tímár J. 135
 Tiszai A. 197
 Tiszlavicz L. 1, 20, 23, 61, 63, 102, 119, 148, 156, 175, 190, 216
 Tóka M. 132
 Toldy E. 104
 Tolmácsi B. 22, 72, 198, 217
 Tolvaj G. 62, 176
 Topa L. 20, 146, 189, 199
 Topál L. 200
 Tordai A. 89
 Torma N. 149, 201
 Tornai D. 202
 Tornai I. 129, 130, 202, 218

Tornai T. 67
 Tornóczky T. 192
 Tóth D. 71, 77, 97, 205, 208
 Tóth G. 162, 204, 206
 Tóth K. 41, 69, 93, 111, 134, 157, 207, 210
 Tóth L. 137
 Toth M. 165
 Tóth S. 46
 Tóth V. 118
 Tóth Z. 77, 97, 204, 205, 208
 Tóthné Kállai E. 66
 Tóthné Lestár A. 209
 Tóthné Pismán K. 32
 Tölgyesi Z. 65
 Tőreki D. 26, 82
 Törzsök P. 203
 Tulassay Z. 21, 41, 69, 76, 77, 89, 93, 97, 111, 112, 134 144, 157, 163, 207, 208, 210,
 Turupoli E. 204
 Tusnádi A8

U

Udvardy M.128, 129, 218

V

Vadászi K. 61, 148

Vadinszky P. 186
 Valcz G. 93, 112, 134, 163, 210
 Vámosi-Nagy I. 211
 Váradi G. 195
 Varga E.132
 Varga G. 53, 56, 68, 170
 Varga I. 34, 159, 166, 212
 Varga M. 130
 Varga Z. 96, 103
 Varga-Szabó L. 162
 Varjas T. 106
 Várkondi E. 139, 141, 153, 213
 Várkonyi A. 190
 Várkonyi T. 214
 Varró A. 23
 Varsányi M. 55, 215
 Vén L. 25
 Venglovecz V. 9, 23, 34, 86, 102, 125, 216
 Veres G. 8, 93, 128
 Vincze Á. 130
 Vincze A. 21, 24, 131,
 Virág V. 182
 Virág Z. 146
 Virányi Z. 30, 183
 Visnyei Z. 55, 150, 217
 Vitális Z. 124, 129, 202, 218
 Von Gabain A. 83

Völgyi Z. 181, 219
 Vukov P. 215

W

Wacha J. 149, 201
 Weltner J. 52, 149, 201
 Wichmann B. 41, 69, 93, 134, 207
 Wimmer A. 143
 Winkler B. 83
 Winternitz T. 52
 Wittmann I. 185
 Wittmann T. 1, 2, 7, 9, 11, 20, 23, 33, 34, 43, 61, 63, 86, 114, 119, 125, 126, 147, 148, 156, 184, 197, 214

Y

Yeruva S. 34

Z

Zádori G. 46, 121, 220, 221
 Zag L. 103
 Zágoni T. 157, 165
 Zaránd A. 27, 194, 222
 Zsigmond F. 55, 151, 217
 Zsirka A. 195

KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönöket mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 52. 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 52nd Annual Meeting.

- | | | |
|---|--|---|
| • 1A PHARMA
Budapest | • HUN-MED Kft.
Budapest | • NESTLÉ HUNGÁRIA Kft.
Budapest |
| • ABBOTT Laboratories (Mo.) Kft.
Budapest | • IZINTA Kereskedelmi Kft.
Budapest | • NYCOMED Pharma Kft.
Budapest |
| • ABBOTT Products Kft.
Budapest | • IZOTÓP INTÉZET Kft.
Budapest | • OMCH Egészségügyi Szolg. Kft.
Budapest |
| • ALLEGRO Kft.
Budapest | • JOHNSON & JOHNSON Kft.
Budapest | • ORIFLAME.
Budapest |
| • ALLINAD ELECTRO THERAPEUTIC Kft.
Budapest | • KPS Kft.
Budapest | • Orma 2000 Kft.
Szeged |
| • ANAMED Kft.
Budapest | • KRKA Magyarország Kft.
Budapest | • PENTACORE LABORATÓRIUM SEMMELWEIS KFT.
Budapest |
| • ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | • LISZTÉRZÉKENYEK Egyesület
Budapest | • RICHTER GEDEON Nyrt.
Budapest |
| • BAYER HUNGÁRIA Kft.
Budapest | • LITERATURA MEDICA KIADÓ
Budapest | • ROCHE (Magyarország) Kft.
Budaörs |
| • BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA
Budapest | • MEDICINA Könyvkiadó Zrt.
Budapest | • SANDOZ HUNGÁRIA Kft.
Budapest |
| • DANONE Kft.
Budapest | • MEDICONS Kft. – Dr. Falk Pharma Képviselő
Budapest | • SAM Kft.
Budapest |
| • EGIS Nyrt.
Budapest | • MEDISAN HUNGARY Kft.
Budapest | • STRATHMANN AG&CO
Budapest |
| • ENDO-PLUS-SERVICE Kft.
Budapest | • MELÁNIA KIADÓI Kft.
Budapest | • TEVA Magyarország Zrt.
Budapest |
| • ENDOSCOPI HUNGÁRIA Kft.
Budapest | • MICROMEDICAL Kft.
Budapest | • TISZAFÜREDI THERMAL KFT.
Tiszafüred |
| • FERRING MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | • MSD
Budapest | • VITAMINKOSÁR KFT.
Budapest |

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
MEDICONS Dr. Falk Pharma	Dr. Falk 50 éve	B II
ROCHE (Magyarország) Kft.	Pegasys	6
BAYER Hungária KFT.	Nexavar	16
MSD Kft.	Pegintron, Rebetol	18
VITAMINKOSÁR Kft.	Protexin Balance, Lepicol Plus	22
FERRING Magyarország Kft.	Pentasa, Klizma	28
ABBOTT Products Kft.	Kreon	30
OMCH Egészségügyi Szolgáltató Kft.	OMCH	34
KRKA Magyarország Kft.	Emozul	36
EGIS Nyrt.	Noacid	38
BIOTEST Kft.	MARS	41
TEVA Magyarország Kft.	Rabyprex	42
TEVA Magyarország Kft.	Silegon	44
STRATHMANN AG&CO	Lactase	47
FERRING Magyarország Kft.	Pentasa granulátum	48
ABBOTT Products Kft.	Dicetel	52
MSD	Remicade	55
MEDICONS Kft. - Dr. Falk Pharma Képv.	Budenofalk	56
NESTLÉ Nutrition	Modulen	61
ABBOTT Laboratories (Mo.) Kft.	Humira	62
ABBOTT Products Kft.	Kreon	64
TEVA Magyarország Kft.	Silegon	69
RICHTER GEDEON Nyrt.	Pafenon	70
ABBOTT Products Kft.	Dicetel	76
BAYER Hungária KFT.	Nexavar	83
KRKA Magyarország Kft.	Emozul	84
NYCOMED Pharma Kft.	Controloc	86
FERRING Magyarország Kft.	60 év Ferring	B III
RICHTER GEDEON Nyrt.	Quamatel	B IV

J E G Y Z E T