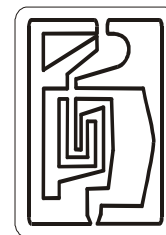


Magyar Gasztroenterológiai
Társaság
Hungarian Society of
Gastroenterology



54. Nagygyűlés

54th Annual Meeting of the
Hungarian Society of Gastroenterology

PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

Tihany, 2012. június 2-5.

PROGRAM / ABSTRACTS

Tihany, 2-5 June, 2012
Hungary

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 54. Nagygyűlése

Program / Előadás kivonatok

Tihany, 2012. június 1-5.

**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:
gastroent@gmail.com*

ISSN: 1417-7013

Nyomda:

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

2012.

TARTALOM

Általános tudnivalók	3
A Nagygyűlés időrendi beosztása	5

Premeetings:

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

Program:

MGT Postgraduális Képzési Programja	8
Endoszkópos asszisztensek ülése I.	10
Kiállítók köszöntése	11
Endoszkópia I. (előadások)	13
Interdiszciplináris szimpózium, Családorvosok fóruma	15
Hepatológia (előadások / posztterek)	16
Táplálkozástudomány és dietetika (előadások)	21
Endoszkópos asszisztensek ülése II.	24
AlfaWassermann szimpózium	27
MSD szimpózium	29
Közyűlés / Emlékelőadások / Díjátadások	30
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei	31
Finanszírozás	34
AlfaWassermann szimpózium	35
Kapszula Endoszkópia / Endoszkópia II. (előadások)	36
Helicobacter pylori (előadások)	38
Sebészet (előadások)	39
Bélbetegségek (előadások)	41
Kutatói fórum (előadások)	45
Abbott szimpózium.....	51
Janssen szimpózium	53
Ferring szimpózium	55
A GI rendszer keringés-zavarai, kritikus ischaemia és adaptív mechanizmusok a gasztroenterológiában (főtema).....	56
Az endoszkópos vizsgálatok optimális klinikai felhasználása, avagy „underuse” „overuse” az endoskopiában (referátum)	57
Olympus-Anamed (előadások)	59
Richter szimpózium:.....	61
Pancreas (előadások)	62
Endoszkópia III. (előadások)	65
Motilitás (előadások)	67
Ultrahang és más képalkotók (előadások)	69
Endoszkópos ultrahang (előadások)	70
Onkológia (előadások)	71
Sager Pharma szimpózium:	75
Takeda szimpózium	77
MedServ-KPS szimpózium	78
A tápcsatornai onkológia aktuális kérdései: epidemiológia, szűrés, kemoprevenció, korszerű sebészi elvek, sugárterápia lehetőségei, célzott biológiai kezelési módok (főtema)	78
Urgens ERCP: kinek, mikor, hogyan? (referátum)	79
Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (posztterek)	80
Learning Center	83
Előadás kivonatok	84
Szerzők névsora	135

Kiállítók és hirdetőik	140
Hirdetések listája	142

54th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Tihany, 1-5 June, 2012

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:
gastroent@gmail.com

ISSN: 1417-7013

Publisher:

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

2012.

CONTENTS

General information.....	3
Time-table.....	4

Premeetings:

Roche symposium	8
-----------------------	---

Program:

Postgraduate Course	8
Meeting of GI nurses and endoscopy associates I.	10
Exhibitors' meeting	11
Endoscopy I. (oral presentations)	13
Interdisciplinary discussion, Forum of Family doctors	15
Hepatology (oral presentations / posters)	16
Nutrition and dietetics (oral presentations)	21
Meeting of GI nurses and endoscopy associates II.	24
AlfaWassermann symposium:	27
MSD symposium:	29
General assembly, Memorial lectures, Awards	30
List of awarded gastroenterologists of HSG	31
Financing symposium :.....	34
AlfaWassermann symposium:	35
Capsula Endoscopy / Endoscopy II. (oral presentations)	36
Helicobacter pylori (oral presentations).....	38
Surgery (oral presentations).....	39
Bowel diseases (oral presentations).....	41
Research forum (oral presentations).....	45
Abbott symposium:.....	51
Janssen symposium:	53
Ferring symposium	55
Altered circulation in GI tract diseases. Critical ischemia and adaptive mechanisms (main topic).....	56
Optimal clinical use of endoscopy. „underuse – overuse” in endoscopy (state of art lecture)	57
Olympus-Anamed symposium	59
Richter symposium:	61
Pancreas (oral presentations)	62
Endoscopy III. (oral presentations).....	65
Motility (oral presentations)	67
Ultrasound, Imaging (oral presentations)	69
Endoscopic ultrasound (oral presentations).....	70
Oncology (oral presentations).....	71
Sager Pharma symposium:	75
Takeda symposium:	77
MedServ-KPS symposium.....	78
Actual questions in gastrointestinal oncology: epidemiology-screening-chemoprevention-modern surgical principles- options for radiotherapy- new targeted chemotherapy (main topic)	78
Urgens ERCP: who, when, how? (state of art lecture)	79
Challenges, Clinicopathology, Case reports (posters)	80
Learning Center	83
Abstracts	84
Alphabetic list of authors.....	135
Exhibitors and advertisers.....	140
List of advertisers	142

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

GENERAL INFORMATION

KONGRESSZUSI IRODA

2012. 06. 01. 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 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 a Kongresszusi irodánál 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 01. 06. 2012 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.

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 Congress office 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.

MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 54. NAGYGYŰLÉSE

Tihany, Club Tihany , 2012. június 1-5.

JÚN. 1, PÉNTEK	JÚN. 2, SZOMBAT			JÚN. 3, VASÁRNAP			JÚN. 4, HÉTFŐ			JÚN. 5, KEDD
	8.30 –9.00 Posztterek elhelyezése									8.00 –8.30 Posztterek elhelyezése
	9.00-12.30 MGT Postgraduális képzés: 1. NSAID, antikoaguláns és antiaggregáns szerek és az alsó tápcsatornai vérzések . 2. A táplálkozás szerepe egyes gasztroenterológiai betegségekben. Kórházi malnutritio .		11.00-13.00 Endoszkópos asszisztensek ülése I.	9.00 - 12.00 “Hetényi Géza" emlékelőadás "Magyar Imre" emlékelőadás Tiszteletbeli tagok előadásai Kitüntetések Simor Pál alapítvány díj KÖZGYŰLÉS VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS			8.30 - 9.00 FERRING szimpózium			8.30 – 9.00 KPS szimpózium
							9.00 – 11.00 A GI rendszer keringés-zavarai, kritikus ischaemia és adaptív mechanizmusok a gasztroenterológiában			9.00 – 11.00 A tápcsatornai onkológia aktuális kérdései: epidemiológia, szűrés, kemoprevenció, korszerű sebészi elvek, sugárterápia lehetőségei, célzott biológiai kezelési módok
				12.00-13.00 Finanszírozás szimpózium			11.05 – 11.35 Az endoscopos vizsgálatok optimális klinikai felhasználása, avagy „underuse” „overuse” az endoscopiában			11.05-11.35 Urgens ERCP: kinek, mikor, hogyan?
12.00 – től	12.30 Kiállítók köszöntése	12.00 - 14.00 Ebéd					11.45-12.45 OLYMPUS-ANAMED szimpózium			
							Ebéd			
				14.00 - 14.30 AlfaWassermann szimpózium			14.00 - 14.30 Richter szimpózium			
	14.00-16.00 Előadások Endoszkópia I.	14.00-15.45 Előadások Hepatológia	14.00-16.00 Előadások Táplálkozástudomány és dietetika	14.30-15.40 Előadások Kapszula Endoszkópia (Endoszkópia II.)	14.30 – 18.00 Előadások Bélbetegségek	14.30-18.00 Előadások Kutatói fórum	14.30–16.00 Előadások Pancreas	14.30-16.10 Előadások Motilitás	14.30-15.20 Előadások Endoszkópos Ultrahang	
	16.00-17.30 INTERDISZCIPLINÁRIS SZIMPÓZIUM CSALÁDORVOSOK FÓRUMA	15.45-16.50 Posztterek Hepatológia	16.00-19.00 Endoszkópos asszisztensek ülése II.	15.40-16.20 Előadások H.Pylori,	16.30-17.30 Előadások Sebészet		16.00-17.50 Előadások Endoszkópia III.	16.10-18.00 Előadások Ultrahang, Képpalkotó	15.20-17.55 Előadások Onkológia	
16.30 - 18.00 Pre Meeting										14.00 – 18.00 KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉLÉSEK Vegyes posztterek Video közvetítéses vita
Roche szimpózium	17.30 - 18.30 AlfaWassermann szimpózium			18.00 – 18.30 Abbott szimpózium			18.00 - 18.30 Sager Pharma szimpózium			
	18.30 - 19.30 MSD szimpózium			18.30 – 19.30 Janssen szimpózium			18.30 - 19.30 TAKEDA szimpózium			

Ebéd: 12.00 - 14.00

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

54TH ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

Tihany, Club Tihany , 1-5 June, 2012

1 ST JUNE FRIDAY	2 ND JUNE, SATURDAY			3 RD JUNE, SUNDAY			4 TH JUNE, MONDAY			5 TH JUNE, THUESDAY	
	8.30 –9.00 Mounting of posters									8.00 –8.30 Mounting of posters	
	9.00-12.30 MGT Postgraduate course : 1. NSAID, anticoagulant and antiaggregant drugs in disorders of the lower Gastrointestinal tract 2. The role of nutrition in gastrointestinal diseases.Clinical malnutrition 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 FERRING symposium			8.30 – 9.00 ① KPS-ENDOTHERAPIA symposium		
						9.00 – 11.00 ① Altered circulation in GI tract diseases. Critical ischemia and adaptive mechanisms.			9.00 – 11.00 ① Actual questions in gastrointestinal oncology: epidemiology-screening-chemoprevention-modern surgical principles- options for radiotherapy- new targeted chemotherapy		
			12.00 - 13.00 ① Financing			11.05 – 11.35 ① Optimal clinical use of endoscopy. „underuse – overuse” in endoscopy			11.05-11.35 ① Urgens ERCP: who, when, how?		
REGISTRATION	From 12.00	12.30 ① Exhibitors meeting	12.00 - 14.00 Lunch			11.45 - 12.45 ① OLYMPUS-ANAMED symposium					
						Ebéd					
						14.00 - 14.30 ① MEDICONS symposium				14.00 - 14.30 ① RICHTER symposium	
	14.00-16.00 Lectures ① Endoscopy I.	14.00-15.45 Lectures ② Hepatology	14.00-16.00 Lectures ③ Nutrition and dietetics	14.30-15.40 Lectures ① Capsule Endoscopy (Endoscopy II.) 15.40-16.20 Lectures ① H.Pylori 16.30-17.30 Előadások ① Surgery	14.30 – 18.00 Lectures ② Bowel diseases	14.30-18.00 Lectures ③ Research forum	14.30–16.00 Lectures ① Pancreas 16.00-18.00 Lectures Endoscopy III. ①	14.30-16.10 Lectures ② Motility 16.10-17.10 Lectures ② Ultrasound, Imaging	14.30-15.10 Lectures ③ Endoscopic Ultrasound 15.10-17.30 Lectures ③ Oncology	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	15.45-16.50 Posters ② Hepatology	16.00-19.00 ③ Endoscopy nurses and associates’s meeting II.								
	17.30 - 18.30 ① AlfaWassermann symposium			18.00 - 18.30 ① Abbott symposium			18.00 - 18.30 ① Sager Pharma symposium				
	18.30 - 19.30 ① MSD symposium			18.30 – 19.30 ① Janssen symposium			18.30 - 19.30 ① TAKEDA symposium				
	16.30 - 18.00 Pre Meeting Roche ②										

Lunch: 12.00 - 14.00

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

2012. június 1. Péntek
1 June, Friday
12.00 – 20.00

Club Tihany Főépület

REGISZTRÁLÁS / REGISTRATION

2012. június 1. Péntek
1 June, Friday
16.30 – 18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ROCHE SZIMPÓZIUM / ROCHE SYMPOSIUM
PREMEETING

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
9.00 – 12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

9.00 – 10.30

NSAID, ANTIKOAGULÁNS ÉS ANTIAGGREGÁNS SZEREK ÉS AZ ALSÓ TÁPCSATORNAI BETEGSÉGEK *NSAID, ANTICOAGULANT AND ANTIAGGREGANT DRUGS IN DISORDERS OF THE LOWER GASTROINTESTINAL TRACT*

Moderátorok: Lakatos László, Veszprém Vincze Áron, Pécs

- 9.00 **ANTIKOAGULÁNS ÉS THROMBOCYTA AGGREGÁCIÓ GÁTLÓ SZEREK JEL-
LEMZŐI, INDIKÁCIÓK**
*CHARACTERISTICS AND INDICATIONS OF ANTICOAGULANT AND
ANTIAGGREGANT DRUGS*
Egyed Miklós, Kaposvár
- 9.15 **ALSÓ TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEK EPIDEMIOLÓGIÁJA**
EPIDEMIOLOGY OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING
Lakatos Péter, Budapest
- 9.30 **NEM-SZTEROID GYULLADÁSCSÖKKENTŐK, VÉRALVADÁS GÁTLÓ ÉS
THROMBOCYTA GÁTLÓ SZEREK ALSÓ TÁPCSATORNAI MELLÉKHATÁSAI**
*LOWER GASTROINTESTINAL TRACT RELATED SIDE-EFFECTS OF NSAIDS,
ANTICOAGULANT AND ANTIAGGREGANT DRUGS*
Lakatos László, Veszprém
- 9.45 **NEM-SZTEROID GYULLADÁSCSÖKKENTŐK SZEREPE A KOLOREKTÁLIS
RÁK MEGELŐZÉSÉBEN**
*ROLE OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN THE PREVENTION OF
COLORECTAL CANCER*
Hersényi László, Budapest
- 10.00 **ANTITHROMBOTIKUS SZEREK ÉS NEM-SZTEROID GYULLADÁSCSÖKKEN-
TŐK HASZNÁLATA GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN**
*USAGE OF ANTITHROMBOTIC AND NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY
AGENTS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES*
Palatka Károly, Debrecen
- 10.15 **ANTITHROMBOTIKUS SZEREK OPTIMÁLIS HASZNÁLATA ENDOSZKÓPOS
BEAVATKOZÁSOK KAPCSÁN**
*OPTIMAL USAGE OF ANTITHROMBOTIC MEDICATIONS DURING ENDOSCOPIC
PROCEDURES*
Vincze Áron, Pécs

11.00 – 12.30

A TÁPLÁLKOZÁS SZEREPE EGYES GASZTROENTEROLÓGIAI BETEGSÉGEKBEN. KÓRHÁZI MALNUTRICIÓ.

THE ROLE OF NUTRITION IN GASTROINTESTINAL DISEASES. CLINICAL MALNUTRITION

Moderátorok: Figler Mária, Pécs Sahin Péter, Budapest

- 11.00 **AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS ALAPELVEI ÉS AZ EGYSÉGES DIÉTÁS RENDSZER**
BASIC PRINCIPLES OF HEALTHY NUTRITION AND STANDARDIZED DIETARY SYSTEM
 Figler Mária, Pécs
- 11.08 **A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT MEGHATÁROZÁSA, A TÁPLÁLKOZÁST, A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOTOT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK**
DETERMINATION OF NUTRITIONAL STATUS, FACTORS INFLUENCING NUTRITION AND NUTRITIONAL STATUS
 Bozóné Kegyes Réka, Dombóvár
- 11.16 **HOGYAN TÁPLÁLNAK AZ EURÓPAI UNIÓBAN**
CLINICAL NUTRITION IN THE EUROPEAN UNION
 Harsányi László, Budapest
- 11.24 **A KÓRHÁZI MALNUTRICIÓ SÚLYOS PROBLÉMÁJA AZ OBESITAS**
OBESITY AS SEVERE PROBLEM OF CLINICAL MALNUTRITION
 Pap Ákos, Budapest
- 11.32 **PERIOPERATÍV TÁPLÁLÁS**
PERIOPERATIVE NUTRITION
 Futó Judit, Budapest
- 11.40 **A MALNUTRICIÓ VESZÉLYÉVEL JÁRÓ GYEREKGYÓGYÁSZATI KÓRKÉPEK**
PEDIATRIC ILLNESSES WITH THE RISK OF MALNUTRITION
 Tomsits Erika, Budapest
- 11.48 **MÁJCIRRHOSIS ÉS A MALNUTRICIÓ**
HEPATIC CIRRHOSIS AND MALNUTRITION
 Szalay Ferenc, Budapest
- 11.56 **PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN**
PARENTERAL NUTRITION IN GASTROENTEROLOGY
 Sahin Péter, Budapest
- 12.02 **HOGYAN TÁPLÁLUNK AZ ONKOLÓGIAI KEZELÉSEK SORÁN**
NOURISHING DURING ONCOLOGICAL TREATMENT
 Dank Magdolna, Budapest
- 12.10 **A TÁPLÁLÁS KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGA**
COST -EFFECTIVENESS OF CLINICAL NUTRITION
 Katona Beáta, Budapest
- 12.18 **Diszkusszió az előadók részvételével / DISCUSSION**

2012. június 2. Szombat
2 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.

Üléseelnökök:

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

11.00 **MEGNYITÓ**

11.05 **ÚJDONSÁGOK A THERÁPIÁS ENDOSZKÓPIA VILÁGÁBAN**
Bíró Erika, Anamed Kft.

11.20 **A HOZZÁNK VEZETŐ ÚT..... ÉS HOGYAN TOVÁBB?**
Seres L.¹, Bugát Pál Kórház¹

11.30 **KETTŐ AZ EGYBEN. TRACHEA ÉS NYELŐCSŐ STENT EGY BETEGBEN**
Paulovicsné Kiss M.¹, PTE KK.I.sz. Belgyógyászat endoszkópia¹

11.40 **A PEG BEÜLTETÉS HELYE A KAROLINA KÓRHÁZBAN. AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS SZEMPONTJAI**
Kokas M.¹, Kovácsné Tomasits K.¹, Polreisz J.¹, Talliánné Soós J.¹, Pécsi G.¹, Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

11.50 **PEG BEÜLTETÉSEL KAPCSOLATOS BETEGGONDOZÁS A KAROLINA KÓRHÁZBAN. AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS SZEREPE.**
Kovácsné Tomasits K.¹, Kokas M.¹, Talliánné Soós J.¹, Polreisz J.¹, Pécsi G.¹, Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

12.00 **ENDOSZKÓPIA A VÁRANDÓSÁG ALATT**
Langhammer S.¹, Pár G.¹, Vincze Á.¹, Illés A.¹, PTE.KK.I.Bel Endoszkópia¹

12.10 **TAPASZTALATAINK PANCREAS CYSTÁK ENDOSCOPOS ULTRAHANG (EUH) VEZÉRELT FINOMTŰ ASPIRÁTIÓJÁVAL (FNA)**
Farkas É.¹, Gasztroenterológia, Bács-Kiskun Megye Kórháza Kecskemét¹

12.20 **A PANCREAS PSEUDOCYSTÁ ÉS PANCREAS ABSCESSUS ENDOSCOPOS KEZELÉSÉNEK GYAKORLATI ÉS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI**
Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Pap Á.¹, Budapest, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Részleg¹

12.30 **80 NAP ALATT 30 KAPSZULA**
Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Kánainé V.¹, Szalai M.¹, Rácz I.¹, Petz Aladár Oktató Kórház, Gasztroenterológiai Osztály-I. Belgyógyászat, Endoszkópos Labor, Győr¹

12.40 **ENDOSZKÓPOS CISZTASZÁJAZTATÁS INTÉZMÉNYÜNKBEN – 38 ESET TAPASZTALATA ASSZISZTENSI SZEMMEL**
Kecskés F.¹, Kandikó K.¹, Szvatek A.¹, Bagi G.¹, Tiszóczy É.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, MH Honvédkórház, Gasztroenterológia, Budapest¹

12.50 **AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENS SZEREPE AZ ALTATÁSBAN VÉGZETT BONYOLULT GASZTROENTEROLÓGIAI INVAZÍV BEAVATKOZÁSOK KIVITELEZÉSEKOR**

Ádám T.¹, Kalmárné Kubinyi I.¹, Vári T.¹, Kalecz Z.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterológia
Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

13.00 EBÉD

2012. június 2. Szombat
2. June, Saturday
12.30 -tól

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE / EXHIBITORS' MEETING

Üléselnökök/Chairmen:

Wittmann Tibor, Szeged

Hersényi László, Budapest

Szalay Ferenc, Budapest

✧ **A KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE**
Welcome greeting

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

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
14.00 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chairmen:

Gyökeres Tibor, Budapest **Pap Ákos**, Budapest **Topa Lajos**, Budapest

14.00 PREDICTORS OF COMPLICATIONS AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY – A PILOT STUDY

Schafer E.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, MH Honvédkórház, Gasztroenterológia, Budapest¹

14.10 SAFETY ADVANTAGE OF ENDO-CUT MODE OVER SPHINCTEROTOMY OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHY / ERCP/.

Topa L.¹, Balgha V.¹, Forró G.¹, Baranyai Á.¹, Sahin P.¹, Igaz I.¹, Tóth L.¹, Kőmíves C.¹, Szent Imre Hospital Dept. of Gastroenterology¹

14.20 A KEFECYTOLOGIA SZEREPE A MALIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Varga L.¹, Sümegei J.¹, Grenda A.¹, Hajnal-Papp R.², Minik K.², Orosz P.¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II Belgyógyászati Osztály¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Patológiai Osztály²

14.30 SELF-EXPANDING METAL STENTS IN THE PALLIATION OF MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION: OWN EXPERIENCES WITH 148 CASES

Dunkel K.¹, Bördös A.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, Military Hospital, Budapest¹

14.40 ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS WITHOUT EUS IN OUR PRACTICE. RESULTS OF CYSTENTEROSTOMIES IN 38 PATIENTS.

Gyökeres T.¹, Rusznay K.¹, Schafer E.¹, Banai J.¹, MH Honvéd Kórház, Gasztroenterológia¹

14.50 TWO-STEP ENDOSCOPIC TRANSMURAL DRAINAGE OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

Czakó L.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹

15.00 PREVENTIVE PANCREAS STENTING: OUR RESULTS WITH PROSPECTIVELY COLLECTED DATA

Szepes A.¹, Dubravcsik Z.¹, Virányi Z.¹, Madácsy L.¹, Gastroenterology Department, Bács-Kiskun County Hospital and OMSH Ltd Endoscopic Unit, Kecskemét, Hungary¹

Üléselnökök/Chairmen:

Altörjay István, Debrecen **Orosz Péter**, Miskolc **Pécsi Gyula**, Mosonmagyaróvár

15.10 HAEMOBILIA: RARE CAUSE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING. CLINICAL PRESENTATIONS, ETIOLOGY, MANAGEMENT. OUR EXPERIENCES – 10 CASE REPORTS

Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Kardos K.², Szentpétery L.², Iványi A.³, Varga G.³, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Military Hospital, Gastroenterology¹, Radiology², 2nd Dept. of Surgery, Budapest³

15.20 RITKA VÉRZÉSFORRÁSOK ÉS INVAZÍV ELLÁTÁSUK OSZTÁLYUNKON

Dabi Á.¹, Schumet P.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Bajcsy- Zsilinszky kh. I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

15.30 FIBRINRAGASZTÓ ALKALMAZÁSA GASZTROINTESTINALIS VÉRZÉS ENDOSCOPOS ELLÁTÁSÁRA- ESETISMERTETÉS

Csikós D.¹, Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Szabó E.², Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Részleg, Budapest¹, Országos Onkológiai Intézet²

15.40 ENDOSCOPIC POLYPECTOMY IN PATIENTS TAKING ORAL ANTICOAGULANT THERAPY

Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Bakcsy Magyarosi D.¹, Szabó T.¹, Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

15.50 SELF-EXPANDING METAL STENTS COULD BE SAFE AND EFFECTIVE FOR PALLIATION AND DURING ACTIVE ONCOLOGIC TREATMENT OF RECTO-SIGMOID MALIGNANT OBSTRUCTIONS

Pozsár J.¹, Tarpay Á.¹, Burai J.¹, Pap Á.¹, Dept. of Invasive Gastrointestinal Oncology, National Institute of Oncology, Budapest¹,

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
16.00 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**GASZTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK EXTRAINTESZTINÁLIS ÉS
EXTRAHEPATIKUS MANIFESZTÁCIÓI**

*EXTRAINTESTINAL AND EXTRAHEPATIC MANIFESTATIONS OF
GASTROINTESTINAL DISEASES*

*A Richter Gedeon és az AlfaWassermann szponzorálásával
Sponsored by Richter Gedeon and AlfaWassermann*

**Interdisziplináris megbeszélés a Magyar Gasztroenterológiai Társaság és
a Családorvosok részvételével**
**Interdisciplinary discussion of Hungarian Gastroenterological Society and Family
Doctors**

Üléselnökök/Chairmen: **Bálint Levente**, Budapest **Miheller Pál**, Budapest

BEVEZETŐ

INTRODUCTION

Bálint Levente, MGT Háziiorvosi szekció

BÉLBETEGSÉGEK EXTRAINTESZTINÁLIS MANIFESZTÁCIÓI

EXTRAINTESTINAL MANIFESTATIONS OF BOWEL DISEASES

Miheller Pál, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika

**KOMORBIDITÁS ÉS EXTRAHEPATIKUS TÜNETEK KRÓNIKUS
MÁJBETEGSÉGEKBEN**

*COMORBIDITY AND EXTRAHEPATIC MANIFESTATIONS OF CHRONIC HEPATIC
DISORDERS*

Schuller János, Szent László Kh. III. Fertőző Belgyógyászati osztály

**CSONTANYAGCSERE ZAVARAI GASZTROENTEROLÓGIAI
KÓRKÉPEKBEN**

BONE DISEASE AND GASTROINTESTINAL DISORDERS

Horváth Henrik, Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika

GASZTROINTESZTINÁLIS KÓRKÉPEK BŐRGYÓGYÁSZATI TÜNETEI

SKIN LESIONS CAUSED BY GASTROINTESTINAL DISEASES

Marschalkó Márta, Semmelweis Egyetem Bőrgyógyászati Klinika

Vita, hozzászólások

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
14.00 – 15.45

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: Szalay Ferenc, Budapest Pár Alajos, Pécs

- 14.00 **MELYIK BETEGNEK SEGÍTENEK AZ ÚJ ANTIVIRÁLIS GYÓGYSZEREK?
SOK PÉNZT LEHET SPÓROLNI!**
Ferenci Péter prof., Bács, Ausztria
- 14.15 **TREATING TREATMENT-NAÏVE GENOTYPE 1 (G1) CHRONIC HEPATITIS C (CHC) PATIENTS WITH DUAL (PEGINTERFERON/RIBAVIRIN, P/R) OR TRIPLE (P/R + PROTEASE INHIBITOR, PI) THERAPY IN HUNGARY. AN APPROACH WITH LIMITED FINANCIAL RESOURCES.**
Hunyady B.¹, Makara M.², Gervain J.³, Horváth G.⁴, Szalay F.⁵, Tornai I.⁶, 1Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, and Pécs University, Pécs, Hungary¹,Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest, Hungary²,Szent György Kórház, Székesfehérvár, Hungary. 4Horváth Gábor, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest, Hungary³,Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest, Hungary⁴,Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵,Debrecen University, Debrecen, Hungary⁶
- 14.25 **ANALYSIS OF THE PREDICTIVE VALUE OF HCV RNA RESULTS MEASURED WITH REAL-TIME POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) ASSAY FOR RESPONSE-GUIDED THERAPY IN CHRONIC HEPATITIS C VIRUS INFECTION**
Gervain J.¹, Hungarian Centres for Hepatology ², 1st Dept.of Internal Medicine/Hepato-Pancreatology and Molecular Diagnostic Laboratory¹
- 14.35 **RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE TO ASSIST SCREENING FOR HCV INFECTION**
Varga M.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Soós I.¹, Pink T.¹, Gastroenterology- Hepatology Departement ,Réthy Pál Hospital,Békéscsaba¹
- 14.45 **IL28B CC GENOTYPE IS ASSOCIATED WITH INCREASED TH1 BUT NOT TH2 TYPE CYTOKINE PRODUCTION BY PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEAR CELLS IN CHRONIC HCV1 INFECTION**
Par G.¹, Berki T.², Pálinkás L.², Szereday L.³, Kisfali P.⁴, Hunyady B.¹, Vincze Á.¹, Pár A.¹, Melegh B.⁴, First Department of Medicine, University of Pecs¹,Department of Immunology and Biotechnology, University of Pecs²,Department of Medical Microbiology and Immunology³,Department of Medical Genetics, University of Pecs⁴
- 14.55 **A SPONTÁN BAKTERIÁLIS PERITONITIS ELŐFORDULÁSA PROTONPUMPA GÁTLÓT SZEDŐ MÁJCIRRHOZOS BETEGEKBEN**
Vitális Z.¹, Tornai I.¹, Altörjay I.¹, Papp M.¹, DEOEC II: Belklinika Gasztoenterológia Tanszék¹

15.05 MÁJPÓTLÓ KEZELÉSEKKEL SZERZETT HAZAI TAPASZTALATOK GYERMEKKORBAN

Szőnyi L.¹, I. Sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

15.15 PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITISHEZ TÁRSULÓ GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN

Gelley F.¹, Gámán G.¹, Zádori G.¹, Miheller P.², Fehérvári I.¹, Kóbori L.¹, Görög D.¹, Péter A.¹, Telkes G.¹, Gerlei Z.¹, Lengyel G.², Nemes B.¹, SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest¹, SE II. Sz. Belgyógyászati Klinika Budapest²

15.25 FUTURE REMNANT LIVER FUNCTION AFTER PORTAL VEIN OCCLUSION MEASURED WITH 99MTC-MEBROFENIN SPECT/CT

Hahn O.¹, Dudás I.², Györke T.³, Korom C.², Bozó A.¹, Pajor P.¹, Zsirka-Klein A.¹, Kupcsulik P.¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Nuclear Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

15.35 CYP24A1 AND CYP27B1 MRNA EXPRESSION IN HUMAN HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Horvath E.¹, Lakatos P. A.¹, Balla B.¹, Kósa J. P.¹, Tóbiás B.¹, Somorács Á.², Jozilan H.¹, Harsányi L.³, Kupcsulik P.³, Schaff Z.², Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest Hungary¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University Budapest Hungary², 1st Department of Surgery, Semmelweis University Budapest Hungary³

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
15.45 – 16.50

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(POSZTEREK / POSTERS)

Üléselnökök/Chairmen: **Hunyady Béla**, Kaposvár **Tornai István**, Debrecen

1. **HCV INFECTION IN INTRAVENOUS DRUG USERS: RESULTS OF THE ANTIVIRAL THERAPY AND THE QUESTIONS OF THE COMPLIANCE**
Lombay B.¹, Szalay F.², Borsod County Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc¹, 1st Clinic of Medicine, Semmelweis University, Budapest²
2. **CO-INFECTIONS WITH TORQUE TENO VIRUSES IN HCV INFECTION**
Pár A.¹, Tresó B.², Dencs Á.², Rusvai E.², Miseta A.³, Jakab F.⁴, Tornai I.⁵, Szalay F.⁶, Lengyel G.⁷, Tusnádi A.⁸, Vincze Á.¹, Hunyady B.¹, Pár G.¹, Takács M.², 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs¹, National Center for Epidemiology, Budapest², Department of Laboratory Medicine, University of Pécs³, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pécs⁴, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁶, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁷, Hetényi Géza Hospital, Szolnok, Hungary⁸
3. **PRESENCE OF CLASS IGA ANTI-NEUTROPHIL CYTOPLASMIC ANTIBODIES (ANCA) IN CIRRHOSIS – A TELL-TALE SIGN OF COMPROMISED MUCOSAL IMMUNITY?**
Papp M.¹, Foldi I.¹, Vitalis Z.¹, Altörjay I.¹, Tornai I.¹, Udvardy M.², Fechner K.³, Lakatos P.⁴, Kappelmayer J.⁵, Antal-Szalmás P.⁵, 2nd Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen¹, 2nd Department of Medicine, Division of Hematology, University of Debrecen, Debrecen², EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lübeck, Germany³, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁴, Department of Clinical Biochemistry and Molecular Pathology, University of Debrecen, Debrecen⁵
4. **VÉRCSOPORT INKOMPATIBILIS MÁJÁTÜLTETÉSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK CSECSEMŐKORBAN**
Dezsőfi A.¹, Gerner P.², Máthé Z.², Szőnyi L.¹, I.sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Essen²
5. **THE IMPORTANCE OF MONITORING RENAL FUNCTION IN LIVER TRANSPLANT RECIPIENTS. THE ROLE OF CYSTATIN C.**
Gámán G.¹, Gelley F.¹, Sárváry E.¹, Zádori G.¹, Kóbori L.¹, Fehérvári I.¹, Görög D.¹, Doros A.¹, Fazakas J.¹, Nemes B.¹, SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest¹
6. **AKUTE HEPATITIS C DER „HELDEN VON BERN“ UND DAS VERSAGEN DER „GOLDENEN ELF“ (=ARANYCSAPAT)**
Csepregi A.¹, Medizinische Klinik, DiaMed Clinic Neuendettelsau, BRD¹

7. **THE EFFECT OF NUTRITION STATUS AND ARGININ ON LIVER HYPERTROPHY AFTER PORTAL VEIN EMBOLIZATION**
Török É.¹, Hahn O.¹, Dudás I.², Pajor P.¹, Zsirka-Klein A.¹, Kepes L.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Hungary¹, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Hungary²

8. **EFFECT OF NANOSELEIUM ON THE ANTIOXIDANT DEFENCE SYSTEM AND TRANSMETHYLATION ABILITY**
Hegedüs V.¹, Prokisch J.², Fébel H.³, Kleiner D.¹, Ditrói K.¹, Szijártó A.⁴, Blázovics A.¹
 Department of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest¹, Department of Agricultural Center, Debrecen University, Debrecen², Research Institute for Animal Breeding and Nutrition, Hungarian Science Academy, Budapest³, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest⁴

9. **NALP3 INFLAMMASOME ACTIVATION IS MYD88-, BUT NOT TLR4-DEPENDENT AND INVOLVES BOTH PARENCHYMAL AND BONE MARROW DERIVED CELLS IN NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS (NASH)**
Csak T.¹, Villai A.¹, Ganz M.¹, Lippai D.¹, Petrasek J.¹, Nath B.¹, Kodys K.¹, Dolganiuc A.¹, Kurt-Jones E.¹, Szabo G.¹, Dept. of Medicine, Univeristy of Massachusetts Medical School, Worcester, Ma¹

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
14.00 – 16.00

Levendula II terem
Levendula Hall II

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

Üléselnök/Chairmen: **Figler Mária**, Pécs **Blázovics Anna**, Budapest

14.00 BOGYÓS GYÜMÖLCSKÉSZÍTMÉNYEK POLIFENOL TARTALMÁNAK MEGHATÁROZÁSA

G. Kisbenedek A.¹, Szabó Sz.¹, Polyák É.¹, B. Muller K.¹, Kovács B.¹, Bóna Á.², Márk L.², Figler M.¹ PTE- ETK Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹, PTE- ÁOK Biokémiai és Orvosi Kémiai Intézet²

14.10 UNWANTED RESULTS OF TREATMENT WITH ANTIOXIDANT-RICH FOOD SUPPLEMENT IN COLECTOMISED PATIENTS

Blázovics A.¹, Szilvás Á.², Kleiner D.¹, Kursinszki L.¹, Department of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest¹, Saint John Hospital, Budapest²

14.20 SERUM SELENIUM CONCENTRATIONS IN PREGNANT WOMEN, IN WOMEN WITH THYROID DISORDERS AND IN HEALTHY WOMEN IN HUNGARY: IS THERE A NEED TO SUPPLEMENT?

Molnár J.¹, Garamvölgyi Z.², Rigó Jr. J.², Balázs C.³, Adányi N.⁴, Molzsa Medical Ltd., Budapest, Hungary¹, 1st Department of Obstetrics and Gynecology, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Polyclinic of the Hospitaller Brothers of St. John of God in Buda, Budapest, Hungary³, Central Food Research Institute, Budapest, Hungary⁴

14.30 EFFECTS OF PRECISE DETERMINATION OF BODY MASS INDEX IN PATIENTS WITH LOWER LIMB AMPUTATION

Deé K.¹, Hartmann E.², Lelovics Z.¹, “Kaposi Mór” Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary¹, International Institute of Nutrition Research, Hungary²

14.40 THE LEGAL EFFECT OF CHANGES OF RECENT YEARS IN NUTRITIONAL STATUS OF PEOPLE WHO LIVES IN SOCIAL HOMES

Hartmann E.¹, Figler M.², Lelovics Z.³, International Institute of Nutrition Research, Pécs, Hungary¹, Institute of Human Nutrition and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Hungary², “Kaposi Mór” Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary³

14.50 NUTRITIONAL STATUS OF BLIND AND VISUALLY IMPAIRED

Vági Z.¹, Deé K.², Lelovics Z.², Lakatos É.², International Institute of Nutrition Research, Hungary¹, “Kaposi Mór” Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary²

15.00 BIOIMPEDANCE ANALYSIS IN A WEIGHT-LOSS PROGRAMME DURING CARDIAC REHABILITATION

Bozóné Kegyes R.¹, Figler M.², Dombóvári Szt. Lukács Eü. Non-profit Kft.¹, Pécsi Tudományegyetem II. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum²

15.10 A TEJ MIKROBIOLÓGIA TISZTASÁGÁNAK VIZSGÁLAT

Szabó Sz.¹, Kerényi M.², Porkoláb A.¹, Breitenbach Z.¹, Polyák É.¹, Kisbenedek A.¹, Müller K.¹, Figler M.¹ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet¹, Pécsi Tudományegyetem Általános orvostudományi Kar Mikrobiológiai és Immunitástani Intézet²

15.20 MOLECULAR EPIDEMIOLOGY STUDY ON EFFECT OF STEVIA AND XILYTOL

Polyák É.¹, Gombos K.², Hajnal B.³, Bonyár-Müller K.¹, Gubicskó-Kisbenedek A.¹, Szabó Sz.¹, Figler M.¹, Ember I.² University of Pécs, Faculty of Health Sciences Institute of Physiotherapy and Nutritional Sciences Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs¹, University of Pécs, Faculty of Medicine, Institute of Public Health, Pécs², University of Pécs, Faculty of Medicine Department of Languages for Specific Purposes, Pécs,³

15.30 A DIETETIKUS SZAKMA KOMPETENCIÁINAK MEGÍTÉLÉSE ÉS A SZAKMAI EGYÜTTMŰKÖDÉSRE VALÓ KÉSZSÉG VIZSGÁLATA ORVOSOK KÖRÉBEN

Armbruszt S.¹, Bartus M.¹, Figler M.¹ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹

15.40 EGY FEL NEM ISMERT RÖVIDBÉL SZINDRÓMÁS BETEG ESETE

Kőmíves C.¹, Sahin P.¹, Futó J.³, Aradán M.¹, Varga M.², Topa L.¹, Gastroenterológia Profil, Szent Imre Kórház, Budapest¹, Dietetikai Szolgálat, Szent Imre Kórház, Budapest², Központi Műtő és Aneszteziológiai Szolgálat, Szent Imre Kórház, Budapest³

15.50 A BÉLFLÓRA HELYREÁLLÍTÁSA – SZÉKLET TRANSZPLANTÁCIÓ?

Székely G.¹, Szilvás Á.¹, Szent János kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

2012. június 2. Szombat
2 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.

Üléseknökök.

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

- 16.00 **FELMÉRÉS A KOLONOSZKÓPIA ELŐKÉSZÍTÉSÉRŐL**
Kokas Mariann, Karolina Kórház Gasztroenterológia, Mosonmagyaróvár
- 16.15 **QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH COELIAC DISEASE**
Benkő É.¹, Tiszai A.¹, Makhajda E.¹, Bálint L.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹
- 16.25 **SÚLYOS, HALASZTOTT MŰTÉTEN ÁTESETT, NEKROTIZÁLÓ PANCREATITISES BETEGEK KEZELÉSE SZUBINTENZÍV RÉSZLEGÜNKÖN –A NŐVÉR SZEMÉVEL**
Hodosy M.¹, Róbertné Hasúlyó E.¹, Szalayné Gazda É.¹, Koós T.¹, Schafer E.¹, Árva I.², Lestár B.³, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, MH Honvédkórház-Gasztroenterológia¹, Intenzív Terápiás Osztály², Sebészet 2. Budapest³
- 16.35 **OBSTRUKCIÓS ICTERUSSAL SZÖVŐDÖTT AKUT, HYDROPSOS, KÖVES EPEHÓLYAG GYULLADÁS KEZELÉSE ERCP SORÁN BEHELYEZETT NASO-CHOLECYSTICUS DRAINNEL - ESETISMERTETÉS**
Molnár T.¹, Tóthné Lestár A.¹, Szász-Veres E.¹, Horváth L.¹, Hritz I.¹, Madácsy L.¹, Fejér Megyei Szent György Kórház Endoszkópos labor Székesfehérvár¹
- 16.45 **AZ MRSA ÁTVITEL MEGELŐZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI (MÓDSZEREI) AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSI GYAKORLATBAN.**
Bacsikainé Beluzsár A.¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház II. Belgy. GEA¹
- 16.55 **COLORECTALIS POLYPOK ÉS MALIGNOMÁK ENDOSZKÓPOS GRÁDUS BECSLÉSÉNEK HATÉKONYSÁGA. FICE TECHNOLÓGIA ÖSSZEHASONLÍTÁSA A HAGYOMÁNYOS COLONOSCOPIÁVAL.**
Somogyiné Kolozsvári M.¹, Pakodi F.¹, Czimmer J.¹, PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika Endoszkópia¹
- 17.05 **A COLORECTALIS DAGANATOK KEZELÉSÉBEN ELÉRT EREDMÉNYEINK, 2005–2010**
Jánoki M.¹, Vincze A.¹, Pintér T.¹, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Onkoradiológia, Győr¹

17.15 KOMPLEX PERIANÁLIS FISZTULÁKKAL JÁRÓ CROHN BETEGSÉG SIKERES SEBÉSZI- ÉS BIOLÓGIAI TERÁPIÁJA – ESETISMERTETÉS

Sovány I.¹, Tóth G.¹, Székely G.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest, I. Belgyógyászat- és Gasztroenterológia¹

17.25 "NIL NOCERE" - ÉS HA MÉGIS....., AVAGY SZERENCSE A SZERENCSÉT-LENSÉGBEN

Gárdonyi M.¹, Deák A.¹, Garami T.¹, Csécs-Varga B.¹, Graffits É.¹, Hunyady B.¹, Belgyógyászat, Endoscopy labor, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár¹

POSZTER

17.35 ENDO - TECHNIK KÉSZÜLÉK ALKALMAZÁSA ENDOSZKÓPIÁNKON

Prikkel A.¹, Hatvani M.³, Szűcsné N.³, Udvardi P.³, Nagy B.³, Flór Ferenc Kórház¹, Kistarcsa², Gasztroenterológiai Endoszkópia³

17.40 SZÜNET

17.50 KÖZGYŰLÉS
VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
17.30 - 18.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ALFA WASSERMANN SZIMPÓZIUM/ <i>ALFA WASSERMANN SYMPOSIUM</i>
--

Üléselnökök/ Chairmen:

Szalay Ferenc, Budapest

Hunyady Béla, Kaposvár

Wittmann Tibor, Szeged

BEVEZETŐ

Hunyady Béla, Kaposvár

AKTUALITÁSOK A HEPATICUS ENCEPHALOPATHIÁBAN. ÚJ RIFAXIMIN VIZSGÁLATOK

UPDATE ON HEPATIC ENCEPHALOPATHY. NEW RIFAXIMIN STUDIES

Szalay Ferenc, Budapest

BEVEZETŐ

Wittmann Tibor, Szeged

AKTUALITÁSOK A DIVERTIKULÁRIS BETEGSÉG KEZELÉSÉBEN

UPDATES IN THE MANAGEMENT OF DIVERTICULAR DISEASE

Vincze Áron, Pécs

A VÉKONYBÉL BAKTERIÁLIS KONTAMINÁCIÓJÁNAK JELENTŐSÉGE A KLINIKAI GYAKORLATBAN

SMALL INTESTINAL BACTERIAL OVERGROWTH (SIBO) IN THE GASTROENTEROLOGICAL PRACTICE

Altörjay István, Debrecen

DISZKUSSZIÓ

2012. június 2. Szombat
2 June, Saturday
18.30 - 19.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MSD HEPATOLÓGIA SZIMPÓZIUM <i>MSD HEPATOLOGY SYMPOSIUM</i>
--

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
9.00 –12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

Az endothelium működési zavarai a tápcsatorna betegségeiben
Endothelial dysfunction in GI disorders
Altorjay István, Debrecen

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

A pankreasz duktális bikarbonát szekréció károsodásának szerepe akut pankreatitisz kialakulásában
The role of impaired pancreatic ductal bicarbonate secretion in the pathogenesis of acute pancreatitis
Maléth József, Szeged

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS
Ursula Seidler, Hannover, Germany

STATE OF ART LECTURES

Molecular mechanisms and clinical manifestations of defective bicarbonate transport in the gastrointestinal tract
Ursula Seidler, Hannover, 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 | V. Vita az elhangzott beszámolók felett |
| II. Főtitkári beszámoló | VI. Az új vezetőség megválasztása |
| III. Pénztárosi beszámoló | VII. Zárszó |
| IV. Ellenőri jelentés | |

A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

TISZTELETBELI TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. T.CSÁKY	(USA)		Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999
Dr. F.VILARDELL	(E)		Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999
Dr. D. MÜTING	(D)		Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999
Dr. L.DEMPLING	(D)		Dr. PETER Malferttheiner	(D)	2000
Dr. H.MANSUROV	(SU)		Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000
Dr. A.UGOLEV	(SU)		Dr. A.S. PENNA	(NL)	2000
Dr. M.SIURALA	(FL)		Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)		Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001
Dr. L.LAMBLING	(F)		Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001
Dr. E.GÜLZOW	(D)		Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1985	Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001
Dr. HERBERT FALK	(D)	1985	Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002
Dr. SERGE BONFILS	(F)	1985	Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	1986	Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	1986	Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	1986	Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	1987	Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. ROLF MADAUS	(D)	1987	Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	1987	Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. F.G. Renger	(D)	1987	Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	1988	Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. HERIBERT THALER	(A)	1988	Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. ANATOLIY LOGINOV	(SU)	1988	Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	1989	Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	1989	Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	1989	Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	1990	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	1990	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	1990	Dr. MICHAEL PETER MANNS	(D)	2006
Dr. HARALD HENNING	(D)	1991	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	1992	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. PETER FERENCI	(A)	1992	Dr. LÁSZLÓ G BOROS.	(USA)	2007
Dr. FRIEDRICH	(D)	1993	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
HAGENMÜLLER			Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	1993	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	1993	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	1994	Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	1994	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	1995	Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	1995	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	1996	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	1996	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	1997	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2010
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	1997	Dr. HERBERT LOCHS	(A)	2010
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	1997	Dr. ÖRDÖG TAMÁS	(USA)	2010
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	1998	Dr. CHRISTOPH RINK	(D)	2010
Dr. P. FUNCH-JENSEN	(D)	1998	Dra. ANGELS GINÈS	(ES)	2011
Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998	Dr. HEINZ HAMMER	(A)	2011
Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998	Dr. MICHAEL A. GRAY	(UK)	2011
Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999	Dr. URSULA SEIDLER	(D)	2012

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. FEHÉR JÁNOS	1987
Dr. VARRÓ VINCE	1961	Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1988
Dr. FORNET BÉLA	1962	Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1989
Dr. GÖMÖRI PÁL	1963	Dr. LAPIS KÁROLY	1990
Dr. PETRI GÁBOR	1964	Dr. SIMON LÁSZLÓ	1991
Dr. HÁMORI ARTHUR	1965	Dr. BALOGH ISTVÁN	1992
Dr. SÓS JÓZSEF	1966	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	1993
Dr. JULESZ MIKLÓS	1968	Dr. BAJTAI ATTILA	1994
Dr. KELEMEN ENDRE	1969	Dr. KISS JÁNOS	1995
Dr. JÁVOR TIBOR	1970	Dr. PAPP JÁNOS	1996
Dr. IVANICS GYÖRGY	1971	Dr. LONOVICS JÁNOS	1997
Dr. CSERNAY LÁSZLÓ	1972	Dr. TULASSAY ZSOLT	1998
Dr. RÁK KÁLMÁN	1973	Dr. PÁR ALAJOS	1999
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1974	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2000
Dr. SZARVAS FERENC	1975	Dr. SZALAY FERENC	2001
1976-ban nem adtuk ki		Dr. PAP ÁKOS	2002
Dr. WINTER MIKLÓS	1977	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2003
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1978	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2004
Dr. PETRÁNYI GYULA	1979	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2005
Dr. HOLLÁN ZSUZSA	1980	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2006
Dr. ECKHARDT SÁNDOR	1981	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2007
Dr. PREISICH PÉTER	1982	Dr. BANAI JÁNOS	2008
Dr. MÓZSIK GYULA	1983	Dr. WITTMANN TIBOR	2009
Dr. PAPP MIKLÓS	1984	Dr. OLÁH ATTILA	2010
Dr. GÁTI TIBOR	1985	Dr. VARGA GÁBOR	2011
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1986	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2012

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD

1990.	Dr. LENGYEL GABRIELLA	2002.	Dr. GASZTONYI BEÁTA
1991.	Dr. KEMPLER PÉTER	2003.	Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ
1992.	Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA	2004.	Dr. JUHÁSZ MÁRK
1993.	Dr. IZBÉKI FERENC	2005.	Dr. MIHELLER PÁL
1994.	Dr. HORVÁTH GÁBOR	2006.	Dr. SCHWAB RICHÁRD
1995.	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2007.	Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN
1996.	Dr. HEGYI PÉTER	2008.	Dr. PAPP MÁRIA
1997.	Dr. OSZTROGONÁCS HENRIK	2008.	Dr. PÁR GABRIELLA
1998.	Dr. CSEPREGI ANTAL	2009.	Dr. VENGLOVECZ VIKTÓRIA
1999.	Dr. MOLNÁR BÉLA	2010.	Dr. HRITZ ISTVÁN
2000.	Dr. NEMECZ ANDREA	2011.	Dr. SIPOS FERENC
2001.	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2012.	Dr. MALÉTH JÓZSEF

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 ZSUZSA	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. ALTORJAY ISTVÁN	2011
Dr. SZEKENI ÁGNES	1999	Dr. SOLT JENŐ	2011
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000	Dr. OROSZ PÉTER	2012
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000	Dr. TORNAI ISTVÁN	2012
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

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
12.00 - 13.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**FINANSZÍROZÁSI NEHÉZSÉGEK A
GASZTROENTEROLÓGIÁBAN ÉS A VÁRHATÓ JÖVŐ**
SZIMPÓZIUM / SYMPOSIUM)

Üléselnökök/Chairmen:

Wittmann Tibor, Szeged

Gurzó Zoltán, Gyula

Novák János, Gyula

NAGYFORGALMÚ ENDOSZKÓPOS LABOR BEVÉTELEI ÉS KIADÁSAI
Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

**MŰSZERES BEAVATKOZÁSOK FINANSZÍROZÁSA A
GASZTROENTEROLÓGIÁBAN**
Gurzó Zoltán, Gyula

**GASZTROENTEROLÓGIA FEKVŐBETEG ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSA
ÉS A HBCS KORREKCIÓ KÉRDÉSE**
Novák János, Gyula

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
14.00 - 14.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ALFAWASSERMANN SZIMPÓZIUM/ <i>ALFAWASSERMANN SYMPOSIUM</i>
--

**IBS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI – DEFINÍCIÓ, EPIDEMIOLÓGIA, DIAGNÓZIS,
TERÁPIA**

UPDATES ON IBS - DEFINITION, EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSIS AND TREATMENT
Lakatos Péter László, Budapest

IBS KEZELÉSÉNEK ÍGÉRETES LEHETŐSÉGE - EGY ÚJ SZIMBIOTIKUMMAL
A PROMISING APPROACH TO IBS WITH A NEW SYMBIOTIC

Tóth Gábor Tamás, Budapest

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
14.30-15.40

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

KAPSZULA ENDOSZKÓPIA - MINISZIMPÓZIUM

Üléselnökök/Chairmen:

Madácsy László, Székesfehérvár, **Pák Gábor**, Esztergom, **Rácz István**, Győr

- 14.30 **SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY STRUCTURED TERMINOLOGY**
Kánainé V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár Teaching Hospital, Győr, Hungary¹
- 14.40 **VISUALIZATION OF THE PAPILLA OF VATER IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPE OF CAPSULE ENDOSCOPY**
Madácsy L.¹, Jn. Balogh G.², Pák P.³, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital, Teaching Hospital of the University of Szeged, Department of Gastroenterology, Kecskemét, Hungary¹, General, Thoracic and Vascular Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary², 2nd Department of Medicine Vaszary Kolos Hospital, Esztergom, Hungary³
- 14.50 **THE EFFECT OF METOCLOPRAMIDE ON ORO-CECAL TRANSIT TIME IN PATIENTS WITH SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY**
Pák P.¹, Balogh G.², Velkei T.³, Dubravcsik Z.³, Szepes A.³, Madácsy L.³, 2nd Department of Medicine, Vaszary Kolos Hospital, Esztergom, Hungary¹, General, Thoracic and Vascular Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary², Bács-Kiskun County Hospital, Teaching Hospital of the University of Szeged, Department of Gastroenterology, Kecskemét, Hungary³
- 15.00 **SMALL BOWEL TRANSIT TIME IN PATIENTS UNDERGOING CAPSULE ENDOSCOPY: ANALYSIS OF DETERMINING FACTORS**
Szalai M.¹, Kánainé V.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Horváth Z.², Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár Teaching Hospital, Győr, Hungary¹, Széchenyi István University, Department of Mathematics and Computational Sciences, Győr, Hungary²
- 15.10 **THE EFFECTIVENESS OF RECTAL CAPSULE ENDOSCOPY WITH EGSCAN II AS THE DIAGNOSTIC METHOD FOR INVESTIGATING RECTAL BLEEDING IN LOW-RISK PATIENTS WITH SYMPTOMS SUGGESTIVE OF HAEMORRHOIDS**
Balogh Jn. G.¹, Pák P.², Madácsy L.³, Dubravcsik Z.³, Somodi K.¹, Balogh sn. G.¹, Oláh T.¹, General, Thoracic and Vascular Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary¹, 2nd Department of Medicine Vaszary Kolos Hospital, Esztergom, Hungary², Bács-Kiskun County Hospital, Teaching Hospital of the University of Szeged, Department of Gastroenterology, Kecskemét, Hungary³

15.20 MUCOSAL HEALING EFFECT OF MESALAZINE GRANULES IN NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUG – INDUCED SMALL BOWEL ENTEROPATHY: AN OPEN LABEL, UNCONTROLLED PILOT STUDY EVALUATED BY CAPSULE ENDOSCOPY

Rácz I.¹, Kánainé V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Regőczi H.¹, Horváth Z.², Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár Teaching Hospital, Győr, Hungary¹, Széchenyi István University, Department of Mathematics and Computational Sciences, Győr, Hungary²

15.30 KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA HELYE A GYERMEKKORI GASZTROINTESZTINÁLIS MEGBETEGEDÉSEK KIVIZSGÁLÁSÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN

Lásztity N.¹, Nagy A.¹, Koráné Patkás C.¹, Lőrincz M.¹, Gasztroenterológiai és Nephrológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
15.40-16.20

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HELICOBACTER PYLORI
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Buzás György, Budapest **Hersényi László**, Budapest **Tiszai Andrea**, Szeged

- 15.40 **HIGH CLARITHROMYCIN AND LEVOFLOXACIN RESISTANCE IN HELICOBACTER PYLORI STRAINS ISOLATED FROM PATIENTS IN OUR HIGH-VOLUME ACADEMIC ENDOSCOPIC CENTRE**
Hersényi L.¹, Barna Z.², Varga M.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Mihály E.¹, Székely H.¹, Müllner K.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Hungarian National Center of Epidemiology, Budapest²
- 15.50 **ÚJ TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉS H. PYLORI CLARITHROMYCIN REZISZTENCIA MEGHATÁROZÁSOK ALAPJÁN: EGY 8 ÉVES VIZSGÁLATSOROZAT EREDMÉNYEI**
Lotz G.¹, II. Pathológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest¹
- 16.00 **PREVALENCE OF HELICOBACTER PYLORI (HP) INFECTION IN SOUTH HUNGARIAN HEALTHY SUBJECTS.**
Bálint L.¹, Tiszai A.¹, Dóczi I.³, Szekeres V.², Makhajda E.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary², Department of Clinical Microbiology, University of Szeged, Szeged, Hungary³
- 16.10 **SIGNIFICANT DECREASE IN PREVALENCE OF HELICOBACTER PYLORI AND PEPTIC ULCER DISEASE OVER A 17-YEAR PERIOD**
Varga M.¹, Bittera B.¹, Láng J.¹, Juhász M.¹, Lakatos G.², Miheller P.¹, Mihály E.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Department of Oncology, Szent László Hospital, Budapest²

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
16.30 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

SEBÉSZET / SURGERY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Harsányi László, Budapest **Lukovich Péter**, Budapest

- 16.30 **A LAPAROSCOPOS SEBÉSZETI TECHNIKA ELSAJÁTÍTÁSÁBAN SZERE-
PET JÁTSZÓ TÉNYEZŐK**
Berényi B.¹, Herczeg G.¹, Lukovich P.¹, Vanca T.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Sem-
melweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika¹
- 16.45 **COLORECTALIS DAGANATOK MIATT VÉGZETT AKUT MŰTÉTEK
UTÁN ÉSZLELT SZÖVŐDMÉNYEK ELEMZÉSE**
Kári D.¹, Korsós D.², Kecskédi B.¹, Lovay Z.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹, Jahn Ferenc Dél-
pesti Kórház, Sebészet, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi
Kar, Budapest²
- 17.00 **POSTCONDITIONÁLÁS HATÁSA A LOKÁLIS ÉS SZISZTÉMÁS KÁROSO-
DÁS ALAKULÁSÁRA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR OCCLUSIO
PATKÁNYMODELLJÉBEN**
Ónody P.¹, Rosero O.¹, Pomizs I.¹, Dániel Á.¹, Hegedűs V.³, Lotz G.², Harsányi L.¹,
Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem I.sz.Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II.sz.
Patológiai Intézet², Semmelweis Egyetem Farmakognóziai Intézet³

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
14.30 –18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Nagy Ferenc**, Szeged **Miheller Pál**, Budapest

14.30 **DIAGNOSTIC ACCURACY OF NONINVASIVE FECAL MARKERS IN ULCERATIVE COLITIS**

Annaházi A.¹, Molnár T.¹, Farkas K.¹, Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Gecse K.¹, Inczei O.¹, Nagy F.¹, Földesi I.¹, Szűcs M.², Ferrier L.³, Theodorou V.³, Bueno L.³, Wittmann T.¹, Róka R.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary², Toxalim UMR 1331 INRA/INP/UPS, Neuro-Gastroenterology & Nutrition Unit, Toulouse, France³

14.40 **LONG-TERM EFFICACY AND SAFETY OF CYCLOSPORINE AS A RESCUE THERAPY IN ACUTE, STEROID-REFRACTORY SEVERE ULCERATIVE COLITIS**

Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Szűcs M.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged²

14.50 **IS SMOKING STILL AN IMPORTANT ENVIRONMENTAL FACTOR IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES? RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCIDENT COHORT**

Golovics P.¹, Lakatos L.², Pandur T.², Erdélyi Z.², Mester G.⁴, Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Molnár C.⁶, Komáromi E.⁷, Lovász B.¹, Horváth Á.³, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁶, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁷, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁸

15.00 **DIVERTICULOSIS ELŐFORDULÁSA AZ ALSÓ TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEK MIATT HOSPITALIZÁLT BETEGEKBEN**

Lengyel K.¹, Rácz F.¹, Jósa András Oktatókórház Nonprofit Kft. I. Belgyógyászat¹

15.10 **LOW RISK OF LYMPHOMA IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN WESTERN HUNGARY RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCIDENT COHORT**

Lakatos P.¹, Lovász B.¹, Horváth Á.³, Pandur T.², Erdélyi Z.², Mester G.⁴, Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Molnár C.⁶, Komáromi E.⁷, Golovics P.¹, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Lakatos L.², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁶, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁷

15.20 **A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK SZÜLÉSZETI-NŐGYÓGYÁSZATI VONATKOZÁSAI**

Kálmán J.¹, Wacha J.², SE ÁOK VI. évf.¹, SE I. sz. Sebészeti Klinika²

Üléselnökök: **Kristóf Tünde**, Miskolc

Lakatos Péter, Budapest

15.35 **A KERINGŐ ADIPOKINEK ÉS PARAOXONÁZ VIZSGÁLATA CROHN BETEGSÉGBEN**

Palatka K.¹, Seres I.², Veréb Z.³, Papp M.¹, Altörjay I.¹, Paragh G.², Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Anyegcsre Tanszék², Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Immunológiai Intézet³

15.45 **EVOLUTION OF THE DISEASE BEHAVIOR IN PEDIATRIC AND ADULT ONSET CD IN A POPULATION-BASED INCIDENT COHORT FROM WESTERN HUNGARY**

Lovász B.¹, Lakatos P.¹, Horváth Á.³, Pandur T.², Erdélyi Z.², Mester G.⁴, Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Molnár C.⁶, Komáromi E.⁷, Golovics P.¹, Kiss L.¹, Lakatos L.², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁶, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁷

15.55 **IS EARLY SURGERY ASSOCIATED WITH A MORE BENIGN DISEASE COURSE IN CROHN'S DISEASE? SURGERY RATES IN A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT FROM WESTERN HUNGARY BETWEEN 1977-2009**

Lakatos L.¹, Golovics P.², Dávid G.¹, Pandur T.¹, Erdélyi Z.¹, Horváth Á.¹, Mester G.³, Balogh M.³, Szipocs I.⁴, Molnár C.⁵, Komáromi E.⁶, Lovász B.², Kiss L.², Lakatos P.², Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁴, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁵, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁶, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁷

16.05 **A SÚLYOS STENOTIZÁLÓ/PENETRÁLÓ CROHN-BETEGSÉG ELLÁTÁSA SORÁN TAPASZTALT SZÖVŐDMÉNYEK ÉS TÁRSBETEGSÉGEK ELLÁTÁSA ÉS JELENTŐSÉGE GYAKORLATUNKBAN**

Zsigmond F.¹, Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Bogsch B.¹, Szász N.¹, Schafer E.¹, Dunkel K.¹, Rábai K.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Honvédkórháza, Gasztroenterológiai Osztály¹

16.15 **LAPAROSCOPIC RESECTION FOR CROHN'S DISEASE: SAFETY, FEASIBILITY AND SHORT-TIME OUTCOMES**

Lázár G.¹, Pieler J.¹, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Ábrahám S.¹, Baradnay G.¹, Varga L.¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

- 16.25 **EXPERIENCES WITH ELDERLY ONSET IBD**
Gecse K.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹
- 16.35 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN SZENVEDŐ BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI SZEMPONTÚ VIZSGÁLATA**
Laczkóné Majer R.¹, DEOEC-NK, Magatartástudományi Intézet, Klinikai és egészségpszichológiai Tanszék, Debrecen¹
- Üléselnökök: Újszászy László, Miskolc Palatka Károly, Debrecen*
- 16.50 **IMMUNE RESPONSE TO INFLUENZA VACCINE AND FREQUENCY OF INFLUENZA VIRUS INFECTION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ON MAINTENANCE IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY – PILOT STUDY**
Molnár T.¹, Gecse K.¹, Farkas K.¹, Terhes G.², Deák J.², Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Institute of Clinical Microbiology, University of Szeged, Szeged²
- 17.00 **PREVENTÍV OLTÁSOK GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK BEN – SAJÁT TAPASZTALATAINK**
Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Szász N.¹, Bogsch B.¹, Schafer E.¹, Dunkel K.¹, Zsigmond E.¹, Rábai K.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Honvédkórháza, Gasztroenterológiai Osztály¹
- 17.10 **EFFICACY OF DOSE INTENSIFICATION OF ANTI-TNF THERAPY IN CROHN'S DISEASE – SINGLE CENTER EXPERIENCE**
Szepes Z.¹, Farkas K.¹, Szűcs M.², Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged²
- 17.20 **IMPORTANCE OF TROUGH LEVELS AND ANTIBODY TITERS ON THE EFFICACY AND SAFETY OF INFLIXIMAB THERAPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**
Molnár T.¹, Farkas K.¹, Pallagi É.¹, Gyulai R.², Kui R.², Szepes Z.¹, Szűcs M.³, Nagy E.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged², Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged³
- 17.30 **THE CURRENT REQUIREMENT FOR SCREENING COLON CANCER IN HUNGARY**
Novák J.¹, Békés County Pándy Kálmán Hospital 3rd.Dept.of Gastroenterology, Gyula, Hungary¹
- 17.40 **D-VITAMIN SZINT MÉRÉSE GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK BEN**
Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Salamon Á.², Csontos Á.¹, Fekete B.¹, Nemes A.², Hersényi L.¹, Juhász M.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem, II.Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház, II.Sz. Belgyógyászati Osztály, Szekszárd²

17.50 **CLINICAL CHARACTERIZATION AND PRECLINICAL MODELLING OF
ADVANCED GASTROINTESTINAL MALIGNANCY**

Harisi R.¹, Olah J.², Baranyai L.³, Kornyei J.³, Kristo K.¹, Szekely G.⁴, Jeney A.²,
Department of Oncology, Péterfy Sándor Hospital, Budapest, Hungary¹, I. Institute of
Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest,
Hungary², Institute of Isotope, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary³, I.
Department of Internal Medicine-Gastroenterology, Szent János Hospital, Budapest ,
Hungary⁴

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
14.30 – 18.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

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

14.30 IMPAIRED STAT4 PHOSPHORYLATION IS ASSOCIATED WITH NON-RESPONSE TO PEG-IFN PLUS RIBAVIRIN TREATMENT IN CHRONIC HCV HEPATITIS PATIENTS

Halasz M.¹, Szereday L.¹, Berki T.², Pálinkás L.², Vincze A.³, Pár A.³, Pár G.³,
Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pecs, Hungary¹, Department of Immunology and Biotechnology, University of Pecs, Hungary², First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary³

14.40 MOLECULAR ANALYSIS OF CELL-FREE DNA USING SHO MOUSE/HT-29 COLORECTAL ADENOCARCINOMA CELL LINE XENOGRFT MODEL

Barták B.¹, Nagy Z.¹, Spisák S.², Sipos F.¹, Valcz G.², Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Tóth K.¹, Wichmann B.¹, Schöller A.¹, Leiszter K.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

14.50 ETHANOL AND NON-OXIDATIVE ETHANOL METABOLITES DECREASE THE INTRACELLULAR ATP LEVEL AND THE BICARBONATE SECRETION IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELL LINE

Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary²

15.00 A POSTCONDITIONÁLÁS HATÁSA ALSÓ VÉGTAGI ISCHAEMIÁS-REPERFÚZIÓS KÁROSODÁST KÖVETŐ GASTROINTESTINÁLIS SZÖVŐDMÉNYEK KIALAKULÁSÁRA.

Fülöp A.¹, Turóczi Z.¹, Rosero O.¹, Ónody P.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijaártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest²

15.10 POTENTIAL MRNA BIOMARKERS OF COLORECTAL DYSPLASIA-CARCINOMA TRANSITION BASED ON GENE EXPRESSION ANALYSES

Kalmár A.¹, Galamb O.², Spisák S.², Tóth K.¹, Wichmann B.¹, Sipos F.¹, Valcz G.², Leiszter K.¹, Patai V. Á.¹, Schöller A.¹, Fúri I.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

15.20 METODIKAI MÓDSZER FEJLESZTÉSE VIZELET TIROZIN-SZULFÁT MEGHATÁROZÁSA CÉLJÁBÓL

Csomó K.¹, Kukor Z.¹, Semmelweis Egyetem, Orvosi Vegytani, Molekuláris Biológiai és Patobiokémiai Intézet, Budapest¹

15.30 INTRACELLULÁRIS PH SZABÁLYOZÁS AMELOBLASZT EREDETŰ SEJTEKBEN – BIKARBONÁT TRANSPORTFOLYAMATOK FUNKCIONÁLIS VIZSGÁLATA

Bori E.¹, Varga G.¹, Bronckers A.², Orálbiológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Department of Oral Cell Biology ACTA, University of Amsterdam and VU University, Amsterdam²

15.40 DIFFERENT SOMATOSTATIN (SST) PRODUCTION IN THE BACKGROUND OF CONTROLLED AND UNCONTROLLED CELL PROLIFERATION IN COLONIC MUCOSA

Leiszter K.¹, Galamb O.², Sipos F.¹, Krenács T.³, Veres G.⁴, Wichmann B.¹, Patai V. Á.¹, Kalmár A.¹, Valcz G.¹, Tóth K.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

15.50 ADAPTÍV MECHANIZMUSOK A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN. A VÉKONYBÉL KERINGÉSZAVARAINAK MÉRSÉKLÉSE POSTCONDICIONÁLÁSSAL

Szijártó A.¹, Ónody P.¹, Rosero O.¹, Pomizs I.¹, Dániel Á.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet²

16.00 THE MRNA CYTOKINE PROFILE OF HT-29 CELLS TREATED WITH HUMAN DNA ISOLATED FROM HUMAN COLON CANCER CELLS

Fűri I.¹, Spisák S.², Patai V. Á.¹, Sipos F.¹, Wichmann B.¹, Galamb O.², Valcz G.², Kalmár A.¹, Péterfia B.³, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

SZÜNET

16.30 ROLE OF ENDOGENOUS OPIOIDS AND PERIPHERAL MUCOSAL PROTECTIVE FACTORS IN CENTRALLY INDUCED GASTROPROTECTION

Tóth V.¹, Zádori Z.¹, Brancati S.², Németh J.³, Gyires K.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary¹, Department of Pharmaceutical Sciences, Pharmacology Section, University of Catania, Catania, Italy², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4032, Debrecen, Hungary³

16.40 NON-CONJUGATED BILE ACIDS INDUCE ATP DEPLETION, MITOCHONDRIAL DAMAGE AND INHIBIT THE ION TRANSPORT MECHANISMS IN HUMAN COLONIC CRYPTS

Pallagi-Kunstár É.¹, Farkas K.¹, Rakonczay Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Venglovecz V.², Rázga Z.³, Maléth J.¹, Orbán K.¹, Tóth K.¹, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary³

16.50 AUTOMATED CLASSIFICATION OF COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA IN TISSUE BIOPSIES USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE BASED IMAGE EVALUATION

Wichmann B.¹, Ittész P.², Valcz G.³, Szabó D.², Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.³, Tulassay Z.³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 3DHISTECH Ltd. Budapest, Hungary², Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary³

Üléselnökök/Chairmen: **Gyires Klára**, Budapest **Hegyi Péter**, Szeged

17.00 CIRCULATING, PLASMA MUCLEIC ACIDS ARE ENDOGENOUS ACTIVATORS OF STEM AND IMMUNE CELLS THROUGH TOLL-LIKE RECEPTORS

Molnár B.¹, Spisák S.¹, Valcz G.¹, Sipos F.², Galamb O.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

17.10 INVESTIGATION OF PANCREATIC DUCTAL FLUID AND HCO₃-SECRETION IN NHERF1 KNOCKOUT AND WILD-TYPE MICE

Pallagi P.¹, Kumar Singh A.³, Hegyi P.¹, Venglovecz V.², Engelhardt R.³, Riederer B.³, Takács T.¹, Wittmann T.¹, Seidler U.³, Rakonczay Jr. Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged², Department of Gastroenterology, Hepatology, and Endocrinology, Medical School of Hannover, Germany³

17.20 INVESTIGATION OF THYMIDYLATE SYNTHASE GENE POLYMORPHISM IN COLON CANCER PATIENTS

Schöller A.¹, Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Galamb O.¹, Spisák S.¹, Sréter L.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

17.30 BÉLKÁROSODÁS: AZ ALSÓ VÉGTAGI VERŐÉRELZÁRÓDÁSOK KÖZVETETT, ILLETVE A MESENTERIÁLIS OKKLÚZIÓ KÖZVETLEN SZÖVŐDMÉNYE

Turóczi Z.¹, Rosero O.¹, Ónody P.¹, Hegedüs V.¹, Fülöp A.¹, Czigány Z.¹, Kovács T.¹, Garbaisz D.¹, Kleiner D.³, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest², Semmelweis Egyetem, Farmakognózi Intézet, Budapest³

17.40 POSZTKONDITIONÁLÁS HATÁSA RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ KIREKESZTÉS KÖVETŐEN PATKÁNY MÁJ ISCHAEMIA-REPERFÚZIÓS MODELLBEN

Rosero O.¹, Garbaisz D.¹, Hegedűs V.¹, Ónody P.¹, Tamás J.¹, Kocsis I.², Lotz G.³, Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Központi Labor, Budapest², Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest³

17.50 IDENTIFICATION OF CIRCULATING MICRORNA PATTERN ALTERATION DURING THE TUMOR DEVELOPMENT USING C38/C57BL/6 MOUSE TUMOR MODEL

Nagy Z.¹, Barták B.¹, Spisák S.², Wichmann B.¹, Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Schöller A.¹, Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
18.00 - 18.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MINDENNAPI GONDOSKODÁS AZ IBS (IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMA) KEZELÉSÉBEN ABBOTT SZIMPÓZIUM/ <i>ABBOTT SYMPOSIUM</i>

HALADÁS AZ IBS DIAGNOSZTIKÁJÁBAN
Székely György, Budapest

DUSPATALIN A NAPI GYAKORLATBAN
Hunyady Béla, Kaposvár

2012. június 3. Vasárnap
3 June, Sunday
18.30 - 19.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

JANSSEN SZIMPÓZIUM/ <i>JANSSEN SYMPOSIUM</i>
--

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
8.30 - 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

AZ IBD KEZELÉSÉNEK AKTUALITÁSAI FERRING SZIMPÓZIUM/ FERRING SYMPOSIUM

Üléselnökök/ Chairmen:

5-ASA KEZELÉS AKTUALITÁSAI A BIOLÓGIAI KEZELÉSEK IDEJÉN
Bene László, Budapest

BESZÁMOLÓ AZ IBD 10 KONGRESSZUS ÚJDONSÁGAIRÓL
Lőrinczy Katalin, Budapest

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**A GI RENDSZER KERINGÉS-ZAVARAI, KRITIKUS
ISCHAEMIA ÉS ADAPTÍV MECHANIZMUSOK A
GASZTROENTEROLÓGIÁBAN /**
*ALTERED CIRCULATION IN GI TRACT DISEASES. CRITICAL
ISCHEMIA AND ADAPTIVE MECHANISMS*
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátor: Harsányi László, Budapest *Szijártó Attila*, Budapest

**A VÉKONYBÉLKERINGÉS FIZIOLÓGIÁJA, ISCHAEMIAS KÓRÁLLAPOTOK
JELLEMZÉSE**

PHYSIOLOGY OF THE SMALL INTESTINE AND INTESTINAL ISCHEMIAS

Boros Mihály, Szeged

**KRITIKUS ISCHAEMIA ÉS BEFOLYÁSOLÁSA, TÁVOLI SZERVI DYSFUNCTIONOK
MEGÍTÉLÉSE**

CRITICAL ISCHEMIA AND ITS MODULATION, REMOTE ORGAN FAILURE AFTER
INTESTINAL ISCHEMIA

Szijártó Attila, Budapest

**IMPACT OF THE BACTERIAL FLORA AND THE PROBIOTICS ON INTESTINAL
HOMEOSTASIS**

AZ ÉLŐ FLÓRA SZEREPE AZ ADAPTÁCIÓBAN

Herbert Lochs, Innsbruck, Germany

AZ ISCHAEMIAS COLITIS KLINIKUMA

THE ISCHEMIC COLITIS

Demeter Pál, Budapest

SEBÉSZTECHNIKAI LEHETŐSÉGEK RÖVIDBÉL SZINDRÓMA KEZELÉSÉBEN.

SURGICAL TECHNIQUES IN THE TREATMENT OF THE SHORT BOWEL SYNDROME

Cserni Tamás, Nyíregyháza

**AZ ISCHAEMIA PARADOXONA A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN -
PROGRAMOZOTT MÁJREGENERÁCIÓ.**

PARADOXES OF THE ISCHEMIA - PLANNED LIVER REGENERATION

Hahn Oszkár, Budapest

11.05 – 11.35

**AZ ENDOSCOPOS VIZSGÁLATOK OPTIMÁLIS KLINIKAI
FELHASZNÁLÁSA, AVAGY „UNDERUSE” „OVERUSE” AZ
ENDOSCOPIÁBAN**

*OPTIMAL CLINICAL USE OF ENDOSCOPY. „UNDERUSE – OVERUSE” IN
ENDOSCOPY*

(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök: **Hersényi László**, Budapest

Előadó/Lecturer: **Bene László**, Budapest

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
11.45 - 12.45

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

OLYMPUS-ANAMED SZIMPÓZIUM/ OLYMPUS-ANAMED *SYMPOSIUM*

Üléselnökök/ Chairmen:

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
14.00 - 14.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

RICHTER GEDEON SZIMPÓZIUM/ <i>RICHTER GEDEON SYMPOSIUM</i>
--

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

A SAVGÁTLÁS VALÓS HELYZETE
THE REALITIES OF GASTRIC ACID SUPPRESSION
Hersényi László, Budapest

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
14.30 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbldeon Hall

PANCREAS
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Pap Ákos**, Budapest **Takács Tamás**, Szeged

14.30 ORSZÁGOS PANKREÁSZ REGISZTER: UPDATE

Hegyi Péter, Szeged

14.40 THE EFFECT OF TOXIC FACTORS ON THE EXPRESSION AND FUNCTION OF AQPS IN A PANCREATIC DUCTAL CELL LINE

Venglovecz V.¹, Kemény L.², Rakonczay Z.³, Zvara Á.⁴, Puskás L.⁵, Hegyi P.⁶,
 Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Laboratory of Functional Genomics, Biological Research Centre, Szeged, Hungary³

14.50 ACTIVATION OF HUMAN CHYMOTRYPSINOGEN ISOFORMS

Geisz A.¹, Szabó A.², Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Széll M.³, Sahin-Tóth M.², 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, USA², Dermatological Research Group of the Hungarian Academy of Sciences, University of Szeged, Szeged, Hungary³

15.00 ETHANOL AND ITS METABOLITES INHIBIT CFTR CHANNEL ACTIVITY IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCT CELLS

Judák L.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Gray M.², Venglovecz V.³, First Department of Medicine University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy University of Szeged, Szeged, Hungary³

Üléselnökök/Chairmen: **Czakó László**, Szeged **Kelemen Dezső**, Pécs

15.10 AMPULLARY INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASM-IS IT MAIN DUCT TYPE OR BRANCH TYPE IPMN?

Pap Á.¹, Tarpay Á.¹, Burai M.¹, Pozsár J.¹, Nagy T.², Bak M.³, Zs.Tóth E.³, Szőke J.³,
 National Institute of Oncology, Dept. of Gastroenterology¹, National Institute of Oncology, Dept. of Chemotherapy², National Institute of Oncology, Dept. of Cytopathology³ Budapest, Hungary³

15.20 PANCREASTUMOR VAGY AUTOIMMUN PANCREATITIS? DILEMMÁK EGY REZEKÁLT BETEG ESETÉNEK ISMERETÉBEN

Mersich T.¹, Dede K.¹, Szilágyi I.¹, Besznyák I.¹, Nagy P.², Taller A.³, Bursics A.¹,
 Sebészeti-Érsebészeti Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest², Gasztroenterológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest³

15.30 **A HASNYÁLMIRIGY MÁSODLAGOS TUMORAIRÓL**

Bursics A.¹, Mersich T.¹, Besznyák I.¹, Pörneczi B.¹, Fekete A.¹, Ping O.¹, Salamon F.²,
Uzsoki utcai Kórház Sebészeti Érsebészeti Osztály¹, Uzsoki utcai Kórház Patológiai
Osztály²

15.40 **KÖZÖS EPEVEZETÉK TUMORT UTÁNZÓ AUTOIMMUN PANCREATITIS ESETE**

Papp R.¹, Pár G.², Horváth Ö.¹, Bogner B.³, Kelemen D.¹, PTE KK Sebészeti
Klinika¹, PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika², PTE Patológiai Intézet³

15.50 **FELNŐTTKORI PANCREAS HAEMANGIOMA: ESETTANULMÁNY ÉS IRODALMI ÁTTEKINTÉS**

Pörneczi B.¹, Gyökeres T.², Bély M.³, Bursics A.¹, Uzsoki utcai Kórház Sebészeti
Érsebészeti Osztály¹, Honvéd Kórház, Gastroenterológiai Osztály², Budai Irgalmasrendi
Kórház, Kórszövettani Osztály³

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
16.00-17.50

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chairmen:

Czakó László, Szeged

Gurzó Zoltán, Gyula

Solt Jenő, Pécs

16.00 **GASTROESOPHAGEALIS REFLUX BETEGSÉG EPIDEMIOLOGIAI VIZSGÁLATA**

Fekete B.¹, Csontos Á.¹, Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Hersényi L.¹, Juhász M.¹, Tulassay Z.¹, SE II. sz. Belgyógyászati Klinika¹

16.10 **OUR CASES WITH EOSINOPHILIC OESOPHAGITIS, PITFALLS AND LESSONS**

Solt J.¹, Kálmán E.², Illés A.¹, Szepes A.³, Pakodi F.¹, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs², Bács-Kiskun County Hospital, Department of Gastroenterology³

16.20 **ENDOSCOPIC DIVERTICULOSTOMY AND TRADITIONAL OPEN DIVERTICULECTOMY IN THE TREATMENT OF ZENKER'S DIVERTICULUM**

Ábrahám S.¹, Simonka Z.¹, Paszt A.¹, Róvó L.², Ottlakán Jr. A.¹, Lázár G.¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged¹, Oto-Rhino-Laryngology and Head Neck Surgery Department, University of Szeged, Szeged²

16.30 **MALIGNUS NYELŐCSŐ OBSTRUKCIÓ ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTEKSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK 2003-2012.**

Tolmácsi B.¹, Rábai K.¹, Szamosi T.¹, Schafer E.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Honvédkórháza, Gasztroenterológiai Osztály¹

16.40 **FOLLOW UP AND EDIFICATIONS OF OUR DUODENUM CARCINOMA CASES 2008-2011**

Bakcsy Magyarosi D.¹, Kokas M.¹, Goda M.¹, Pécsi G.¹, Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

16.50 **IATROGÉN STRESSZ AZ ENDOSZKÓPIÁN**

Bíró G.¹, Székely G.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai osztály¹

Üléselnökök/Chairmen:

Novák János, Gyula **Taller András**, Budapest

Vincze Áron, Pécs

17.00 **GASTRITIS STAGING IN CLINICAL PRACTICE BY OLGA (OPERATIVE LINK FOR GASTRITIS ASSESSMENT) SYSTEM – EVALUATION OF GASTRIC MUCOSAL ATROPHY AND METAPLASIA**

Szabó I.¹, Illés A.¹, Gódi S.¹, Czimmer J.¹, Pár G.¹, Pakodi F.¹, Márton B.², Hegedűs I.², Kravják A.², Bogner B.², Pajor L.², Vincze Á.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs²

- 17.10 **A GYOMOR POLYPOID KÉPLETEINEK EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATA**
Csontos Á.¹, Fekete B.¹, Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Berczi L.², Nagy P.², Hersényi L.¹,
Juhász M.¹, Tulassay Z.¹, SE II. sz. Belgyógyászati Klinika¹, I. Sz. Patológiai és Kísérleti
 Rákkutató Intézet²
- 17.20 **PEG-BEHELYEZÉS 2011. ÉVBEN INTÉZETÜNKBEN**
Danicz I.¹, Homoky Z.¹, Zentai Á.¹, Nagy B.¹, IV. Belgyógyászat-Gasztroenterológia,
 Pest Megyei Flór Ferenc Kórház¹
- 17.30 **PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMA BEÜLTETÉSÉVEL SZERZETT
 TAPASZTALATAINK AZ ELMÚLT 7 ÉV SORÁN**
Czuczor V.¹, Rácz F.¹, Ágoston L.¹, Czirják K.¹, Lengyel K.¹, Jósa András Oktatókórház
 Nonprofit Kft., I. Belgyógyászat, Nyíregyháza¹
- 17.40 **DIFFICULTIES OF PEG TUBE INSERTION IN PATIENTS WITH UPPER GI
 TRACT STRICTURES**
Gódi S.¹, Vincze Á.¹, Pakodi F.¹, Solt J.¹, 1st Department of Internal Medicine,
 University of Pécs¹

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
14.30 – 16.10

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

MOTILITÁS / MOTILITY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnök/Chairman: **Wittmann Tibor**, Szeged **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár

14.30 FUNCTIONAL EVALUATION OF METAPLASTIC HUMAN OESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS

Laczkó D.¹, Venglovecz V.², Hegyí P.¹, Rakonczay Z.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary²

14.40 ENDOSCOPIC RADIOFREQUENCY ABLATION (HALO-RFA) OF THE METAPLASTIC MUCOSA IN PATIENTS WITH BARRETT'S ESOPHAGUS. THE FIRST HUNGARIAN EXPERIENCE.

Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Annaházi A.¹, Laczkó D.¹, Kocsis M.¹, Fuszkó M.¹, Polyák É.¹, Benkő É.¹, Vadászi K.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹

14.50 PREDICTIVE FACTORS OF THE THERAPEUTIC EFFECTIVENESS IN THE TREATMENT OF ACHALASIA WITH BALLOON DILATION

Illés A.¹, Vincze Á.¹, Solt J.¹, 1st. Dept. of Medicine, Medical University of Pécs¹

15.00 PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS

Király Á.¹, VDMM Diagnosztikai Komplexum Pécs¹

15.10 ALTE-SYNDROMA, MINT A GASTROOESOPHAGEALIS REFLUXBETEGSÉG KORAI EXTRAESOPHAGEALIS MANIFESTATIOJA

Bódi P.¹, Kolozsvári E.¹, Köteles R.², Sipos P.¹, Pándy Kálmán Megyei Kórház Gyermekosztály¹, Pándy Kálmán Megyei Kórház Radiológiai Osztály²

Üléselnök/Chairman: **Király Ágnes**, Szeged **Rosztóczy András**, Szeged

15.20 ULTRASONOGRAPHIC STUDY OF ANTRAL MOTILITY IN PATIENTS WITH BARRETT'S OESOPHAGUS AND EROSIIVE OESOPHAGITIS

Izbéki F.², Sipos Z.¹, Gyorgyev K.¹, Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Ollé G.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, 1st Department of Medicine, Szent György County Hospital, Székesfehérvár²

15.30 EVALUATION OF THE POSSIBLE PREDICTIVE FACTORS OF IMPAIRED GASTRIC EMPTYING IN TYPE-1 DIABETIC PATIENTS

Várkonyi T.¹, Takács R.¹, Lengyel C.¹, Lázár M.², Papós M.², Pávics L.², Kempler P.³, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Nuclear Medicine, University of Szeged², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest³

15.40 CORRELATION OF ABDOMINAL PAIN WITH FECAL CYSTEIN-PROTEASE ACTIVITY IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME PATIENTS WITH CONSTIPATION (IBS-C)

Róka R.¹, Annaházi A.¹, Béziard V.², Ferrier L.², Eutamene H.², Inczei O.¹, Gecse K.¹, Rosztóczy A.¹, Molnár T.¹, Ringel Y.³, Ringel-Kulka T.³, Piche T.⁴, Theodorou V.², Wittmann T.¹, Bueno L.², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, INRA, UMR1331, Neuro-Gastroenterology and Nutrition Team, Toulouse, France², Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, School of Medicine, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA³, Department of Gastroenterology, INSERM U576, Hôpital de l'Archet II, Nice, France⁴

15.50 FIBRE INTAKE IN PATIENTS WITH CONSTIPATION OR SELF-DEFINED CONSTIPATION

Komár A.¹, Király Á.¹, Villa Doctoris Medici Magánrendelő és Diagnosztikai Komplexum, Pécs

16.00 SPORT, TESTOSTERONE, REFLUX, PPI, FUNDOPLICATION AND THERAPY REFRACTER CHRONIC ABDOMINAL PAIN IN THE CASE OF A YOUNG MALE.

Czimmer J.¹, Szabó I.¹, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, Clinical Centre, Gastroenterology Ward, University of Pécs¹

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
16.10 – 17.35

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

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

Üléselnökök/Chairmen: **Szebeni Ágnes**, Budapest **Székely György**, Budapest

16.10 **KÖZGYŰLÉS**

16.25 **Regöly-Mérei János Emlékelőadás**

SEBÉSZETI ULTRAHANG DIAGNOSZTIKA EGYES KÉRDÉSEI

Baricza S.¹, Kelen Kórház Kft. - Budapest¹

16.45 **MUCOCELE OF THE APPENDIX OBSERVED BY THREE DIMENSIONAL AND COLOR-DOPPLER ULTRASOUND**

Székely G.¹, Siket F.¹, Szilvás Á.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

16.55 **NON-HODGKIN MALIGNANT LYMPHOMA OF GASTROINTESTINAL TRACT DETECTED BY ULTRASONOGRAPHY**

Szilvás Á.¹, Arató G.², Székely G.¹, Csomor J.³, Gastroenterology Dept., St . Janos Hospital, Budapest¹, Pathology Dept., St . Janos Hospital, Budapest², 1st Institute of Pathology, Semmelweis Univ., Budapest³

17.05 **VIRTUAL COLON DISSECTION TOOL USED IN CT COLONOGRAPHY FOR DETECTION OF SMALL POLIPS, COMPARISON WITH A CONVENTIONAL ENDOLUMINAL VIEW,.**

Tóth G.¹, Euromedic Diagnosztikai Központ¹

17.15 **DER STELLENWERT DER TRANSABDOMINELLEN SONOGRAFIE ALS ERSTBILDGEBUNG BEI UNKLAREN BAUCHSCHMERZEN: DATEN AUS EINEM KRANKENHAUS DER GRUND- UND REGELVERSORGUNG.**

Csepregi A.², Höhn T.¹, Ho C.¹, Klinik für Innere Medizin, Hufeland Klinikum Bad Langensalza GmbH¹, Medizinische Klinik, DiaMed Clinic Neuendettelsau²

17.25 **VÉLETLENSZERŰEN FELFEDEZETT MÁJMETASTASIS – VAGY NEM?**

Takács R.¹, Hamvas J.¹, Benedek G.², Szabó M.³, Szabó A.³, Bajcsy-Zsilinszky kh. I.Belgyógyászat Gasztroenterológia¹, Bajcsy- Zsilinszky kh. Sebészet², Bajcsy- Zsilinszky kh. Patológia³

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
14.30 - 15.20

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG / ENDOSCOPY ULTRASAUND

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Hamvas József, Budapest **Szepes Attila**, Kecskemét **Szepes Zoltán**, Szeged

**14.30 A TERÁPIÁS ENDOSCOPOS ULTRAHANG ÉS A HAGYOMÁNYOS EPEÚTI
INVAZÍV ENDOSCOPIA EGYÜTTES ALKALMAZÁSA AZ EPEÚTI ÉS
HASNYÁLMIRIGY BETEGSÉGEKBEN**

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

**14.40 ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY
IN DIAGNOSIS OF PANCREATIC LESIONS: A CASE REPORT**

Igaz I.¹, Topa L.¹, Sahin P.¹, Szent Imre Hospital Dept. of Gastroenterology¹

14.50 ENDOSZONOGRÁFIA, MINT DIAGNOSZTIKUS REVIZOR

Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Farkas K.¹, Kiss T.¹, Wittmann T.¹, Szegedi
Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

**15.00 OUR RESULTS OF MEDIASTINAL ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED
FINE NEEDLE ASPIRATION**

Dubravcsik Z.¹, Serényi P.², Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital,
Gastroenterology Department and OMCH Hungary Ltd, Kecskemét¹, Bács-Kiskun
County Hospital, Pathology Department, Kecskemét²

15.10 DIAGNOSIS OF GASTRIC GISTS

Terzin V.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, Czakó L.¹, 1st Department of Medicine,
University of Szeged, Szeged¹

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
15.20 – 17.55

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Peták István**, Budapest **Kopper László**, Budapest

15.20 POST-PROGRESSION OFF-LABEL TRASTUZUMAB TREATMENT OF HER2 AMPLIFIED METASTATIC GASTRIC CANCER – CASE STUDY

Sahin P.¹, Tóth L.¹, Böszörményi K.², Nagy Z.³, Zaka Z.⁴, Schwab R.⁵, Peták I.⁵, Oduncu F.⁶, Dank M.⁷, Topa L.¹, Department of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest¹, Department of Radiology, St. Imre Hospital, Budapest², Department of Oncology, St. Imre Hospital, Budapest³, Department of Radiotherapy, National Institute of Oncology, Budapest⁴, KPS Molecular Diagnostic Centre, Budapest⁵, Hematology and Oncology of Department, LMU, Medical Clinic, München, Germany⁶, Radiological and Clinical Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest⁷

15.35 A KRAS, NRAS, BRAF ÉS PIK3CA MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKÁJÁNAK JELENTŐSÉGE VASTAGBÉLDAGANATBAN SZENVEDŐ BETEGEK SZEMÉLYRE SZABOTTABB KEZELÉSÉBEN

Szekely C.¹, Várkonyi E.², Pintér F.², Szabó E.², Kövesdi A.², Schwab R.², Telekes A.¹, Peták I.², Onkológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest²

15.50 DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NEUROENDOCRIN TUMORS TODAY

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Soós I.¹, Pink T.¹, Szakál G.², Horváth I.², Bodor A.², Varga M.¹, Gastroenterology Department, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹, Pathology, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba²

16.05 EPIGENETIC ALTERATIONS IN COLORECTAL ADENOMAS OUTNUMBER THOSE IN CANCER. IS ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE A NON-SEQUENTIAL PROCESS AT THE MOLECULAR LEVEL?

Patai V. Á.¹, Galamb O.², Valcz G.², Kalmár A.¹, Patai Á.³, Péterfia B.⁴, Wichmann B.¹, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Schöller A.¹, Füri I.¹, Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 1st Department of Internal Medicine, Sopron County Elisabeth Hospital, Sopron, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

16.20 COMPARISON OF PLASMA METHYLATED SEPT9 SCREENING MARKER IN BOTH LEFT-AND RIGHT- SIDED COLON CANCER TO GFOBT AND CEA RESULTS

Tóth K.¹, Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Schöller A.¹, Leiszter K.¹, Valcz G.², Wichmann B.¹, Sipos F.¹, Stöhr R.³, Golcher H.⁴, Schellerer V.⁴, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Institute for Pathology, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Germany³, Department of Surgery, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Germany⁴

Üléselnökök/Chairmen: **Molnár Béla**, Budapest **Pap Ákos**, Budapest

16.40 BETEGUTAK HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMÁBAN

Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Herman B.¹, Ruzsa Á.², Nagy G.³, Wattay P.⁴, Bali O.⁵, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház Belgyógyászat¹, Zala Megyei Kórház Onkológia², Zala Megyei Kórház Radiológia³, Zala Megyei Kórház Sebészet⁴, Zala Megyei Kórház Patológia⁵

16.55 LEHETŐSÉGEK A MÁJ, EPEUTAK ÉS HASNYÁLMIRIGY DAGANATOK MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSÉBEN

Káposztás Z.¹, Gődény M.¹, Láng I.¹, Pap Á.¹, Tóth L.¹, Országos Onkológiai Intézet¹

17.10 KEMOTERÁPIÁT KÖVETŐ MÁJREZEKCIÓ CRC-S BETEGEKEN

Dede K.¹, Mersich T.¹, Besznyák I.¹, Teknős D.¹, Pörnczi B.¹, Salamon F.², Landherr L.³, Bursics A.¹, Sebészeti-Érsebészeti Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest², Onkológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest³

17.25 PERCUTÁN IMPLANTÁLT PALLIATÍV EPEÚTI STENT CSERÉJE ENDOSZKÓPPAL BEHELYEZETT FÉMSTETTEL, AVAGY KÉSEI „RANDEZ-VOUS” TECHNIKA

Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Burai M.¹, Kásler M.², Szentirmay Z.³, Nagy T.⁴, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Részleg¹, Országos Onkológiai Intézet², Országos Onkológiai Intézet, Daganatpatológia³, Országos Onkológiai Intézet, Kemoterápia⁴

17.40 RECTUMTUMOROK NEOADJUVÁNS CHEMO-RADIOTHERAPIÁJA A SEBÉSZ SZEMSZÖGÉBŐL: LÉTEZIK SZEMÉLYRE SZABOTT KEZELÉS?

Besznyák I.¹, Szentpétery F.¹, Mersich T.¹, Dede K.¹, Teknős D.¹, Szilágyi I.¹, Ping O.¹, Bursics A.¹, Sebészeti-Érsebészeti Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest¹

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
18.00 - 18.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

METEOSPASMYL AZ EVIDENCIÁK TÜKRÉBEN SAGER PHARMA SZIMPÓZIUM/ SAGER PHARMA SYMPOSIUM

Üléselnök/ Chairman: **Rosztóczy András**, Szeged

Előadó: **Wittmann Tibor**, Szeged

2012. június 4. Hétfő
4 June, Monday
18.30 - 19.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

TIHANYTÓL – TIHANYIG (2011-2012)
AZ ELMÚLT ÉV SZAKMAI ÚJDONSÁGAI,
ÉRDEKESSÉGEI A GASZTROENTEROLÓGIA
NÉHÁNY KIEMELT TERÜLETÉN
HIGHLIGHTS IN GASTROENTEROLOGY
FROM TIHANY TO TIHANY (2011-2012)
TAKEDA SZIMPÓZIUM/ TAKEDA SYMPOSIUM

Üléselnök: **Tulassay Zsolt**, Budapest

Wittmann Tibor, Szeged

SAVFÜGGŐ BETEGSÉGEK

ACID RELATED DISORDERS

Hersényi László, Budapest

IBD

IBD

Nagy Ferenc, Szeged

GASZTROINTESZTINÁLIS TUMOROK

GI TUMORS

Altorjay István, Debrecen

ÉTEL ALLERGIA ÉS INTOLERANCIA

FOOD ALLERGY AND INTOLERANCE

Novák János, Gyula

MÁJBETEGSÉGEK

LIVER DISEASES

Szalay Ferenc, Budapest

COELIAKIA

COELIAKIA

Juhász Márk, Budapest

2012. június 5. Kedd
5 June, Tuesday
8.30 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**AZ ÁTTÉTES VASTAGBÉLRÁK CÉLZOTT KOMPLEX KEZELÉSE
ONCOMPASS COLON™ DIAGNOSZTIKAI PANEL ALKALMAZÁSA
NYOMÁN**

MEDSERV-KPS SZIMPÓZIUM/ MEDSERV-KPS SYMPOSIUM

Előadók / Lecturers:

Schwab Richárd, Budapest

Horváth Örs Péter, Pécs

9.00 – 11.00

**A TÁPCSATORNAI ONKOLÓGIA AKTUÁLIS KÉRDÉSEI:
EPIDEMIOLÓGIA, SZŰRÉS, KEMOPREVENCIÓ, KORSZERŰ
SEBÉSZI ELVEK, SUGÁRTERÁPIA LEHETŐSÉGEI,
CÉLZOTT BIOLÓGIAI KEZELÉSI MÓDOK /**

*ACTUAL QUESTIONS IN GASTROINTESTINAL ONCOLOGY:
EPIDEMIOLOGY-SCREENING-CHEMOPREVENTION-MODERN
SURGICAL PRINCIPLES- OPTIONS FOR RADIOTHERAPY- NEW
TARGETED CHEMOTHERAPY
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)*

Moderátorok: Tulassay Zsolt, Budapest *Altörjay István*, Debrecen

9.00 **A HAZAI TÁPCSATORNAI DAGANATOK EPIDEMIOLÓGIAI MUTATÓI AZ
ELMÚLT ÉVTIZEDEKBEN**

EPIDEMIOLOGIC DATA ABOUT GI TUMOURS IN HUNGARY

Lakatos László, Veszprém

9.15 **ONKOGENETIKAI ISMERETEINK A TÁPCSATORNAI TUMOROKBAN.
ONCOGENETIC COMPONENTS IN GI TUMOUR**

Lakatos Péter, Budapest

9.30 **AZ ONKOLÓGIAI SZŰRÉSEK ÁLTALÁNOS ELVEI ÉS KONKRÉT
GYAKORLATI TEENDŐI, SZŰRŐVIZSGÁLATOK A VASTAGBÉLBN
PRINCIPLES AND PRACTICAL POINTS OF SCREENING IN ONCOLOGY,
ESPECIALLY IN COLORECTAL TUMOURS**

Rác István, Győr

9.45 **A KEMOPREVENCIÓ TUDOMÁNYOS MEGALAPOZOTTSÁGA A
GASZTROENTEROLÓGIÁBAN
IS THERE A SCIENTIFIC BACKGROUND FOR CHEMOPREVENTION IN GI
ONCOLOGY?**

Hersényi László, Budapest

**A TÁPCSATORNAI ONKOLÓGIA AKTUÁLIS KÉRDÉSEI: EPIDEMIOLÓGIA, SZŰRÉS, KEMOPREVENCIÓ, KORSZERŰ
SEBÉSZI ELVEK, SUGÁRTERÁPIA LEHETŐSÉGEI, CÉLZOTT BIOLÓGIAI KEZELÉSI MÓDOK /**
*ACTUAL QUESTIONS IN GASTROINTESTINAL ONCOLOGY: EPIDEMIOLOGY-SCREENING-CHEMOPREVENTION-MODERN
SURGICAL PRINCIPLES- OPTIONS FOR RADIOTHERAPY- NEW TARGETED CHEMOTHERAPY
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)*

- 10.00 **A RÁKELŐZŐ ÁLLAPOTOK RÖVID PATHOLÓGIAI ÁTTEKINTÉSE**
PATHOLOGIC OVERVIEW OF PRECANCEROUS CONDITIONS IN GI TRACT
 Tiszlavicz László, Szeged
- 10.15 **A KORSZERŰ SUGÁRTERÁPIA A GASTROENTEROLÓGIÁBAN –
 NYELŐCSŐ, GYOMOR, RECTUM, PANCREAS**
PLACE OF MODERN RADIOTHERAPY IN GASTROINTESTINAL TUMOURS
 Hideghéty Katalin, Szeged
- 10.30 **A VASTAGBÉL ÉS RECTUM KORSZERŰ ONKOLÓGIAI SEBÉSZETE**
PRINCIPLES OF MODERN SURGERY IN COLORECTAL TUMOURS
 Damjanovich László, Debrecen
- 10.45 **A CÉLZOTT ONKOTHERÁPIA ÚJDONSÁGAI (IMATINIB, SORAFENIB,
 TRASTUZUMAB ETC.)**
NEW POSSIBILITIES FOR TARGETED ONCOTHERAPY
 Sréter Lidia, Budapest

11.05 – 11.35

URGENS ERCP: KINEK, MIKOR, HOGYAN?

URGENS ERCP: WHO, WHEN, HOW?
 (REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök/Chairman: **Gasztonyi Beáta**, Zalaegerszeg

Előadó/Lecturer: **Czakó László**, Szeged

2012. június 5. Kedd
5 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:

Pap Ákos, Budapest

Bene László, Budapest

Poszterbíráók:

Magyar Anna, Budapest, **Bajor Judit**, Pécs, **Simon Károly**, Budapest, **Schaff Zsuzsa**, Budapest,
Szalay Ferenc, Budapest, **Czakó László**, Szeged, **Schwab Richard**, Budapest,
Harsányi László, Budapest, **Vereczkei András**, Pécs

1. **SEVERAL COLOURFUL APPEARENCES OF MECKEL'S DIVERTICULUM IN ADULTS – 7 CASES**
Bogsch B.¹, Schafer E.¹, Visnyei Z.¹, Harmos F.², Iványi A.², Kardos K.³, Kósa R.⁴, Lestár B.², Jackel M.⁴, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Military Hospital, Gastroenterology¹, 2nd Dept. of Surgery², Radiology³, Pathology, Budapest⁴
2. **MESENTERIÁLIS ISCHAEMIA, A HASI FÁJDALOM RITKA OKA – ESETRIPORT**
Gyimesi G.¹, Kiss I.¹, Kiss J.¹, Szabó E.¹, Farkas K.¹, Zaid B.², Nagy E.², Wittmann T.¹, SZTE, ÁOK I. Belgyógyászati Klinika¹, SZTE Radiológiai Klinika²
3. **A GIARDIASIS JELENTŐSÉGE A MALABSORPTIOS SYNDROMAK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
Czirják K.¹, Vén L.¹, Iszlai É.¹, Kapin M.², Francz M.², Szegedi J.¹, Jósa András Oktatókórház, I.sz. Belgyógyászati Osztály, Gasztroenterológiai Részleg, Nyíregyháza¹, Jósa András Oktatókórház, Patológiai Osztály, Nyíregyháza²
4. **DURING PLATINUM BASED CHEMOTHERAPY NOTICED ENTEROPATHY - DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PROTEIN-LOSING ENTEROPATHIES**
Fazekas K.¹, Semmelweis University Doctoral School¹
5. **DIABETIC ENTEROPATHY, GASTROPARESIS AND NEUROPATHY OR ANYTHING ELSE?**
Kiss T.¹, Tiszai A.¹, Tiszlavicz L.², Adamkovich N.³, Borbényi Z.³, Kiss I.⁴, Mátéka I.⁴, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary², 2nd Department of Medicine and Cardiological Center, University of Szeged, Hungary³, Department of Radiology, University of Szeged, Hungary⁴

6. **A PATIENT WITH NAUSEA, VOMITING AND SEVERE ULCERATIVE GASTRITIS**
Bittera B.¹, Zalatnay A.², Varga M.¹, Láng J.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

7. **EGY ELFELEDETT KÓRKÉP – HEMOKROMATÓZIS ESETISMERTETÉS**
Varsányi M.¹, Cserepes É.², Szabó Z.³, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest¹, Nukleáris Medicina Osztály, Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest², Patológiai Osztály, Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest³

8. **NEKROTIZÁLÓ PANCREATITIS – MINIMÁL INVAZIVITÁS, AVAGY ENDOSZKÓPOS NECROSECTOMIA – ESETBEMUTATÁS. DE KI FIZETI A RÉVÉSZT?**
Szász N.¹, Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Dunkel K.¹, Rábai K.¹, Árva I.², Karner T.², Gyökeres T.¹, Banai J.¹, MH Honvédkórház, Gasztroenterológia¹, Intenzív Osztály, Budapest²

9. **AZ EPEÚTI ENDOSCOPOS BEAVATKOZÁSOKAT KÖVETŐ PANCREATITIS ELŐFORDULÁSA, MEGELŐZÉSÉNEK ÉS A KONZERVATÍV TERÁPIÁJÁNAK A LEHETŐSÉGEI ENDOSCOPOS LABORUNK EGY ÉVES BETEGANYAGÁNAK FELDOLGOZÁSA ALAPJÁN.**
Chamdin S.¹, Schumet P.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

10. **DIFFICULT DIAGNOSIS OF A PRIMARY PANCREATIC CANCER IN A YOUNG PATIENT WITH HIGH HUMAN CHORIO-GONADOTROPIN AND MULTIPLE LIVER METASTASES**
Lukács M.¹, Madácsy L.², Nagy É.³, Vincze Á.¹, Univ. of Pécs, 1st. Dept. of Internal Medicine¹, County Teaching Hospital, Kecskemét², Radiology Dept. of The United St. István and St. Laszlo Hosp., Budapest³

11. **PRIMER SCLEROTISÁLÓ CHOLANGITIS ÉS COLITIS ULCEROSA EGYÜTTES ELŐFORDULÁSA. VAJON MINDIG GONDOLUNK RÁ?**
Takács R.¹, Hamvas J.², Szabó A.³, Bajcsy- Zsilinszky-kh. I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹, Ilka Egészségház², Bajcsy- Zsilinszky kh. Patológia³

12. **AKUT MYELOID LEUKÉMIA ÉS CROHN BETEGSÉG TÁRSULÁSA TARTÓS AZATHIOPRIN ÉS BIOLÓGIAI KEZELÉSBEN RÉSZESÜLT BETEGÜNKNÉL**
Dávida L.¹, Palatka K.¹, Batár P.², Márton A.², Udvardy M.², Altörjay I.¹, Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Hematológiai Tanszék²

13. **SMALL BOWEL SIGILLOCELLULAR CARCINOMA IN CROHN'S DISEASE**
Kiss I.¹, Náfrádi J.¹, Kiss J.¹, Tiszlavicz L.², Kiss I.³, Wittmann T.¹, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Belgyógyászati Osztály II.¹, SZTE Patológiai Intézet², SZTE Radiológiai Klinika³

14. **DYSPLASIA ASSOCIATED LESION OR MASS (DALM) IN A PATIENT WITH ULCERATIVE COLITIS COMPLICATED WITH PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS**
Vincze Á.¹, Hegedűs I.², Horváth Ö.³, Bogner B.², First Department of Medicine¹, Department of Pathology², Department of Surgery, University of Pecs, Hungary³

15. **HA NINCS ELÉG DIAGNOSZTIKUS LEHETŐSÉGED, LÉGY KREATÍV!**
Rusznay K.¹, Villangó B.², Hollósi M.³, Banai J.¹, Lestár B.², Jackel M.³, Gyökeres T.¹, MH Honvéd Kórház, Gasztroenterológia¹, MH Honvéd Kórház, II. Sebészet², MH Honvédkórház, Patológia³

16. **RITKA GASZTROINTESTINALIS VÉRZÉSES ESETÜNK: AOTO-SIGMOIDEALIS FISTULÁBÓL EREDŐ VÉRZÉS - KAZUISZTIKA**
Homoky Z.¹, Nagy A.², Nagy B.¹, IV. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház¹, Sebészet, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház²

17. **MAGAS ILEUS RITKA OKA- BOUVERET SYNDROMA**
Völgyi Z.¹, Herman B.¹, Szenes M.¹, Gasztonyi B.¹, Belgyógyászat, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹

18. **RARE GASTROINTESTINAL HEMORRHAGIA FROM OESOPHAGUS**
Baranyai Á.¹, Topa L.¹, Balgha V.¹, Rapcsányi A.¹, Zolnai Z.¹, Tóth L.¹, gasztroenterológiai osztály, Szent Imre Kórház, Budapest¹

19. **AUTOMATED DETECTION OF EPITHELIAL CHANGES IN COLORECTAL CARCINOMA**
Valcz G.¹, Bándi I.², Wichmann B.¹, Patai A.³, Szabó D.⁴, Kiszler G.⁴, Kozlovsky M.², Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, John von Neumann Faculty of Informatics, Óbuda University, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 3DHitech Ltd., Budapest, Hungary⁴

LEARNING CENTER PROGRAM

2012. június 3.

13.00- 14.00

Helyszín:
Wimbledon csarnok előteréből nyíló terem

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG TRÉNING

ESETMEGBESZÉLÉS

Üléselnök: **Wittmann Tibor**, Szeged

Előadók:

Szepes Attila, Kecskemét

Szepes Zoltán, Szeged

Czakó László, Szeged

54. Nagygyűlés

54th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

ELŐADÁSKIVONATOK

*Abstracts
of Lectures and Posters*

2012.

Tihany, 1 - 5 June, 2012.
Tihany, CLUB TIHANY, HungaryELNÖK
PRESIDENT**Wittmann Tibor**FŐTITKÁR
SECRETARY-GENERAL**Hersényi László**ÜGYVEZETŐ
IGAZGATÓ**Szalay Ferenc****A bíráló bizottság tagjai**

Dr. Altorjay István
 Dr. Arató András
 Dr. Banai János
 Dr. Bajor Judit
 Dr. Bálint András
 Dr. Bálint Levente
 Dr. Bene László
 Dr. Bodoky György
 Dr. Fehérvári Imre
 Dr. Figler Mária
 Dr. Gervain Judit
 Dr. Gurzó Zoltán
 Dr. Gyökeres Tibor
 Dr. Harsányi László
 Dr. Hegyi Péter

Dr. Hersényi László
 Dr. Hunyady Béla
 Dr. Izbéki Ferenc
 Kabai Annamária
 Dr. Király Ágnes
 Kokas Marianna
 Dr. Kristóf Tünde
 Dr. Kupcsulik Péter
 Dr. Lakatos László
 Dr. Lakatos Péter László
 Dr. Madácsy László
 Dr. Molnár Béla
 Dr. Molnár Tamás
 Dr. Nagy Ferenc
 Dr. Pap Ákos

Dr. Pár Alajos
 Dr. Rácz István
 Dr. Rosztóczy András
 Dr. Schwab Richárd
 Dr. Szalay Ferenc
 Dr. Szepes Attila
 Dr. Székely György
 Dr. Szőnyi László
 Dr. Takács Tamás
 Dr. Tornai István
 Dr. Tulassay Zsolt
 Dr. Varga Gábor
 Dr. Wittmann Tibor

1

ENDOSCOPIC DIVERTICULOSTOMY AND TRADITIONAL OPEN DIVERTICULECTOMY IN THE TREATMENT OF ZENKER'S DIVERTICULUM

Ábrahám S.¹, Simonka Z.¹, Paszt A.¹, Róvó L.², Ottlakán Jr. A.¹, Lázár G.¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged¹, Oto-Rhino-Laryngology and Head Neck Surgery Department, University of Szeged, Szeged²

Introduction: Zenker's diverticulum, located in the pharyngo-esophageal region, is the most common type of pulsion type diverticulum of the oesophagus. Besides traditional transcervical diverticulum resection and pharyngoesophageal myotomy, endoscopic diverticulostomy is also an accepted treatment option. In our clinical trial we compared advantages and disadvantages of the two methods.

Methods: Our retrospective study involves 26 operative cases (19 male, 7 female) of Zenker's diverticulum between 2000 and 2011. Our operative methods involved an open technique (OT)-diverticulum resection from a cervical approach together with myotomy and an endoscopic technique (ET)-transpharyngeal diverticulostomy with the help of an endoscopic suturing machine. Between the above mentioned period we operated 11 cases with the OT and 15 cases with the ET. We compared the results of both methods according to operative time, start of oral nutrition, postoperative complications, hospitalization, and recurrence rate.

Results: Average diverticulum size did not show differences among the two groups: OT: 4.9 cm (3-7 cm), ET: 5.06 cm (3-14 cm). Operative time was significantly shorter in the ET group (ET-OT: 42,28 min. vs. 97.4 min. p <0,05). In both cases oral nutrition was started after negative contrast enhanced swallow X-ray findings, which were performed on the 5-6th (4-7th) day-OT and 3rd (1-5th) day-ET. Average hospital stay was 10,72 (8-14) days-OT and 6,73 (5-10) days-ET. There were no postoperative complications in the cases of ET, 1 case of aspiration pneumonia occurred after performing OT. Contrast enhanced swallow X-ray did not show cases of contrast leaking or suture insufficiency in either groups. In both groups mortality was 0%. Short- and long term follow-ups showed 3 cases of partial recurrence of previous complaints- previously all 3 patients received ET diverticulostomy for the treatment of 3 cm large diverticula. In these cases a second operation was performed. OT cases showed no postoperative recurrence.

Conclusion: Although shorter operative time, earlier start of oral nutrition and shorter hospitalization were observed in cases of ET, traditional OT is still eligible for the operative treatment of Zenker's diverticulum. Performing OT is advised as a second operation after recurrence, or after insufficient ET and in the cases of <3 cm diverticula.

2

AZ ENDOSCOPOS ASSZISZTENS SZEREPE AZ ALTATÁSBAN VÉGZETT BONYOLULT GASZTROENTEROLÓGIAI INVAZÍV BEAVATKOZÁSOK KIVITELEZÉSEKOR

Ádám T.¹, Kalmárné Kubinyi I.¹, Vári T.¹, Kalecz Z.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterológia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

A rutin endoszkopos beavatkozások során csak kivételes esetben van szükség teljes narcosisra, a colonoscopiás vizsgálatokat általában bódításban végezzük Midazolam alkalmazásával.

Osztályunk endoszkopos laborjában speciális indikáció alapján számos esetben végeztünk teljes altatásban endoszkopos ultrahang vezérelt pseudocysta szájaztatást, ERCP-t, PEG beültetést, többszörös polypectomiát. A bonyolult endoszkopos műtétek esetén alapvető fontosságú a beteg teljes nyugalma kontrollált kooperációja. Az általában elfogadott módszertani ajánlások szerint pethidine, és buscopan intravénás premedikáció a javasolt. Számos esetben azonban a beavatkozás jellege, vagy a beteg speciális állapotossága teszi szükségessé az anaesthesiológus által végzett teljes altatást. Az endoszkopos asszisztens feladatai megnövekednek, a vizsgálok napi beosztásától kezdve a beteg psziché felkészítéséig, amelyre nagyobb figyelmet kell fordítani az altatástól való szorongás miatt. A helyigény átalakul a személyzet számának emelkedése, és a különböző berendezések területigénye miatt, a vizsgálokban megszokott fizikai mozgástér beszűkül. A sebészeti műtőkben alkalmazott anaesthesiológusi elhelyezkedési rend („líra mögött”) megváltozik, ezért az altatóorvos, és asszisztens osztozik az

endoszkopos asszisztens munkaterületén. Az eszközök kikészítésének rendje megváltozik, és kiemelt figyelmet kell fordítani a tartozékok és a tartályok előkészítésére. A beteg altatása, tartós oxigenizációja, az intratracheális intubáció miatt az eszköz vezetésének technikája megváltozik. A vizsgálat alatti anaesthesiológiai kontroll vizsgálatoknak kell lehetőséget biztosítani, amelyben a beteg testhelyzetével kapcsolatos felvilágosításokat kell megadni.

A beavatkozás teljes időtartama alatt az endoszkopos asszisztens részéről fokozott koncentráció szükséges annak érdekében, hogy az altatásban végzett vizsgálat optimális körülmények közt legyen elvégezhető. A vizsgálati körülmények az anaesthesia alkalmazásával jelentősen megváltoznak, és a beavatkozás sikeres lebonyolításában az endoszkopos asszisztens szerepe kiemelkedően fontosá válik.

3

DIAGNOSTIC ACCURACY OF NONINVASIVE FECAL MARKERS IN ULCERATIVE COLITIS

Annaházi A.¹, Molnár T.¹, Farkas K.¹, Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Gecse K.¹, Inczei O.¹, Nagy F.¹, Földesi I.¹, Szűcs M.², Ferrier L.³, Theodorou V.³, Bueno L.³, Wittmann T.¹, Róka R.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary², Toxalim UMR 1331 INRA/INP/UPS, Neuro-Gastroenterology & Nutrition Unit, Toulouse, France³

Background: Colonoscopy is the gold standard in the diagnosis and follow-up of ulcerative colitis (UC), however, it is invasive, costly and uncomfortable for the patient. In the last decades non-invasive markers, such as CRP or fecal calprotectin have been challenged to replace endoscopic evaluation of disease activity and mucosal lesions. Additionally, matrix-metalloproteinase 9 (MMP-9) has been suggested as a predictor of UC in the urine of children with low specificity, but fecal MMP-9 levels have never been measured.

Aims: Our aims were: (i) to compare the diagnostic accuracy of fecal calprotectin in comparison with serum activity markers in the determination of clinical and endoscopic activity of UC (ii) to evaluate the differential diagnostic accuracy of a new fecal marker in UC, MMP-9, (iii) to compare sensitivity and specificity of fecal MMP-9 levels with calprotectin.

Methods: UC (n=54), IBS-D (n=23) patients and control subjects (n=24) provided fecal samples for analysis. In UC patients, disease activity was evaluated by the Mayo score (total score and endoscopic subscore) accompanied by a blood analysis, where platelet and leukocyte count, CRP, ESR, serum iron level, and hemoglobin level were determined. Fecal MMP-9 and calprotectin levels were measured by ELISA and lateral flow assay, respectively.

Results: Fecal calprotectin showed a significant correlation with the clinical and endoscopic activity in UC (p=0.015, p=0.004, respectively). Among laboratory results, CRP showed the closest correlation to the total (p=0.046) and endoscopic (p=0.01) Mayo score. MMP-9 was undetectable or ≤ 0.22 ng/mL in the feces of all controls and IBS-D patients. In UC patients, fecal MMP-9 concentrations significantly correlated with the overall Mayo score (p<0.001) and the endoscopic score (p<0.001), moreover, correlations between MMP-9 and activity indexes were stronger than in case of calprotectin.

Conclusions: These results confirm that fecal calprotectin can be a useful tool in the noninvasive evaluation of mucosal activity in ulcerative colitis. Our results suggest that MMP-9 can be a similar diagnostic tool not only in the differential diagnosis, but also as an activity marker.

4

A DIETETIKUS SZAKMA KOMPETENCIÁINAK MEGÍTÉLÉSE ÉS A SZAKMAI EGYÜTTMŰKÖDÉSRE VALÓ KÉSZSÉG VIZSGÁLATA ORVOSOK KÖRÉBEN

Ármbusz S.¹, Bartus M.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹

Napjainkban a dietetikusokat egyre inkább elismerik az egészségügyben, kórházi ellátás során az emberek mind jobban felismerik a munkájuk fontosságát, azonban sem az ellátottaknak, sem pedig az egészségügyi dolgozóknak nincs még pontos képük arról mi mindenre is hivatott egy dietetikus, hol húzódnak az egyes szakmák kompetencia határai.

A kutatásunk az orvosok együttműködési készségét vizsgálta. A cél az volt, hogy felmérjük, milyen szintű affinitást mutatnak az orvosok a dietetikussal való közös munkára illetve megvizsgáljuk, hogy mennyire ismerik a dietetikussal szemben a szakma által támasztott elvárásokat.

A felméréshez kérdőívet használtunk, a dietetikuskok szakmai kompetenciáinak ismeretére irányuló kérdéseket a Dietetika Európai Oktatási és Hivatásgyakorlási Irányelveiben foglaltak alapján állítottuk össze. A kérdőív öt fontosabb kérdéskört tartalmazott: szociodemográfiai adatok, dietetikuskok jelenlétére vonatkozó kérdések az egészségügyben, dietetikus szakmai képességek, orvosok táplálkozástudományi ismeretei, orvosok tájékozottsága a dietetikus kompetenciáiról.

A külföldi kutatások eredményeivel is igazolt hipotézis, mely feltételezte, hogy az orvosok egyetemi oktatásuk során nem szereznek megfelelő ismereteket a táplálkozástudományról, vizsgálatunkban is igazolódott. A dietetikus feladatok megítélésénél született válaszok a különböző kompetenciákon belül igen nagy eltéréseket hoztak, a válaszok alapján az orvosok szűk határok közé szorítják a dietetikuskok feladatkörét. Ezen belül a tápanyagszükséglet meghatározása, monitorozása, helytelen táplálkozás következményei, korszerű élelmiszerválasztás, tudatos táplálkozásra nevelés és az élelmiszerek tápanyagtartalmának változásai a feldolgozás során azok, amik a legnagyobb egyetértést mutattak az orvosok között, ellentétben a releváns biokémiai és orvosi adatok elemzésével, valamint a diagnosztikus vizsgálatok alkalmazási lehetőségeivel, melyek igen gyenge értékelést kaptak, mint valós dietetikus kompetenciák.

Ezek az eredmények jól mutatják, mely képességekkel kell még megismertetnünk az orvosokat, de arra is utalhat egyes kompetenciák alacsony értékelése, hogy ezek azok a területek, amik még fejlesztést, magasabb színvonalú oktatást igényelnek a dietetikus képzés során.

5

AZ MRSA ÁTVITEL MEGELŐZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI (MÓDSZEREI) AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS GYAKORLATBAN.

Bacsikainé Beluzsár A.¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház II. Belgy. GEA¹

Az antibiotikumok nagymértékű és sokszor indokolatlan szedése következtében a „szokványos” antibiotikumra rezisztens törzsek szelektálódnak. Ezek egyik legjelentősebb képviselője a Meticillin Rezisztens Staphylococcus Aureus vagyis MRSA.

Előadásomban az MRSA infekció átvitel megakadályozásának módszereit szeretném részleteiben áttekinteni, védve ezekkel mind betegeinket mind az egészségügyi személyzetet egy súlyos nehezen kezelhető infekciótól.

A rohamosan változó összetételű higiénés tisztító és fertőtlenítőszeres palettáján, nagyon nehéz kiválasztani a számunkra és a környezetünk számára legmegfelelőbbet.

Részletesen áttekintjük
- műszerfertőtlenítés,
- felületfertőtlenítés,
- egyéni védőeszközök,
- higiénés kézfertőtlenítés,
alkalmazás lehetőségeit az MRSA átvitel szempontjából.

6

FOLLOW UP AND EDIFICATIONS OF OUR DUODENUM CARCINOMA CASES 2008-2011

Bakcsy Magyarosi D.¹, Kokas M.¹, Goda M.¹, Pécsi G.¹, Általános Belgyógyászat-Gastroenterológia, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

Introduction: Malignant neoplasms of the small bowel are among the rarest types of cancer, accounting for only 2% of all GI cancers. Research into the natural history and prognosis of patients with small-bowel cancer has been limited by the small number of cases and the heterogeneity of tumor types, including adenocarcinomas, carcinoids, sarcomas, and lymphomas. Unfortunately, malignant lesions are often discovered when they have metastasized to distant sites or at surgery when indicated for other diagnosis or intestinal obstruction.

This review focuses on adenocarcinoma, as it is the most common histologic type of small-bowel malignancy

Case presentation: During 2008-2011 in our Gastroenterology Department we have diagnosed 5 patients (m:f=4:1, mean age: 72,3) with duodenum adenocarcinoma. In all cases the diagnoses was assured by the upper panendoscopy and confirmed by histology. The tumor in two cases was situated infrapapillar on the descending pars and in three cases on the lower pars horizontal. Leading clinical symptom was the duodenal obstruction. In 3 cases only palliative surgery was possible. These 3 patients died during follow up (2-32 months).

Conclusions :

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

7

PREVALENCE OF HELICOBACTER PYLORI (HP) INFECTION IN SOUTH HUNGARIAN HEALTHY SUBJECTS.

Bálint L.¹, Tiszai A.¹, Dóczi I.³, Szekeres V.², Makhajda E.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary², Department of Clinical Microbiology, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: A significant difference has been demonstrated in the HP prevalence in urban and rural populations. Epidemiologic studies indicate a decrease in prevalence of HP infection in Western Europe. In contrast, little is known about Central Europe, where substantial part of the population lives out of the cities.

The aim of the study was to obtain data on the HP prevalence in Csongrád County in Hungary and to compare this value with the data collected 15 years ago in Vas County. The secondary aim was to study the differences between the prevalence of HP infection in people living in the large cities and in the countryside.

Methods: One-hundred and eighty-two healthy blood donor volunteer subjects (M/F: 91/91, mean age: 39 (19-65) years), were enrolled. Data collection was carried out by a questionnaire. All subjects were tested for HP IgG antibody positivity by enzyme linked immuno assay (ELISA). Subgroup analysis by age, gender, smoking habits, alcohol consumption, urban and non-urban population was also performed.

Results: The overall prevalence of HP was 58/182 (32%) in the studied healthy subjects, and that was similar in males and females (33/91 vs. 25/91), as well as in urban and non-urban subjects (24/92 vs. 34/90). Younger people (18-29 years) had lower HP prevalence compared to older ones (50-65 years) (p<0.05). Furthermore, linear association was established according to age in both sexes (p<0.01). Subgroup analysis by gender revealed that urban males had significantly lower HP prevalence than non-urban subjects, while this association was not seen in females. Smoking and alcohol consumption were not related to HP infection.

Conclusion: Similarly to the trends of the Western countries, the general prevalence of HP infection is decreasing in Hungary. The increased HP prevalence in non-urban males and the age distribution of the HP positive subjects may be explained by hygienic circumstances.

8

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NEUROENDOCRIN TUMORS TODAY

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Soós I.¹, Pink T.¹, Szakál G.², Horváth I.², Bodor A.², Varga M.¹, Gastroenterology Department, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹, Pathology, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba²

Background: Neuroendocrine tumors are groups of neoplastic neuroendocrine cells located anywhere in the body. They can be divided into two subgroups according to their origin: 1. pancreas, 2. gastrointestinal and bronchopulmonary system of origin (formerly called carcinoid tumors). Recent classification is based on clinicopathology: 1. well differentiated neuroendocrine tumors, 2. well differentiated neuroendocrine carcinoma, 3. poorly differentiated neuroendocrine carcinoma, against former classification based on

embryonal origin (foregut, midgut, hindgut). Those producing bioactive agents (8-10 % of NETs) cause symptoms of carcinoid syndrome (flush, diarrhoea, abdominal pain, bronchospasm, heart disease, pellagra-like skin symptoms). The incidence of NETs increased fivefold in the past 30 years owing to the better and widely available diagnostic methods and our focusing on the disease formerly considered rare.

Results: In our Department of Gastroenterology there were 9 cases diagnosed with NET during one year from November 2010 to November 2011. (From 2006 to 2008 one case per year.) We place greater emphasis on the symptoms of carcinoid syndrome which appear more often in the individuals with hepatic metastases and tumors of midgut origin. Cases without special symptoms were diagnosed by histopathology. Diagnosis is getting easier due to the availability of Chromogranin A test and octreoscan. Last year we followed up 12 patients treated with octreotide. One of them died due to co-morbidity (CHF). 11 patients' condition improved, which manifested in decreasing of chromogranin A level, radiological regression and diminution of symptoms.

Conclusions: The better the availability of diagnosis is, the more patients we find and due to the up-to-date treatment possibilities the patients survive longer

9

THE EFFECTIVENESS OF RECTAL CAPSULE ENDOSCOPY WITH EGSCAN II AS THE DIAGNOSTIC METHOD FOR INVESTIGATING RECTAL BLEEDING IN LOW-RISK PATIENTS WITH SYMPTOMS SUGGESTIVE OF HAEMORRHOIDS

Balogh Jn. G.¹, Pák P.², Madácsy L.³, Dubravcsik Z.³, Somodi K.¹, Balogh sn. G.¹, Oláh T.¹, General, Thoracic and Vascular Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary¹, 2nd Department of Medicine Vaszary Kolos Hospital, Esztergom, Hungary², Bács-Kiskun County Hospital, Teaching Hospital of the University of Szeged, Department of Gastroenterology, Kecskemét, Hungary³

Introduction: EGScan II is a wire-based, 70 cm long, video capsule endoscopy system with a possibility of air insufflations which has a distal diameter of 5 mm. The primary aim of our present study was to determine the probability of additional pathology in young patients referred with symptoms suggestive of haemorrhoids. Secondly, to determine whether rectal capsule endoscopy with EGScan II is a useful diagnostic method to investigate these patients.

Patients and Methods: 20 patients attended to the proctological outpatient unit were enrolled. After the day before preparation with 1 liter of PEG and on site enemas all patients were examined using an anoscope, followed by a rectal capsule endoscopy with EGScan II. Presenting symptoms and findings were reviewed. Finally, within one week a flexible colonoscopy was performed in all patients in an outpatient GI unit and the results were compared.

Results: Haemorrhoids were present in 18 of 20 patients (90%) at a stage of II-IV. 16 out of these 20 patients were free from any additional pathology, 2 (10%) patients showed signs of left sided ulcerative colitis, one patient had sigmoid polyps and another had rectal malignancy. There was an excellent concordance with the EGScan and colonoscopy in the diagnosis and staging of haemorrhoids, and also in the diagnosis of colitis and rectal malignancy. The mean insertion depth of EGScan was 25 cm with a clear visualization of the lumen and the mucosa. Complete retroversion at the rectal ampulla with optimal visualization of the anal region can be easily achieved with EGScan II in all patients. No or minimal discomfort was noted during rectal EGScan by the patients, in contrast 25% of patients reported discomfort or pain during colonoscopy.

Conclusions: The majority of patients referred for the treatment of haemorrhoids were free from any other pathology. Rectal capsule endoscopy with EGScan II is a promising additional diagnostic tool can be used in the proctological unit with no or minimal patient discomfort.

10

RARE GASTROINTESTINAL HEMORRHAGIA FROM OESOPHAGUS

Baranyai Á.¹, Topa L.¹, Balgha V.¹, Rapcsányi A.¹, Zolnai Z.¹, Tóth L.¹, gasztroenterológiai osztály, Szent Imre Kórház, Budapest¹

Introduction: Gastrointestinal mesenchymal tumors (GIMTs) are

usually detected by an unrelated endoscopic examination. When this type of the tumors is in the upper gastrointestinal tract, then the endoscopic ultrasound is a main tool in choosing the therapy strategy.

Case report: A 55 year old man – who had unexamined dysphagia for a year – was presented with acute gastrointestinal hemorrhagia. The urgent upper gastrointestinal endoscopy showed a submucosal tumor with stricture and intensive bleeding. We used tonogen injection to stop the bleeding. Angio-CT identified a mass under the carina, measuring 7 mm x 63 mm x 44 mm, which did not show bleeding. Endoscopic ultrasound (EUS) revealed that this mass is in front of the left atrium. Fine-needle aspiration (FNA) showed a mesenchymal type cancer without malignancy. The immune cytochemistry didn't prove the suspected gastrointestinal stromal tumor (GIST). The bleeding hasn't repeated, the patient is waiting for his operation.

Conclusion: This is a rare case of oesophagus hemorrhagia, when the EUS and FNA altered the clinical management. EUS is an effective means of diagnosis for upper GIMTs and could have been an important tool of the endoscopy therapy for GIMTs.

11

SEBÉSZETI ULTRAHANG DIAGNOSZTIKA EGYES KÉRDÉSEI

Baricza S.¹, Kelen Kórház Kft. - Budapest¹

A sebészeti ultrahang diagnosztika közel 30 éves gyakorlatáról ad számot, önmaga által végzett és hasonlóan sebészként ultrahang vizsgálatokat végzők tapasztalatait felhasználva állítja össze referátumát.

Elemzi a sürgősségi ultrahang vizsgálat elfogadtatását, majd napi gyakorlati választ. Rámutat az ultrahang vizsgálatnak a hasi sebészeti diagnosztikában, mint első műszeres vizsgálatnak a szerepére, mely szerepe a mai napig is elengedhetetlen működő szerepe.

A technika fejlődése adta lehetőségek és a társszakmákkal való kapcsolat szélesedése adta lehetőségek új útjai.

12

MOLECULAR ANALYSIS OF CELL-FREE DNA USING SHO MOUSE/HT-29 COLORECTAL ADENOCARCINOMA CELL LINE XENOGRAFT MODEL

Barták B.¹, Nagy Z.¹, Spisák S.², Sipos F.¹, Valcz G.², Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Tóth K.¹, Wichmann B.¹, Schöller A.¹, Leiszter K.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

Introduction: Cell-free DNA (cfDNA) was first detected in human plasma in the 1940s, but the knowledge on its origin, regulation and rate of release is incomplete. In many cancer patients increased cfDNA concentration was measured compared to healthy control, that originates from both normal and tumor cells. The release of cfDNA from cancer cells can be a consequence of various physiological events such as apoptosis, necrosis and direct secretion.

Aims: Our primary aim was to investigate the rate of cfDNA's release using SHO mouse/HT-29 colorectal adenocarcinoma cell line xenograft model. Our further aim was to define the decay of methylated and non-methylated DNA fragmentation which were injected to C57BL/6 bloodstream.

Methods: SHO mice (n=8) were xenografted with 5*10⁶ human HT-29 cells, than blood samples were collected 15 times over 8 weeks. After separating plasma fraction, DNA was isolated, then quantified by real-time PCR with highly specific genomic and mitochondrial primer sets. This method permitted to define the ratio of human/mouse DNA. The sensitivity of the method was determined with dilution series (0.03%-25%) from mouse blood and DNA isolated from HT-29 cell culture. To assess the degradation rate of cfDNA 3000 bp sized in vitro methylated and non-methylated DNA fragments were injected into healthy and C3H/57BL/6 tumorous mouse's bloodstream. The decay of amplicons was measured with 19 PCR assays after DNA isolation in 0,1,3,6 and 24-hour samples and specified Ct values were concluded for the rate of degradation.

Results: The amount of human DNA from tumors until the 2nd week were below the limit of detection (0.01%). From the third week a continuous growth was experienced, which reached 18.26% for the 8th week. There was a speed difference between the degradation of

non-methylated and methylated fragments. It was found that in healthy animals the non-methylated DNA disappears from the plasma after 6 hours, while the methylated fragment was detectable after 24 hours. In animals with tumor the degradation rate slowed down, both becomes detectable after 24 hours.

Conclusion: The examination of the role and mechanism of cfDNA shows an increasing level of interest. Analysis of its composition may be important for identification of new biomarkers, therapeutic targets and in the area of signal transduction.

13

QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE IN PATIENTS WITH COELIAC DISEASE

Benkő É.¹, Tiszai A.¹, Makhajda E.¹, Bálint L.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹

Background: The incidence of coeliac disease (CD) has been increased in the latest years. Several patients don't have serious gastrointestinal symptoms at all and the diagnosis is often delayed. Patients with few, moderate symptoms or without symptoms doubt on the necessity of the life-long diet and the control examinations.

Aim: To evaluate the lifestyle, the dietary habits and the attitude toward CD by a questionnaire in patients with CD. Patients and methods: The questionnaires were filled by our patients with CD who are registered in our department.

Results: The total number of the cases were 74 (female: 64, male: 10; mean age: 41,7 years). 76% (56/74) of the patients reside in cities while 24% (18/74) live in villages. The time interval between the first signs or symptoms and the diagnosis was more than one year in 41% (30/74) of the cases. Other diseases associated with CD were found in 57% (42/74) of them. CD was diagnosed in one third of the patient's relatives as well. 96% (71/74) of the patients know the point of the diet but only 85% (63/74) comply with it correctly. 76% (56/74) of the cases complain about abstaining from various food. 96% (71/74) of patients are aware of the fact that it is a life-long diet. 63% (47/74) of the cases appear at regular control examinations.

Conclusion: Although almost 100% of the patients are fully aware of the properties of coeliac disease, not all of them keep the diet correctly and about only half of them come to control examinations. Providing wider range of information and explanation CD would improve this situation.

14

A LAPAROSCOPUS SEBÉSZETI TECHNIKA ELSAJÁTÍTÁSÁBAN SZEREPELT JÁTSZÓ TÉNYEZŐK

Berényi B.¹, Herczeg G.¹, Lukovich P.¹, Vanca T.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika¹

Bevezetés: Egy műtét elsajátításának objektív tanulmányozásának egyik eszköze a műteti időn alapuló tanulási görbe elemzése. A tanulás folyamatának követése lehetőséget teremthet az oktatás hatékonyságának, és a képzett sebész speciális sebészeti technikára való alkalmasságának vizsgálatára is. A laparoscopus cholecystectomy (LC) egy ilyen vizsgálatra alkalmas műtétípus, mivel a műtét kivitelezése pontosan meghatározott, standardizált, bevezetése óta kivitelezésében jelentős technikai változások nem történtek, illetve a statisztikai elemzésekhez kellően nagy számban végeznek ilyen beavatkozást.

Beteganyag és módszer: A Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikáján az 1994 és 2009 közti időszakban a 3 évenként végzett LC műtétek idejét és konverziós arányát feldolgoztuk retrospektíven. A vizsgált 6 évben 54 sebész összesen 1724 LC műtétet végzett. Az adatokból meghatároztuk a Klinika, a kezdő, illetve a tapasztalt sebészek tanulási görbéjét. Ezt követően a Klinika szakorvosai 1-10 pont között pontozták a sebészek laparoscopus technikáját (1: legrosszabb, 10: legjobb). Végül összehasonlítottuk a műteti időket a pontszámokkal és megvizsgáltuk a műteti idő alakulását az asszisztensek függvényében.

Eredmények: Az LC műtétek átlagideje 38 %-kal csökkent 1994-hez viszonyítva. Az LC műtétek aránya 51,7 %-ról 91,5 %-ra nőtt, a konverziók aránya változatlan maradt. A rezidensek műteti ideje 2006-ig 16,4 %-kal csökkent, majd 2009-re nőtt. A különböző évek kezdő sebészeinek tanulási görbéinek kezdőpontjai, illetve meredekségei eltérést mutatnak. A minimum műteti idő nem, míg a maximum idő jelentősen csökken a kezdő, és a tapasztalt sebészeknél egyaránt. Egyes sebészek alacsony pontszám ellenére jó műteti időt teljesítettek. Ezeknél a műtéteknél az asszisztensek

pontszám átlaga szignifikánsan ($p < 0,05$) jobb (2,415 pont) volt, mint azokban az esetekben, ahol a magas pontszám mellett jó műteti idő szerepelt (itt az asszisztensi pontszám átlag 2,035 volt).

Összefoglalás, következtetés: Vizsgálatunk elsőként elemezte egy sebészeti osztály egyéni és osztályszintű tanulási görbéit, illetve elsőként végezte el 15 év rezidensei tanulási görbéjének összehasonlítását. A laparoscopus technikában való jártasság műteti időn alapuló és a pontszámokon alapuló eredményeinek összehasonlítása alapján megállapítható volt, hogy a műteti idő nem tekinthető önmagában objektív tényezőnek.

15

RECTUMTUMOROK NEOADJUVÁNS CHEMO-RADIOTHERÁPIÁJA A SEBÉSZ SZEMSZÖGÉBŐL: LÉTEZIK SZEMÉLYRE SZABOTT KEZELÉS?

Besznyák I.¹, Szentpétery F.¹, Mersich T.¹, Dede K.¹, Teknős D.¹, Szilágyi I.¹, Ping O.¹, Bursics A.¹, Sebészeti-Érsebészeti Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest¹

Céltűzés: a II-III. stádiumú rectumtumorok kezelésében elfogadottá vált a neoadjuváns chemo-radioterápiát követő sebészi beavatkozás. A neoadjuváns kezelésre adott válasz önmagában prognosztikai tényező a betegség lefolyását illetően, azonban a neoadjuváns kezelés hatásossága előre nem jósolható meg, ugyanakkor a kezelés korai-késői szövődeményekkel járhat, továbbá a betegek egy részében a kezelés mellett tumorprogresszió figyelhető meg.

Módszer és eredmények: az Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Érsebészeti Osztályán 2005. 01. 01.- 2011. 12. 31. között 504 betegen végeztünk sebészi beavatkozás(oka)t rectumtumor miatt. Előadásunkban elemezzük a neoadjuváns kezelés hatásosságát, a tervezés alapjául szolgáló képalkotó eljárások szenzitivitását, specificitását, a tumorok patológiai jellemzőit.

Következtetés: A neoadjuváns kezelés hatásosságának előrejelezhetősége jelenleg nem megoldott kérdés. A sugárrezisztencia mechanizmusának pontosabb megismerése, a kezelésre adott választ előrejelző biológiai markerek azonosítása teremtheti meg az alapját a jelenleginél személyre szabottabb kezelésnek.

16

IATROGÉN STRESSZ AZ ENDOSZKÓPIÁN

Bíró G.¹, Székely G.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai osztály¹

A stressz a szervezet nem specifikus válaszreakciója bármilyen igénybevételekre. Mindazon ingerek, amik a szervezetet alkalmazkodásra készítik, stresszorként szerepelhetnek. A leggyakoribb stresszor tényezők (mint pl. a fizikai behatások: hideg, meleg, zaj, stb) univerzális választ váltanak ki. A modern emberi környezetben a stressz hatások döntő többsége a társadalmi-szociális interakciókkal függ össze, a válaszban nagy egyéni eltérések lehetnek. Léteznek kisebb intenzitású vagy állandósuló, elkerülhetetlen mindennapi stressz helyzetek, és vannak az alkalmi, nagy intenzitású stressz hatások, mint pl. a traumák, élethelyzetek. Ide sorolhatjuk az endoszkópos vizsgálatokkal járó stresszt is, mely mind a diagnosztikus, mind a terápiás beavatkozások során is felléphet. Ezeket nevezzük iatrogén stresszhelyzeteknek.

A beteg számára ez egy különleges szituáció, amiről többnyire már rendelkezik előzetes információkról, ezek sokszor szorongást okozhatnak. A kivizsgálás minden fázisában, így már az indikáció felállításakor, az előkészítés során, maga az endoszkópos vizsgálat, illetve beavatkozás alatt, vagy az eredmény közlése közben számtalan olyan helyzet adódik, amire a beteg válaszkészsége megváltozik, és kedvezőtlen hatást válthat ki. Előadásunkban ezeket gyűjtjük össze és próbálunk ajánlásokat adni arra, hogyan lehet minimalizálni a iatrogén stresszt az endoszkópián.

17

A PATIENT WITH NAUSEA, VOMITING AND SEVERE ULCERATIVE GASTRITIS

Bittera B.¹, Zalatnay A.², Varga M.¹, Láng J.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

A 31-year old male patient without any significant previous medical history (no smoking, regular alcohol intake or drug abuse) was referred to our Gastroenterology Unit because of two days starting serious recurring nausea, vomiting and mild upper abdominal discomfort. One day before the onset of symptoms, during a wedding the patients consumed moderate amounts of absinthe. Physical examination, laboratory values and abdominal US were all negative. The upper GI endoscopy (gastrosocopy) revealed a dramatic macroscopic picture with severe confluent extensive gastric ulcerations with fibrin deposition. The histology demonstrated severe ulceration, destroyed glandular epithelium and extensive severe, high-grade dysplasia (HGD), without *Helicobacter pylori* (H. pylori) infection. We started immediately high dose per oral proton pump inhibitor (PPI) therapy. Three days after the introduction of PPI therapy the patient was already asymptomatic. Because of the initial severe endoscopic picture, a "second-look" gastrosocopy performed seven days later, showed steadily extensive confluent ulcerations in the antrum and body of the stomach. The histology demonstrated severe chronic gastritis, but without dysplasia. Although the patient remained asymptomatic, one month after the onset, a third endoscopy was also performed. During this last examination only mild antral patchy erythema, mild mucosal irregularities have been demonstrated, without any focal lesions or presence of erosions-ulcerations. This time the histology also revealed significant improvement and the absence of dysplasia.

Conclusion: We present an uncommon dramatic complication of absinthe consumption with favourable outcome. Absinthe is historically described as a distilled, highly alcoholic (45-75%) beverage, classified as a spirit. It is an anise-flavoured spirit derived from botanicals. It arose to great popularity as an alcoholic drink in late 19th and early 20th-century France, particularly among Parisian artists, painters and writers. Because of its potential hallucinogenic and psychoactive effect, the absinthe consumption was prohibited for a long time.

18

UNWANTED RESULTS OF TREATMENT WITH ANTIOXIDANT-RICH FOOD SUPPLEMENT IN COLECTOMISED PATIENTS

Blázovics A.¹, Szilvás Á.², Kleiner D.¹, Kursinszki L.¹, Department of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest¹, Saint John Hospital, Budapest²

Introduction: Antioxidant consumption is sine qua non for a healthy way of life, but concentration ranges are wide and dependent on individual genetic background. Among others dietary habits could result in the changes of redox homeostasis, which is very important for the equilibrium between tissue regeneration and apoptosis.

Aim: Our aim was to study the effect of proprietary preparation on colectomised volunteers. This preparation was characterized by LC-MS/MS, with the presence of di- and three-glycosides and coumaroyl-derivatives of delphinidin, cyanidin and petunidin; and mono- and diglycosides of quercetin, kempferol and isorhamnetin (flavonols).

Methods: Randomly chosen Caucasian volunteers from both sexes, 28 patients (aged: 60,4 ± 8,8 years) after 5-10 years of their colectomy and 9 healthy volunteers (aged: 55,8±9,7 years) were drawn into the study. This food supplement was added to all volunteers for 3 months in 2x3g/day dose. Tumor markers (CEA, CA 19-9, AFP, PSA), redox parameters (induced free radical level, reducing power, SOD, GSHPx), CRP, HbA1c and routine laboratory parameters were measured. (Permission number: IKEB 2005.)

Results: Treatment with food supplement unfavourably elevated plasma and erythrocyte free radical level and HbA1c concentration and diminished plasma reducing power in asymptomatic patients. HbA1c level correlated significantly with free radical level and decreased antioxidant status of erythrocytes. Tumor markers (AFP, CEA, CA19-9) were elevated moderately during treatment of both groups. PSA level was not changed during treatment. SOD activity elevated and GSHPx activity was not increased.

Conclusion: The significant organism compensatory effect induced essential free radicals against nutritive antioxidant overflow, which was not exactly regulated. Therefore consumption of food supplementary products without medical consultation is contraindicated especially in cancer predisposition

19

ALTE-SYNDROMA, MINT A GASTROOESOPHAGEALIS REFLUXBETEGSÉG KORAI EXTRAESOPHAGEALIS MANIFESTATIOJA

Bódi P.¹, Kolozsvári E.¹, Köteles R.², Sipos P.¹, Pándy Kálmán Megyei Kórház Gyermekosztály¹, Pándy Kálmán Megyei Kórház Radiológiai Osztály²

Az ALTE-szindróma életet veszélyeztető állapot, mely a gastrooesophagealis refluxbetegség extraoesophagealis manifestációihoz tartozik. Kialakulásában számos patofiziológiai tényező játszik szerepet, közülük a legfontosabb a vago-vagalis reflex. Jellemző tünete az apnoe, melyet bőrszín-, izomtónus változás kísérhet. Epizódikus. A diagnózis felállításában az anamnesztikus adatok és a klinikai tünetek a döntőek, és nem az eszközös vizsgálatok. A kezelést a vizsgálati eredmények negativitása ellenére is meg kell kezdeni, mely a savsecretio gátlásából áll.

A Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórház Gyermekosztályán 2006.01.01-2010.12.31. között összesen 17.342 beteget kezeltünk. Közülük a kiíró diagnózis 84 esetben ALTE-szindróma volt. Tanulmányunkban arra kerestük a választ, hogy az irodalmi adatoknak megfelelően koraszülöttekben gyakoribb-e az előfordulása és milyen egyéb kockázati tényezők mutathatók ki. A vizsgálati protokoll minden esetben azonos volt, természetesen individualis kiegészítésekkel.

Eredményeink azt mutatták, hogy az ALTE-szindróma beteganyagunkban, koraszülötteknél nem jelentkezett gyakrabban, mint az időre születetteknél. A savsecretio-gátló kezelés mellett relapsust mindössze három csecsemőnél tapasztaltunk. Mindezek ellenére hangsúlyozni szeretnénk, hogy a csecsemőkori hirtelen halál szindróma egyik rizikó tényezője az ALTE-szindróma. Elengedhetetlen a részletes anamnézis felvétel és a háttérben esetlegesen előforduló körképek pontos ismerete.

20

SEVERAL COLOURFUL APPEARANCES OF MECKEL'S DIVERTICULUM IN ADULTS – 7 CASES

Bogsch B.¹, Schafer E.¹, Visnyei Z.¹, Harmos F.², Iványi A.², Kardos K.³, Kósa R.⁴, Lestár B.², Jackel M.⁴, Gyököres T.¹, Banai J.¹, Military Hospital, Gastroenterology¹, 2nd Dept. of Surgery², Radiology³, Pathology, Budapest⁴

Introduction: The Meckel's diverticulum in one of the most common congenital malformation of the gastrointestinal tract, occurring in 2-4% of the population. It is diagnosed mostly in the childhood due to some kind of complication. The most frequent clinical manifestation is the bleeding due to ectopic gastric mucosa. Other complications can be ileus, perforation, abscess and tumor. It is rarely diagnosed in adults, but we have to think about it.

Patients: From the computer database the Meckel's diverticulum (Q4300) was reported in 14 cases in the last 5 years. It was accidental finding in 7 cases, but a main diagnosis in other 7 patients. All of our patients were male with average age of 43 years. The indication of surgery were 2 massive gastrointestinal bleeding, 4 intraabdominal abscess and 1 case with intestinal obstruction. The 2 bleeding patients were 71 and 17 years old. In both cases massive anemia developed until the establishing the diagnosis (12 vs. 72 hours). Hematocrit values decreased from 0.31% to 0.19% vs. From 0.33 % to 0.27 %-ra, and needed large amount of transfusions (in sum 12/4 E blood transfusion, 10/2 E fresh frozen plasma). Four patients had acute abdomen. Severe right lower quadrant pain with elevated inflammation markers (CRP: 134/160, WBC: 12/17 G/l) were observed. The most important imaging technique was CT/angio-CT. In five cases that was the main indication of surgery, showing abscess, thickened wall of the bowel or localized the source of bleeding. In 3 patients former ambulatory gastrointestinal evaluation (gastrosocopy, colonoscopy, capsule endoscopy, CT/CT-enteroclysis/angio-CT) were performed. In 2 cases with negative results and in 1 case with a false diagnosis of Morbus Crohn. During surgery segment resection of Meckel's diverticulum was performed in all 7 cases with small resection of terminal ileum in 3 patients. Appendectomy was done in 3 patients with intraabdominal abscess, and adhesiolysis was performed in 1 case.

Conclusion: Meckel's diverticulum can be manifested with various complications even in adults, so you should take it in mind.

INTRACELLULÁRIS PH SZABÁLYOZÁS AMELOBLASZT EREDETŰ SEJTEKBEN – BIKARBONÁT TRANSPORTFOLYAMATOK FUNKCIONÁLIS VIZSGÁLATA

Bori E.¹, Varga G.¹, Bronckers A.², Orálbiológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Department of Oral Cell Biology ACTA, University of Amsterdam and VU University, Amsterdam²

Bevezetés: A fogzománc fejlődése két fázisra osztható: a kezdeti szekréciós fázis során megtörténik a kristálygőcként szolgáló szerves mátrix elválasztása az ameloblasztok által. Később az érési fázis során a legtöbb fehérje degradálódik, helyüket a jelentős mértékben megnövekedett hidroxipapatit kristályok töltik ki. A nagymértékű kristályképződés lokális savasodást okoz, amely akár gátjává is válhat a további mineralizációnak. Így szükségszerűnek tűnik, hogy az ameloblasztok aktív transzportfolyamatok révén részt vegyenek a pH szabályozásban is. Számos HCO₃⁻ szekrécióban érintett transzporter jelenlétét mutatták ki ezekben a sejtekben immunhisztokémiai és PCR módszerekkel. Célunk, hogy polarizált modellt létrehozva funkcionális vizsgálatok segítségével tanulmányozzuk az ameloblasztok HCO₃⁻ transzportfolyamatait.

Módszerek: Az ameloblaszt eredetű Hat-7 sejteket poliészter membránokra ültettük, háromféle tápoldatot alkalmaztunk a differenciálódás elősegítésére. Az epitélium zárt voltát ellenállásméréssel ellenőriztük. Az intracelluláris pH-t és HCO₃⁻ transzportot mikrofluorometriás módszerrel mértük.

Eredmények: A Hat-7 sejtek polarizált epitéliumot alkottak a membránokon, a transzeptit ellenállás a kontroll DMEM-F12 médiumban az ötödik napon 278±13 Ωcm² volt. Az alap tápoldatot dexametazonnal kiegészítve és kalcium koncentrációját 2,1 mM-ra beállítva jelentős ellenállás növekedést tapasztaltunk, Hepatostim oldatot alkalmazva érték el a legmagasabb ellenállás értéket. Az ötödik napon mért transzeptit ellenállások rendre: 502±62 és 1185±149 Ωcm², ami szoros kapcsolatot kialakulására utal. Amikor a sejtek bazolaterális oldalát CO₂/HCO₃⁻ tartalmú oldattal perfundáltuk, jelentős sejten belüli pH emelkedést tapasztaltunk (0.43±0.06 pH egység/perc, n=13). A pH emelkedés 1 mM acetazolammal vagy 500 μM H₂DIDS-szel gátlható volt (0.14±0.02 és 0.26±0.01 pH egység/perc, n=8 és 4), ami sejten belül HCO₃⁻ felhalmozódását jelzi, egy membrán kötött szénsav-anhidráz és egy nátrium-bikarbonát kotranszporter együtműködésének köszönhetően.

Következtetés: Sikeresen kidolgoztunk egy új, korábban nem ismert polarizált modellrendszert az ameloblasztok elektrolit transzport folyamatainak tanulmányozásához. Ezen a polarizált epitéliumon bazolaterálisan kimutattuk két, a pH szabályozásban és bikarbonát transzportban kulcsszerepet betöltő fehérje működését.

BIOIMPEDANCE ANALYSIS IN A WEIGHT-LOSS PROGRAMME DURING CARDIAC REHABILITATION

Bozóné Kegyes R.¹, Figler M.², Dombóvári Szt. Lukács Eü. Non-profit Kft.¹, Pécsi Tudományegyetem II. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai Centrum²

Rationale: Bioimpedance is a quick, non-invasive method to assess body composition, to track changes in fat proportion during a weight-loss programme and to follow-up changes in body water proportion and shift between extra- and intracellular spaces. These parameters are of interest in a cardiac rehabilitation unit.

Methods: Patients were selected based on their willingness to participate in a weight-loss programme during their rehabilitation. Quadscan4000 was used to measure body composition. We used a balanced, low-fat diet based on the measured Basal Metabolic Rate. Beside the routine physical training, patients were advised to walk an extra 5 km, monitored with a pedometer. Data were analysed with Student's paired T-test.

Results: Ten patients undertook the programme. Their mean age was 57±11 years. The mean BMI was proved to be 38.6 at the start. The average weight-loss was 4% (p=0.01). The measured initial fat proportion was 46.8%, that declined significantly (p=0.01) to 44.5%. The lean body mass did not changed significantly, even a slight increase could be detected (52.2 kg to 52.4 kg). The BMI decreased significantly (p=0.01) to 37.3. The BFMI decreased from 18.3 to 16.5 (p=0.007), meanwhile the FFMI was stable. Patients daily

walked on average 4 km. They reached or exceeded the 5 km limit in 30% of the days (min: 1.14 km, max: 13.7 km).

Conclusion: Patients who intended to loose weight could succeed with the help of professionals in a controlled environment. This initial change is crucial, because it demonstrates the result of efforts and it is a fix point that can be referred to in the later phase of weight-loss programmes. Bioimpedance analysis serves as control in adherence to the programme and raises the compliance of the patients.

A PANCREAS PSEUDOCYSTA ÉS PANCREAS ABSCESSUS ENDOSCOPOS KEZELÉSÉNEK GYAKORLATI ÉS AKTUÁLIS KÉRDÉSEI

Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Pap Á.¹, Budapest, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Részleg¹

Az endoszkópos cystogastrotomia és cystoduodenostomia pancreatitisben a sebészi eljárással azonos értékű beavatkozás, sőt a beteg szempontjait is figyelembe véve előnyösebbnek is mondható. Későbbiek során a vezeték eltéréseit endoszkópos intervencióval, szükség esetén műtétileg lehet megoldani. Az elmúlt három év során EUS vezérelt cystaszájzatást 5 beteg (3 férfi és 2 nő, átlagéletkor 54 év) esetében végeztünk. A beavatkozások során primeren 4 esetben helyeztünk be fedett fémszentet, egy esetben pedig részlegesen fedett fémszentet váratlan migrációja miatt utóbb ezt is teljesen fedett stentre cseréltük. A felhasznált biliaris fémszentek közül négy esetben 5 cm-es fedett és egy 6 cm-es részlegesen fedett stentet alkalmaztunk, ill egy esetben 6 cm-es fedett duodenum stent került behelyezésre. Az esetek többségében (4 eset) a stent helyzetét clippel rögzítettük elkerülve a migrációt, egy esetben a clippek hiánya elmozduláshoz vezetett. Az epelfolyás monitorizálására ill a szövődmények kivédésére 4 esetben nasobilis drain került behelyezésre, abban az esetben ahol ez nem történt meg a beavatkozás másnapjára infectív szövődmény megjelenését észleltük, mely szükségessé tette nagyobb átmérőjű duodenum fémszent behelyezését és néhány napos betadinos lavage-t. Három esetben a korábban megkezdett jejunális táplálást tovább folytattuk. Az EUH vezérelt cysta szájaztatás a hagyományos módszerrel összehasonlítva jelentős előnnyel bír a klasszikus endoscopos módszerhez képest. Az EUH előnyei közé tartozik a cysta és környezete vérellátottságának vizsgálata, a pontosabb lokalizáció és a punctio alatti folyamatok szemkontroll lehetősége. Mindezek alapján a szakirodalomban közölt, mára már nagyszámú beavatkozás szövődményeinek aránya alacsony, és a hosszú távú követés alatt észlelt komplikációk is elsősorban az alapbetegségből adódnak. Jelenleg már rendelkezésre állnak a cystostoma lumenének fenntartására a rövidülő, dupla „galléros”, jól fixálható öntáguló fémszentek, amelyek alkalmazása egyszerűbb, és többek között a cystatartalom egyenletes ürülését is biztosítják. Az utóbbi évek továbbfejlesztett endoscopos operatív eljárásai is megvalósíthatók a stabil szájadékú fémszenteken át, ill. második, harmadik ülésben előretekintő gastroscopot igénybe véve lehetővé válik a cysta ürítésben való manipuláció, cytológiai mintavétel és a debris eltávolítása.

A HASNYÁLMIRIGY MÁSODLAGOS TUMORAIRÓL

Bursics A.¹, Mersich T.¹, Besznayk I.¹, Pörnczy B.¹, Fekete A.¹, Ping O.¹, Salamon F.², Uzsoki utcai Kórház Sebészeti Érsébeszeti Osztály¹, Uzsoki utcai Kórház Patológiai Osztály²

Bevezetés: A hasnyálmirigy másodlagos daganatai létrejöhetnek környező szervek tumorainak direkt propagációjaként, vagy áttéti daganatként. Kezelésükre egyetlen végleges megoldás a sebészi eltávolítás lehet.

Beteganyag: Az elmúlt 18 hónap beteganyagát áttekintve osztályunkon 6 alkalommal kíséreltünk meg műtétet másodlagos hasnyálmirigy tumor miatt. 3 alkalommal a környező szervek daganatai (2 retroperitoneális tumor, 1 flexura lienalis tumor), illetve 3 alkalommal pancreasban megjelenő áttét miatt operáltunk. Ez utóbbi betegcsoportból 2 betegnél a korábban eltávolított emlő daganat áttéte jelent meg a pancreasban, míg egy betegnél szintén korábban eltávolított hypernephroma metastasisa jelentett gondot.

Megbeszélés: A hasnyálmirigy másodlagos tumorai közül a direkt ráterjedéssel kialakuló daganatok nem ritkák. A haránt vastagbél, a

gyomor és a retroperitoneum daganatai mind elérhetik a hasnyálmirigyet. A metastasisok sokkal ritkábbak a pancreasban. Az irodalmi adatok szerint tüdő, emlő, vese, prostata tumorok adnak leggyakrabban áttétet a hasnyálmirigybe. Nem ritka, hogy vesetumor áttéte úgy jelenik meg a hasnyálmirigyben, hogy egyéb helyen nem mutatható ki áttét. Ezen betegek gyógyulása a sebészi rezekció lehetőségétől függ. Amennyiben sikerül R0 rezekciót végeznünk hosszú távú túlélés remélhető. 3 betegünk esetében (2 retroperitonealis tumor, 1 hypernephroma áttét) sikerült a daganatot a hasnyálmirigy csonkolásával eltávolítani. Ezen betegeink jelenleg onkológiai gondozásban vannak, tumor mentesek. A másik három esetben lokális előrehaladottság, illetve disszeminált betegség miatt nem tudunk radikális műtétet végezni.

Következtetés: A hasnyálmirigy másodlagos tumorai -bár kihívást jelenthetnek a sebész számára- több alkalommal sikerrel gyógyíthatóak. Anyagunkban 50%-ban tudunk R0 rezekciót elérni, amivel megteremtettük a betegek hosszú távú túlélésének esélyét.

25

AZ EPEÚTI ENDOSCOPOS BEAVATKOZÁSOKAT KÖVETŐ PANCREATITIS ELŐFORDULÁSA, MEGELŐZÉSÉNEK ÉS A KONZERVATÍV TERÁPIÁJÁNAK A LEHETŐSÉGEI ENDOSCOPOS LABORUNK EGY ÉVES BETEGANYAGÁNAK FELDOLGOZÁSA ALAPJÁN.

Chamdin S.¹, Schumet P.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

Az epeúti endoscopy operatív beavatkozások közül az ERCP által kivitelezhető kezelések a nagyfelbontású videoendoscopy megjelenése óta csökkenő kockázattal járnak, ugyanakkor diagnosztikus és terápiás szempontból kiemelt jelentőséggel bírnak. Egyrészt az epe- és hasnyálmirigy elváltozások viszonylag nagy biztonsággal felismerhetők, a pontos histológiai differenciáldiagnosztikát a biopszia vétel lehetősége teszi lehetővé Vater papilla és epeúti daganatok esetén. Terápiás szempontból a cholestasis megszüntetése, a kőextrakció, a bilialis pancreatitis tehermentesítő drainage, az enobiliaris és nasobiliaris stentbeültetés (papilla stenosis, és/vagy epeúti stenosis esetén), valamint a Vater papilla bemetszése adenoma esetén definitív terápiás lehetőséget jelenthet. A legnagyobb gondosság ellenére azonban jelentkezhetnek szövődmények, ilyenek a korai vagy akár kezelés után napokkal kialakuló pancreatitis, vérzés, és a perforáció és peritonitis. Igen ritka a kontrasztanyag, nyugtató és/vagy fájdalomcsillapító adása után kialakuló túlérzékenységi reakció, veszélyeztető a beavatkozás alatti légzészavar vagy légzésleállás. Késői szövődmény általában a behelyezett stentek dislocatioja okozta hasi fájdalom, és secundær cholestasis. A szövődmények kialakulásában nem lehet elhanyagolni a comorbiditást, az életkort és a beavatkozást végzők jártasságát.

Beteganyag és módszer: Osztályunkon 2011. január -2012. február között 218 beteg esetén végeztünk ERCP vizsgálatot. Munkacsapatunk az ezt követően kialakult hypermiliaemia és pancreatitis és az esetenként szükségessé váló tápszonda lehelyezés számszerű adatait vizsgálta. A 218 vizsgálatból összesen 14 esetben (6,4 %) fordult elő post ERCP- pancreatitis, ebből 5 esetben vált szükségessé nasojejunalis táplálás. A fennmaradó 9 beteg (4%) carentia mellett panaszmentessé vált.

A leggyakoribb és leginkább veszélyeztető post-ERCP-s szövődmény a pancreatitis. Megelőzésében a vizsgálati gondosság, pontos indikáció, felismerésében a a konzekvens vizsgálati observatio protokoll, gyakorlatunkban a jejunális táplálás megfelelő módszernek bizonyult a terápiájában és a progresszió megállításában.

26

NALP3 INFLAMMASOME ACTIVATION IS MYD88-, BUT NOT TLR4-DEPENDENT AND INVOLVES BOTH PARENCHYMAL AND BONE MARROW DERIVED CELLS IN NON-ALCOHOLIC STEATOHEPATITIS (NASH)

Csak T.¹, Villai A.¹, Ganz M.¹, Lippai D.¹, Petrás J.¹, Nath B.¹, Kodys K.¹, Dolganiuc A.¹, Kurt-Jones E.¹, Szabo G.¹, Dept. of Medicine, Univeristy of Massachusetts Medical School, Worcester, Ma¹

Background and Aims: Endogenous danger signals from damaged hepatocytes in NASH might up-regulate and activate the inflammasome, that is a multiprotein complex that leads to IL-1 β secretion. We reported NALP3 inflammasome up-regulation activation in NASH. Here, we aimed to investigate the role of toll-

like receptor 4 (TLR4) and the common TLR adaptor, MyD88 in the activation of NALP3 inflammasome. Furthermore, we aimed to investigate which cell types are involved in the inflammasome activation in the liver in NASH.

Methods: Wild type (WT), TLR4- and MyD88-deficient (KO) mice, and WT mice transplanted with MyD88 KO bone marrow (WT/MyD88KO-BM) or MyD88KO mice with WT bone marrow (MyD88KO/WT-BM) received methionine-choline-deficient (MCD) or -supplemented (MCS) diet. Results: MCD diet-induced NASH resulted in up-regulation of TLR4, MyD88 and NALP3 inflammasome (NALP3, ASC, pro-caspase-1) mRNA, and mature IL-1 β (17kDa) protein and caspase-1 activation in the liver compared to MCS diet feeding in WT mice. Total body deficiency in TLR4 although attenuated the MCD diet-induced liver injury and steatosis, but did not prevent the either the NALP3 up-regulation or the IL-1 β production. MyD88 is a common adaptor molecule of most of the TLRs, including TLR4, but also TLR9. Total body deficiency in MyD88 prevented up-regulation of NALP3 mRNA and mature IL-1 β production and significantly attenuated liver damage and steatosis in NASH. Selective MyD88-deficiency in bone marrow-derived or parenchymal cells prevented NALP3 mRNA up-regulation and attenuated IL-1 β production in both chimeras (WT/MyD88KO-BM and MyD88KO/WT-BM). Interestingly, WT/MyD88KO-BM mice were protected from MCD diet induced steatosis and liver damage, but liver injury was comparable between MCD diet-fed WT and MyD88KO/WT-BM mice suggesting that BM-derived cells contribute to NASH in a MyD88-dependent manner.

Conclusions: We demonstrate for the first time that NALP3 inflammasome activation requires MyD88-dependent signaling in the MCD diet-induced NASH, but the deficiency of TLR4 is not enough to prevent the inflammasome priming and activation. Finally, we show that both bone marrow-derived and parenchymal cells contribute to IL-1 β production and the absence of MyD88 in bone marrow-derived cells attenuates steatohepatitis.

27

AKUTE HEPATITIS C DER „HELDEN VON BERN“ UND DAS VERSAGEN DER „GOLDENEN ELF“ (=ARANYCSAPAT)

Csepregi A.¹, Medizinische Klinik, DiaMed Clinic Neuendettelsau, BRD¹

Sporthistorischer Hintergrund: In Bern, am 04. Juli 1954 besiegte überraschenderweise eine als krasse Außenseiterin gehandelte deutsche Fußballf die unschlagbar geltende ungarische Mannschaft im Finale der Fußballweltmeisterschaft.

Im Gegensatz zu der glorreichen Geschichte der deutschen Elf zählt das verlorene Endspiel 1954 zu den größten Tragödien des ungarischen Fußballs und dadurch auch der (Sport)Geschichte Ungarns. Die Ursachen der „nationalen Katastrophe“ werden nach wie vor sehr kritisch diskutiert, ohne den tatsächlichen Grund des Versagens der Mannschaft bisher verstanden zu haben. Die ungarische Mannschaft mit den damaligen Weltstars Puskas, Hidegkuti, Czibor und Bozsik blieb nämlich in 31 Länderspielen in Folge ungeschlagen, bis sie im WM-Endspiel Deutschland unterlag. Sie galt als die mit Abstand stärkste der Welt und ist als „Goldene Elf“ (= Aranycsapat) in die Geschichte eingegangen. Die „Goldene Elf“, die in der Vorrunde wenige Tage vor dem Finale die deutsche Fußballf mit einem verheerenden 8 : 3 schlug und nach 8 Minuten im Finale 2 : 0 führte, verlor unverständlicherweise das Endspiel gegen die gleiche deutsche Mannschaft.

Medizinischer Hintergrund: Weithin in Vergessenheit geriet dagegen der Umstand, dass nach der WM ein Großteil des deutschen Aufgebots an einer akuten Hepatitis erkrankte. Erst 3 Monate nach dem glorreichen Sieg der Mannschaft wurden die ersten Fälle von Gelbsucht bei den deutschen Spielern (Fritz Walter, Helmut Rahn, Max Morlock und Bernd Kubisch) öffentlich. Zumindest einem, möglicherweise sogar 3 Spielern kostete diese Hepatitis das Leben.

Ziel & Methode: Anhand von Daten einer Recherche der medizinischen Fachliteratur sowie des Internets wurden die Umstände und die möglichen Ursachen der akuten Hepatitis der deutschen Mannschaft von Bern untersucht, um die Umstände der Ereignisse zu klären und dadurch auf die nach wie vor offenen Fragen der Berner Tragödie der „Goldenen Elf“ Antwort zu kriegen.

Schlussfolgerung: Anhand der Analyse der vorliegenden Daten handelte es sich im Hintergrund der Gelbsucht der „Helden von Bern“ am ehesten um eine akute Hepatitis C. Der Übertragungsweg erschien parenteral, am ehesten durch intramuskuläre Injektionen

erfolgt zu sein, wobei die den Fußballspielern verabreichten Substanzen (Vitamine, Glukose, Pervitin (= Metamphetamin), ?) spekuliert und diskutiert werden müssen.

28

DER STELLENWERT DER TRANSABDOMINELLEN SONOGRAFIE ALS ERSTBILDGEBUNG BEI UNKLAREN BAUCHSCHMERZEN: DATEN AUS EINEM KRANKENHAUS DER GRUND- UND REGELVERSORGUNG.

Csepregi A.², Höhn T.¹, Ho C.¹, Klinik für Innere Medizin, Hufeland Klinikum Bad Langensalza GmbH¹, Medizinische Klinik, DiaMed Clinic Neuendettelsau²

Hintergrund: Die transabdominelle Sonografie ist eine nicht-invasive Echtzeituntersuchung, die jederzeit verfügbar ist und in der im Gegensatz zu radiologischen Methoden keine Röntgenstrahlung zur Anwendung kommt.

Ziel: den Stellenwert der transabdominellen Sonografie als Erstbildgebung bei unklaren Bauchschmerzen zu untersuchen.

Patienten & Methode: Von 1.373 Patienten, die eine transabdominelle Sonografie erhielten, wurden 184 ausgewählt, bei denen die Sonografie als Erstbildgebung bei unklaren Bauchschmerzen erfolgte. Das mittlere Lebensalter betrug 60,6 Jahre. Die sonografisch ermittelten Erstbefunde wurden den Abschlussdiagnosen gegenübergestellt und auf ihre Übereinstimmung geprüft. Des Weiteren wurde die Sonografie mit bildgebenden Verfahren (CT und MRT) verglichen. Zur sonografischen Diagnostik wurde das High-End-Gerät Philips iU22 verwendet.

Ergebnisse: Mit Hilfe der Sonografie wurden bei 114 von 184 Patienten (62 %) klinisch relevante Befunde erhoben, wovon 106 (93 %) bezogen auf die Abschlussdiagnose richtig waren. Vergleicht man die Sonografie mit den weiteren bildgebenden Verfahren wie CT oder MRT, erbrachte die radiologische Bildgebung bei 49 von 58 Fällen (84,5 %) keine weitere klinisch relevante Information. Die endoskopische Diagnostik konnte bei 72 % der Patienten den sonografischen Befund bestätigen. Bei 25 Patienten gelang es mit Hilfe der oberen Endoskopie einen neuen, klinisch relevanten Befund zu erheben, der sonografisch nicht festzustellen war.

Schlussfolgerung: Die Sonografie ist der Goldstandard der bildgebenden Diagnostik in der Notaufnahme und spielt eine herausragende Rolle als Erstbildgebung bei Patienten mit unklaren Bauchschmerzen. Die radiologische Bildgebung liefert in der Regel keine zusätzliche Information.

29

FIBRINRAGASZTÓ ALKALMAZÁSA GASZTROINTESTINALIS VÉRZÉS ENDOSCOPOS ELLÁTÁSÁRA- ESETISMERTETÉS

Csikós D.¹, Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Szabó E.², Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet Invaszív Gasztroenterológiai Onkológiai Részleg, Budapest¹, Országos Onkológiai Intézet²

Daganatos betegségben szenvedő betegek GI vérzése kihívásokkal teli klinikai probléma. A vérzésforrások többsége ebben a betegcsoportban is megegyezik a daganatmentes populációban előforduló okokkal, azonban vérzésforrásként gyakran maga a tumor szerepel.

A vérzés csillapítására számtalan lehetőség kínálkozik. Terápiás lehetőséggel rendelkezik az intervencios radiológus, a sugárterapeuta, a sebész és természetesen a gasztroenterológus. Esetünkben thrombin+ fibrinogén oldat endoscopyos infiltrációját alkalmaztuk.

Esetismertetés: 79 éves, onkológiai ellenőrzés alatt álló férfi beteg esetét ismertetjük, akinek anamnézisében colon tumor miatti sigma resectio, pajzsmirigy tumor miatti sebészeti beavatkozás, colon tumor májmetasztázisa miatt sebészeti ill. onkológiai kezelés szerepel. Gravis anaemia hátterében az elvégzett gastroscopos vizsgálat harmadik tumorként kifehélyesedő gyomordaganatot igazolt. Az inoperabilis beteg palliatív ellátásaként endoscopyos vérzéscsillapítást végeztünk.

Eredmény: 2x5 ml thrombin+ fibrinogén oldat együlésben történő sequenciális infiltrációja kiegészítve acepramin per os adagolásával, a vérzés megszüntetése szempontjából hatékonyan bizonyult. Négy nappal a beavatkozást követően végzett kontroll gastroscopos vizsgálat során a fekély kitelődött, helye fehéren elszíneződött és a hámosodás megindult. A beteg emittálhatóvá vált.

Következtetés: egy egyszerű és hatékony módszert ismertettünk az onkológiai vérző betegek ellátására. A módszer szélesebb körű elterjedése számtalan lehetőséget rejt magában nem csak a gasztroenterológus, hanem az onkológus számára is.

Bár a kezelés ugyan több, mint 80.000 Ft, azonban az esetleges további transfusios igény és egy esetleges sebészeti beavatkozás költsége még magasabb lett volna.

30

METODIKAI MÓDSZER FEJLESZTÉSE VIZELET TIROZIN-SZULFÁT MEGHATÁROZÁSA CÉLJÁBÓL

Csomó K.¹, Kukor Z.¹, Semmelweis Egyetem, Orvosi Vegytani, Molekuláris Biológiai és Patobiokémiai Intézet, Budapest¹

Bevezetés: A humán tripszin a korábban publikált eredménnyel szemben nem foszforilálódik, hanem szulfatálódik a Tyr-SO₃-en. A fehérjék lebontásakor keletkező tirozin-szulfát (Tyr-SO₃-) egy része a vizelettel kerül kiválasztásra. A tripszinogén a napi fehérje expresszió kb. 7 %-át jelentheti. Ez alapozza meg azt az elképzelésünket, hogy a vizelettel kiválasztott tirozin-szulfát jelentős hányada valószínűleg tripszin eredetű. Krónikus pancreatitisben az emésztőenzimek termelése csökken. A pancreas elégtelen működését a széklet kimotripszin vagy elasztáz tartalmának csökkenésével mutathatják ki. A fekális enzim meghatározást nehezíti, hogy kivitelezése kellemetlenséget okoz a betegeknek és a laboratóriumi személyzetnek egyaránt.

Céltűzés: Érzékeny, gyors és költséghatékony módszer fejlesztése a vizelet tripszineredetű TyrSO₃- tartalmának meghatározására. Célunk annak becslése, hogy a vizelet TyrSO₃- tartalmának hány százaléka lehet tripszin eredetű, továbbá a fekális enzim meghatározás kiváltása a könnyebben kezelhető vizelet vizsgálatával.

Módszerek: A Tyr-SO₃- elválasztása anioncserélő oszlopkromatográfiával, vékonyrétegekromatográfiával (TLC) és kapilláriselektroforézissel (CE) történt. A mennyiségi meghatározást ninhidrines reakciót (NH) követően fotométerrel, illetve közvetlenül fluoriméterrel és CE-es elválasztásnál fotométerrel végeztük.

A tripszineredetű vizelet Tyr-SO₃- mennyiségének becsléséhez 24 órán keresztül éheztetett és normálisan étkező egészséges önkéntesek gyűjtött vizeletét használtuk fel. A két érték különbséget vesszük tripszineredetű Tyr-SO₃-nak.

Eredmények: A hagyományos, oszlopkromatográfiás-NH metodika munka- és időigényes. A vizelet Tyr-SO₃- TLC-vel történő meghatározása a futtatásnál kapott csíkok kenődése és a kapott jel változása miatt bizonytalan. A fluoriméteres meghatározást oszlopkromatográfiás elválasztás előzi meg. A módszer érzékenysége standard használatával megfelelően bizonyult (0,1 mikrog/ml – a kívánt érték 1 mikrog/ml), de a jel vizelet Tyr-SO₃- meghatározásnál elveszett. A CE módszer érzékenysége eléri a kívánt 1 mikrog/ml-es értéket, gyors és vizelet Tyr-SO₃- meghatározására is alkalmas.

31

A GYOMOR POLYPOID KÉPLETEINEK EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

Csontos Á.¹, Fekete B.¹, Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Berczi L.², Nagy P.², Herszényi L.¹, Juhász M.¹, Tulassay Z.¹, SE II. sz. Belgyógyászati Klinika¹, I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet²

Bevezetés: A gyomor polypoid elváltozásainak hazai előfordulási gyakorisága nem ismert, mivel ezek a képletek gyakran a felső panendoszkópia során véletlen kerülnek felfedezésre. Többnyire jóindulatú elváltozások, azonban 1-2%-ban rosszindulatú elfajulást mutatnak. Vizsgálatunk célja a hazai gyomorpolypos-incidenciának, és a kialakulásukat befolyásoló kóroki tényezők gyakoriságának felmérése volt.

Módszerek: Retrospektív vizsgálatunkban a SE II. sz. Belgyógyászati Klinika endoszkópos laborjában 2010. márciusától 2011. júniusáig végzett felső panendoszkópiák adatait dolgoztuk fel. A gyomorpolyposok szövettani osztályozása Odze és Goldblum ajánlása szerint történt.

Eredmények: A vizsgált 16 hónap alatt a klinikán 4174 gasztroszkópos vizsgálat történt, ami 193 alkalommal, az esetek 4,62%-ában igazolt gyomorpolypos. A polypok felfedezésekor az átlagéletkor 65,89 év (medián: 66 év, szórás: 12,7 év) volt. A nemek közötti megoszlásban eltérés nem mutatkozott (p=0,594). Az esetek 33,67%-ban (65 fő) hyperplasticus polypot, 31,09%-ában (60 fő)

fundus-mirigy polypot igazolt a szövettani vizsgálat. Az esetek maradék részét képező egyéb típusú polypoid képletek közül 4 malignus elváltozásnak, 2 tubularis adenomának, 1 súlyos fokú dysplasiával járó polypusnak bizonyult. Többszörös polypok az esetek 37.31 %-ában (72 alkalom) fordult elő. A betegdokumentáció az esetek 26.42%-ában (51 esetben) korábbi polypokról számolt be. A fundus-mirigy polypusos betegek között gyakoribb volt a protonpumpa-gátló (PPI) használat ($p=0.007$), de a *H. pylori* fertőzöttség ($p=0.325$), és az idült gastritis ($p=0.447$) nem fordult elő jelentősen gyakrabban, mint az egyéb típusokban. A hyperplasticus polypusos csoportban gyakrabban találtunk idült gastritist ($p=0.032$), ugyanakkor a PPI szedése és a *H. pylori* fertőzöttség nem befolyásolta e típus gyakoriságát ($p=0.115$ illetve $p=0.119$).

Következtetés: Adataink alapján a gyomorpolyposok előfordulása gyakoribb hazánkban, mint az a nemzetközi adatok alapján várható lenne (4,6 vs. 3%). Az esetek negyedében korábban is volt polypusa a betegnek, több mint harmadában többszörös polypusokat észleltünk. A fundus-mirigy polypusok előfordulási gyakorisága a tartós PPI használat, míg a hyperplasticus polypusok előfordulása az idült gastritisek gyakoriságával mutat összefüggést.

32

TWO-STEP ENDOSCOPIC TRANSMURAL DRAINAGE OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

Czakó L.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹

Background: Pancreatic pseudocysts are a major complication of chronic and acute pancreatitis and often require endoscopic intervention. The aim of this study was to evaluate the technical results and clinical outcome of two-step endoscopic transmural drainage in patients with symptomatic pancreatic pseudocysts measuring >4 cm.

Methods: Four consecutive patients with pancreatic pseudocysts underwent endoscopic transmural drainage in 2011. The pseudocyst was first identified endosonographically. Potentially interposed vessels giving rise to a higher risk of bleeding were ruled out by color Doppler examination. The point of puncture was marked. The echoendoscope was replaced by a therapeutic duodenoscope. Transmural puncture of the pseudocyst was carried out with a 10F cystostome, using the knife tip of the inner catheter, which was followed by entry of the inner catheter. Subsequently, the outer sheath of the cystostome was brought into the cyst by using electrocautery again, the puncture site thereby being enlarged. Finally, one or two 10F double pigtail stents were placed transmurally over the wire. All patients were followed up by transabdominal ultrasonography, the day following the intervention and after 4 weeks and 3 months. Stent extraction was performed endoscopically after resolution of the pseudocyst.

Results: The average size of the pseudocysts was 7.7 x 6 cm. Bulging was not present in 3 of the 4 cases. The route of the puncture was transduodenal in 2, and transgastric in 2 cases. The technical success rate for the procedure was 100%. The mean procedure time was 26 ± 7 min, and the average length of hospital stay was 2.25 ± 1.5 days. All these pseudocysts resolved within 3 months. No complication was observed. No cyst recurrence was perceived during a 9.5-month follow-up.

Conclusions: The use of two-step endoscopic transmural drainage appears useful and effective in the management of selected patients with symptomatic pancreatic pseudocysts, especially when bulging is not present.

33

SPORT, TESTOSTERONE, REFLUX, PPI, FUNDOPLICATION AND THERAPY REFRACTER CHRONIC ABDOMINAL PAIN IN THE CASE OF A YOUNG MALE.

Czimmer J.¹, Szabó I.¹, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, Clinical Centre, Gastroenterology Ward, University of Pécs¹

Case history: A male patient born in 1979 suffered from recidive epigastric pain having need for several hospital admissions since 1997. In 1999 GERD was diagnosed after a pain relapse, when gastroparesis (T1/2=140 min) was detected by scintigraphy. Since then a chronic proton pump inhibitor (PPI) maintenance therapy was introduced. In 2009 a persistent 2 cm subcardiac erosive spot had

been detected by gastroscopy, patohistology showed consequently parietal cell hyperplasia.

Because of persistent symptoms, early morning pain, vomiting, then bettering during daytime, a systematic diagnostic approach followed and referral to „GERD Centre”. Patient was a sport body builder lifting heavy weight, used testosterone for improving muscle weight. During gastroscopy and controls at painful episodes his hiatal hernia was found to change size, and duodeno-gastric bile reflux (DGBR) was described. PH-metry and esophageal manometry proved significant acid reflux on the basis of hiatal hernia, Bilitec proved overnight DGBR correlating with his pain. Cholestyramine relieved pains (but not prevent) for a couple of months, then pain relapsed. Octreotide CT scanning showed an active spot in pancreas, when autonomic hypergastrinaemia was excused with direct hormone detection after PPI free period. SSRI and TCA treatments failed to act. Persistent erosive spot was treated by argon plasma coagulation, that relieved pain at the first time, but failed to act after the second course of treatment. Because of everyday painful episodes, lost of weight and worsening of quality of life, the moving hiatal hernia was treated by Nissen's fundoplication. Then patient had the same painful episodes next to PPI and cholestyramine, worsening because of inability of vomiting, however gastroscopy showed a great improvement of endoscopic view, and histology normalized. Introduction of amitriptylin treatment reaching 50 mg dose relieved pains and patient started to gain weight.

Summary: Complex treatment of objective painful reasons could not relieve symptoms after 10-years PPI use and testosterone abuse. SSRI and TCA could not solve organic pain in themselves. A chronic PPI treatment and bile reflux induced gastric hypersensitivity could be treated finally by amitriptylin that can be useful final tool when tolerated in pain predominant functional GI disorders.

34

A GIARDIASIS JELENTŐSÉGE A MALABSORPTIOS SYNDROMA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Czirják K.¹, Vén L.¹, Iszlai É.¹, Kapin M.², Francz M.², Szegedi J.¹, Jóna András Oktatókórház, Isz. Belgyógyászati Osztály, Gasztroenterológiai Részleg, Nyíregyháza¹, Jóna András Oktatókórház, Patológiai Osztály, Nyíregyháza²

Bevezetés: A malabsorptio a tápanyagok bélből történő felszívódásának zavara következtében kialakuló kórállapot, mely egyik leggyakoribb oka a coeliakia. Diagnózisának pilléreit a felsőpanendoscopia során nyert pozitív eredményű duodenum biopsia, és specifikus laborvizsgálatok, a szöveti transzglutamináz vagy endomysium ellenes antitest kimutatása adják. Esetenként kétes vizsgálati eredményeket kapunk, mely a coeliakia diagnózisát megkérdőjelezi, különösen ha a gluténmentes diéta ellenére a panaszok perzisztálnak. A tünetek hátterében számos olyan kórkép is állhat, melyek jóval ritkábban kerülnek felismerésre, mint az az epidemiológiai adatok ismeretében várható lenne. Ilyen kórkép a giardiasis, melyet egy egysejtű parazita, a Giardia lamblia okoz. Előfordulási gyakorisága 2–20% körüli, incidenciája kb. 10/100.000 lakos/év. A fertőzés a kórokozóval szennyezett víz, ételek, vagy zoonosis által terjed. Klinikailag megjelenhet tünetmentesen, akut vagy chronikus hasmenést, ezáltal következményes malabsorptiót okozva. Diagnózisra székletpeték vagy székletantigén kimutatásán, duodenum nedv vagy biopsia vizsgálatán alapul. Antibiotikus eradikációját követően a malabsorptios tünetek is megszűnnek.

Betegek, eredmények: 2008 és 2011 között osztályunkon 5 betegben igazolódott giardiasis. A betegek átlagéletkora 47,6 év volt, férfi túlsúllyal. Minden esetben coeliakia irányú vizsgálatok folytak. Tünetileg hasi dyscomfort, hasmenés, fogyás, vashiányos állapot volt a vezető tünet. Felsőpanendoscopia során aspecifikus elváltozásokat, gyulladást vagy atrophiát észleltünk a duodenumban. Négy esetben coeliakia irányú laborvizsgálat negatív eredményű volt. Két betegben a korábbi hystológiai lelet utólagos reviderora szorult. Minden beteget eradikációs javaslattal láttunk el. A kezelést követően a kezdeti tünetek egy beteg esetén álltak fenn, habár a giardiasis mellett egyéb megbetegedés is igazolódott.

Következtetések: Munkákkal arra szeretnénk ráirányítani a figyelmet, a malabsorptio syndroma egyik lehetséges okaként a giardiasis kóroki szerepére is gyakrabban szükséges gondolnunk, figyelembe véve azt, hogy ezen betegség vélhetően alul diagnosztizált. Ezt saját adataink is alátámasztják. A negatív laboreredményű, diétára nem reagáló coeliakiás esetekben a diagnózis újragondolásra is szükség lehet. Nem eléghetünk meg kétes, nem egyértelmű – bár jóval gyakoribb – diagnózisokkal.

PERCUTAN ENDOSCOPOS GASTROSTOMA BEÜLTETÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK 2005. ÉS 2012. KÖZÖTT

Czuczor V.¹, Rácz F.¹, Ágoston L.¹, Cziráj K.¹, Lengyel K.¹, Jósa András Oktatókórház Nonprofit Kft., I. Belgyógyászat, Nyíregyháza¹

Bevezetés: A kórházban kezelt, súlyos betegségben szenvedő betegek jelentős részénél fordul elő malnutrició, amely a beteg állapotát jelentősen súlyosbító tényező. A megfelelő tápláltsági állapot biztosítása mind a megfelelő gyógyulás, mind a szövődmények kivédése céljából fontos. A percutan endoscopos gastrotomia (PEG) megfelelő indikáció és alapfeltételek esetén a tartós enteralis táplálás egyszerűen, olcsón és gyorsan kialakítható módja.

Céltűzés-beteg/módszerek: Endoscopos laboratóriumunkban 1998-tól végzünk PEG beültetést. Tanulmányunkban a 2005.08.01. és 2012.03.28. közötti időszakot tekintettük át. A betegek nemi és életkori megoszlásán túlmenően vizsgáltuk a beavatkozás elvégzésének legfőbb indikációit, a maior és minor szövődmények előfordulási arányát, a PEG-en keresztül való táplálás időtartamát, a mortalitást.

Eredmények: Az elmúlt közel 7 év során összesen 467 esetünk volt. A beavatkozás áthúzásos módszerrel történt, antibiotikus védelemben.

Indikációkat tekintve neurológiai betegség 68 %-ban (leggyakrabban cerebrovascularis laesio / mintegy 40% /) oropharyngealis tumor 27 %-ban (leggyakrabban a mesopharynx tumora (6%)), egyéb tumor (tüdő, nyelöcső) 5 %-ban fordult elő.

Maiores szövődmény előfordulási aránya 6%-os volt: PEG szonda migratio, abscessus, mucosa decubitatio következményes purulens gastritis és ulcus.

Minor szövődmenyként, a használat során leggyakrabban peristomalis dermatitist és a PEG meglazulását, következményes savas csorgást láttunk (17 %).

Technikai szövődmény 1% -ban fordult elő, maior komplikációként: gyomorperforatio, duodenalis obstrució, minor szövődmenyként: vérzés az endoscopia kapcsán.

A kimenetelt áttekintve (a rendelkezésünkre álló adatok alapján, a betegek egy részét tudtuk csak követni), a betegek mintegy 40 %-a 3 hónapon belül exitált, 7 % tartósan viseli, 7 %-nál a dysphagia javulásával a PEG eltávolításra került.

Következtetések: A beavatkozások száma évről-évre nő. Leggyakrabban neurológiai betegség és oropharyngealis tumor okozta dysphagia volt az indikáció. A szövődmények előfordulási aránya relatíve alacsony, a beavatkozás következtében előforduló mortalitás elhanyagolható. A magas korai összehalálozás hátterében egyrészt a tumoros esetek magas arányszáma áll, másrészt gyakran a súlyos állapotú betegeknek is beültetjük a PEG-et, amikor még a betegség kimenetele nem megjósolható.

Össességében a PEG biztonságos eljárás, a betegek számára minimális megterhelést jelent, javítja az életminőséget. A per os kielégítően táplálkozni nem tudó betegek komplex kezelésének szerves részeként kell alkalmaznunk, de nem az infaust esetekben.

RITKA VÉRZÉSFORRÁSOK ÉS INVAZÍV ELLÁTÁSUK OSZTÁLYUNKON

Dabi Á.¹, Schumet P.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Bajcsy- Zsilinszky kh. I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹

A GI vérzések osztályozása több szempont szerint lehetséges. Az anatómiai lokalizáció alapján történő felosztás megkülönböztet felső-, illetve alsó GI vérzést. Klinikai tünetek alapján a vérzés megjelenési formája nyújthat támpontot a vérzésforrás azonosításához. A vérvesztés mértéke illetve üteme pedig elkülöníti a heveny- emiatt urgens beavatkozást szükségessé tevő- valamint az occult vérzést. Munkánk során nagyforgalmú gastroenterológiai osztályunkon GI vérzés miatt 2011-ben ellátott 209 beteg anyagát tekintettük át. Az esetek 65%-ban a vérzés a felső-, 20,5%-ban az alsó gastrointestinalis tractusból eredt, míg a fennmaradó 14,5%-ban a vérzés forrása tisztázatlan maradt. Ezen tisztázatlan esetekben megvizsgáltuk a pontos diagnózis elmaradásának okait. Elemeztük a vérzések kimenetelét, az átlagos vérszükségletet, valamint a medicációs iatrogenia szerepét.

Az elemzett anyagból 4 ritkábban előforduló vérzésforrást emelhetünk ki. 2 betegnél diagnosztizáltunk Delafois léziót. Mindkét beteg anamnéziséből a korábbi ventricularis ulcus megléte emelhető ki. A 89 éves, orálisan antikoagulált nőbeteg esetében kombinált endoscopos (tonogen, hemoklip) vérzéscsillapítás történt. 43 éves férfibetegünk terápiájában a hemostipticumoké volt a főszerep. Mindkét betegnél a kezelés hatására a vérzés megszűnt. A diverticulosis okozta vérzések közül 2 esetet emelhetünk ki. A 65 éves férfi beteg vizsgálata során alsó GI tractusban lévő diverticulumból eredő vérzést lokalizáltunk, a definitív ellátás hemoklip felhelyezésével valósult meg. A 80 éves, antikoagulált, polymorbiditásban szenvedő nőbeteg esetében pedig az oesophagusban lévő diverticulumból észleltünk vérzést, kombinált endoscopos vérzéscsillapítást alkalmaztunk. Egy 89 éves nőbetegünk pedig a korábban már diagnosztizált GAVE szindróma miatt szorult ismételt argon plasma kezelésre.

A vizsgálati eredmények alapján, osztályunkon a felső GI traktus vérzései háromszor gyakrabban fordulnak elő, mint az alsó traktusé, és kialakulásukban a iatrogeniának is fontos szerepe van.

PEG-BEHELYEZÉS 2011. ÉVBEN INTÉZETÜNKBEN

Danicz I.¹, Homoky Z.¹, Zentai Á.¹, Nagy B.¹, IV. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház¹

Bevezetés: a PEG behelyezés gondosan kiválasztott beteganyagban, korrekt indikációval, a tápláltsági állapot növelésének, az enterális táplálásnak standard módszere.

Saját beteganyagunkban tekintettük át a módszer indikációját, szövődményeit.

Esetszám: 57

Indikáció: Fül-orr-gégészeti/fej-nyak sebészet: 25 eset (43,8%)

Neurológiai: 29 eset (50,8%) ebből ápolási osztályról átvett 23 eset (79%)

Egyéb: 3 eset (5,2%): tüdőtumor, nyelöcső kompresszió 1 eset sepsis, intenzív osztályos kezelés: 1 eset, Zenker diverticulum: 1 eset

Módszer: áthúzásos technika, antibiotikum profilaxis minden esetben (ceftriaxon vagy ciprofloxacín), midazolam premedicatio, local anaesthesia, gastroenterológiai vizsgálóban vagy műtői körülmények között (3 eset, 5,2%)

Betegek megoszlása: nő:37%, férfi: 63%

Szövődmények I. (a beavatkozás alatt)

minor: 4 (7%), többszöri szúrás, légúti spazmus

major: 1 (1,7%), légzésleállás, exitus

Szövődmények II. (30 napon belül)

pneumonia: 3 (5,2%)

bőr ulceratio, szivárgó vérzés, váladékozás: 4 (7%)

gastritis erosiva: 1 (1,7%)

Szövődmények III. (30 napon túl)

pneumonia: 1 (1,7%)

PEG tubus törés: 1 (1,7%)

ulceratio, váladékozás: 1 (1,7%)

hasi fájdalom, PEG-en keresztül gyomorba és hasüregbe jutó kontrasztanyag,

emiat mütét: 1 (1, 7%)

Szövődmények összesítése: 57 betegnek összesen 17 db szövődménye volt (29%)

Ebből minor szövődmény: 11 db (19%)

Major szövődmény (pneumonia, opus, exitus): 6 db (10,5%)

Összegzés: Össességében biztonságos eljárás. Major szövődmények a körültekintőbb betegbeválasztással csökkenthetőek. Minor szövődmények a technika begyakorlásával (PEG team) kiküszöbölhetőek. Nemzetközi adatokhoz képest (az összes eset 75%-a) a neurológiai PEG-ek száma és ebből az első ellátás kapcsán indikált PEG kevesebb. Kórházunkban a preoperatív (gégészeti, fej-nyak sebészeti) illetve neurológiai indikációval végzett PEG behelyezések számának növelése kívánatos.

AKUT MYELOID LEUKÉMIA ÉS CROHN BETEGSÉG TÁRSULÁSA TARTÓS AZATHIOPRIN ÉS BIOLÓGIAI KEZELÉSBEN RÉSZESÜLT BETEGÜNKÉL

Dávida L.¹, Palatka K.¹, Batár P.², Márton A.², Udvardy M.², Altörjay I.¹, Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Hematológiai Tanszék²

A gyulladásoos bélbetegségekben alkalmazott immunosuppresszív- (pl. azathioprin), illetve biológiai kezelés (infliximab) irodalmi adatok alapján növelik a malignus haematológiai betegségek előfordulását.

25 éves férfibetegünk anamnézisében 2004 óta felső gastrointestinalis traktust, a vékony és vastagbelet érintő Crohn betegség szerepel. 2005-ben Billroth I. szerinti gyomorresektio, 2010-ben cholecystectomy majd ileum resectio történt. 2008-ban és 2010-ben anti-TNF- α (infliximab) kezelésben részesült, illetve tartósan azathioprint (Imuran) szedett. 2011. augusztusban gyorsan emelkedő fehérvérsejt szám mellett a perifériás vérképében myeloblastokat észleltünk. Csontvelő vizsgálat és áramlási cytometria AML/M4 mellett szólt. Cytogenetikai vizsgálattal komplex karyotípus eltérés (46, XY, inv(16)(47, XY, +8, inv(16) / 46, XY) igazolódott. Molekuláris vizsgálatok közül az NPM gén mutáció hiánya szintén kedvezőtlen prognózisa utalt. Az FLT3 negatív volt. Két ciklus indukciós kemoterápiát (

39

KEMOTERÁPIÁT KÖVETŐ MÁJREZEKCIÓ CRC-S BETEGEKEN

Dede K.¹, Mersich T.¹, Besznyák L.¹, Teknős D.¹, Pörnczei B.¹, Salamon F.², Landherr L.³, Bursics A.¹, Sebészeti-Érsebészeti Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest², Onkológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest³

Bevezetés: Egyre több kolorektális eredetű májmetasztázisos beteg kerül kemoterápiás kezelés után májrezekcióra. A citotoxikus kezelések mellett egyre gyakrabban kapnak a betegek bevacizumab kezelést a rezekció előtt, sok esetben tervezetten neoadjuváns célzattal.

Módszer: Az Uzsoki utcai Kórház Sebészeti Osztályán 147 kuratív májrezekció történt 2006.12.01. és 2011.12.31. között. Vizsgálatunk során elemeztük a posztoperatív komplikációk számát, a klinikai-, radiológiai-, laboratóriumi- és patológiai adatokat.

Eredmények: 47 beteg kapott bevacizumabbal kombinált preoperatív kezelést, 30 betegnél egyéb citotoxikus kemoterápiás kezelés történt, 70 beteg pedig nem kapott kezelést a rezekció előtt. Összességében 60 (41%) betegnél észleltünk posztoperatív komplikációt. A morbiditás tekintetében nem volt szignifikáns különbség a csoportok között. A bevacizumab előkezelés nem befolyásolta a májfunkció regenerálódását.

Következtetés: A kolorektális eredetű májmetasztázisok rezekciója előtt alkalmazott bevacizumab kezelés nem befolyásolta a komplikációk gyakoriságát és a máj regenerálódását. Biztonságos a májrezekció előtt alkalmazott bevacizumab kombinált kemoterápiás kezelés, de javasolt a 6 hét várakozási idő betartása a sebészeti kezelés előtt.

40

EFFECTS OF PRECISE DETERMINATION OF BODY MASS INDEX IN PATIENTS WITH LOWER LIMB AMPUTATION

Deé K.¹, Hartmann E.², Lelovics Z.¹, 1st¹, 2nd International Institute of Nutrition Research, Hungary²

Background: About 7000 limb amputation is done in Hungary per year. According to the database of "Gyógyinfok" approximately 65 amputations can be expected for 100,000 inhabitants per year in Hungary, 57 of them is lower limb amputation. The most frequent cause of lower limb amputation is infection caused by poor peripheral circulation. The group of diabetic patients is a specific high-risk group. Due to the neuropathy patients do not sense the injuries on the leg, and also damages the blood vessels. Poor sensation and circulation make the cure of infections more difficult. Risk factors of peripheral vascular disease are diabetes, high blood pressure, high cholesterol level and smoking. Exact determination of body weight is very important to the preparation of appropriate prosthesis.

Aims: To determine the total body weight and the body mass index (BMI) of amputees, methodology that can be used in practice.

Methods: Calculation of total body weight from measured or estimated body weight and body height, determination of BMI that is needed to (nutritional) rehabilitation.

Subjects: adult lower limb amputees. Calculation of BMI from measured body weight and body height without correction is often an

incorrectly applied method in the practice. Authors represent the distorting results of this incorrect practice in 49 (31 males and 18 females) unilateral amputees and in 10 (8 male and 2 female) both legs (femur) amputees. In the absence of both lower limbs estimation of the body height from the length of the ulna, considering age and sex, is a reliable method. We can include people in the screening who were previously dropped out or "produced" false results.

Results: according to the BMI values calculated from the "original" data only one third of these patients belonged to the optimal category and one third have BMI ≥ 30.0 . Considering the weight of the missing limb 45 patients belonged to other category.

Conclusions: Authors are aware of the limited usability of BMI (especially regarding people older 65), however, draw attention to the incorrect classification that results form false – routine – use and the opportunities for practical use.

41

VÉRCSOPORT INKOMPATIBILIS MÁJÁTÜLTETÉSSSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK CSECSEMŐKORBAN

Dezsőfi A.¹, Gerner P.², Máthé Z.², Szőnyi L.¹, I.sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin, Essen²

Végállapotú májbetegségben a májátültetés elfogadott kezelési eljárás csecsemőkori. Ebben az életkorban, egyre jobban teret nyer az élődonor transzplantáció. Sajnos a szülők sem mindig megfelelő donorok, illetve számos esetben hiányzik a vércsoportegyezés.

2010-től 4 gyermek esetében került sor nem egyező vércsoportú máj beültetésére. Három gyermek esetében ABO különbség, 1 gyermek esetében Rh inkompatibilitás állt fenn. Két esetben az édesapa, egy esetben az édesanya, és egy esetünkben a nem vérszerinti nevelő nagymama volt a donor.

A gyermekek átlagos életkora 6 hónap volt átültetéskor, átlagos utánkövetés ideje: 7.5 hónap.

A transzplantációt követő egy éven belül minden gyerek kombinált immunsuppresszív kezelésben részesült (tacrolimus, mycophenolat és steroid), egy esetben MMF felszívódási problémák miatt emelt dózissal tacrolimus és steroid terápiát alkalmaztunk.

A megfigyelési idő alatt egy esetben jelentkező akut rejectio, mely steroid lökéskezeléssel kivédhető volt. CMV aktiváció miatt egy esetben intravénás antivirális kezelés vált szükségessé.

Kezdeti eredményeink azt mutatják, hogy a vércsoport inkompatibilis májátültetés eredményes eljárás csecsemőkori végstádiumú májelégtelenség esetében.

42

OUR RESULTS OF MEDIASTINAL ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION

Dubravcsik Z.¹, Serényi P.², Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital, Gastroenterology Department and OMCH Hungary Ltd, Kecskemét¹, Bács-Kiskun County Hospital, Pathology Department, Kecskemét²

Introduction: Endoscopic ultrasound (EUS) and EUS-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) in the posterior mediastinum is technically a relatively simple procedure, however the anatomical location is usually unfamiliar for the practicing gastrointestinal endoscopist. The aim of the present study was to analyze our results on mediastinal EUS-FNA.

Patients and Methods: We retrospectively analyzed our data on mediastinal EUS-FNA of 31 patients referred to our Endoscopy Center between 1 January 2010 and 1 January 2012. For the FNA 22 G Olympus EZ Shot and 22 and 25 G Boston Scientific Expect needles were used. Two-six needle passes were performed in each patients. All slides were prepared at the Endoscopy Unit but examined at the Pathology Department.

Results: We performed mediastinal EUS-FNA for enlarged lymph nodes or suspected mediastinal malignancy in all but 1 patient (suspected oesophageal cancer with undiagnostic biopsies). We suspected benign lesions based on the EUS morphology in 5, and malignant disease in 26 of them. The cytology confirmed all benign lesions and showed malignancy in 19 cases. 4 slides were not informative for cytological analysis. EUS suspected but cytology did not show malignancy of the enlarged mediastinal lymph node of a patient with central pulmonary tumour. In 1 patient PET/CT was equivocal, the EUS showed suspicion, but the cytology did not prove malignancy, and the patient was lost to follow up. The latter two

were counted as false negative EUS-FNA diagnoses. The diagnostic accuracy calculation was based on the 27 cases where the slides were informative: sensitivity 86%, specificity 100%, positive predictive value (PPV) 1.0, negative predictive value (NPV) 0.63. No complications were encountered.

Discussion: EUS-FNA of mediastinal pathology is accurate, safe and usually technically easy procedure, however it requires practice and skills of mediastinal anatomy. Our results are concordant with the literature. EUS-FNA has an excellent PPV, very good sensitivity, but slightly poorer NPV. Broader information of its usefulness is recommended especially for pulmonologists.

43

SELF-EXPANDING METAL STENTS IN THE PALLIATION OF MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION: OWN EXPERIENCES WITH 148 CASES

Dunkel K.¹, Bördös A.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Gyökerez T.¹, Dept. of Gastroenterology, Military Hospital, Budapest¹

Introduction: The diagnosis of papillary, pancreas, biliary duct and gallbladder tumors is often late and there is no chance for curative surgery. In many cases the condition of the patient render curative operation impossible. In these cases biliary metal stents are the best palliative method for resolving the jaundice of the patients.

Patients and methods: In our unit between 1 January 2008 and 5 March 2012 we placed biliary metal stents in 148 patients (67 males and 81 females) suffering from inoperable malignant biliary obstruction. The median age of them was 70.67 year, in the range of 32-97 year. Of the stents 31 were covered (always following previous cholecystectomy) and 117 uncovered. The indications were the following: tumors of the head of the pancreas or tumors of the caudal pancreas extended to the pancreas-head (86), Klatskin-tumors (28), Vater-papilla malignancies (7), choledochus or gallbladder tumors (15), hepatocellular carcinoma (4), colon carcinoma metastasis (4), adenocarcinoma metastasis (1) (with unknown primer tumor), neuroendokrin tumor (1), metastasis of lung cancer (1) and in one case the diagnosis remained unclear. We used the following length of stents: 100-104 mm (19), 90-92 mm (7), 80 mm (38), 70-74 mm (36), 60-62 mm (25) and 50-52 mm (23). Complications were cholangitis in 9 cases, hyperamilaemia in 17 cases, we detected 1 severe acute pancreatitis and 2 mild pancreatitis, bleeding in 1 case and acute cholecystitis in also 1 patient. 3 patients died within one week after the intervention (1 severe acute pancreatitis, 2 pulmonary embolia). During the follow-up 25 patients had reocclusion of the biliary duct because of tumor ingrowth/overgrowth. In 22 patients the repeated obstruction was managed with insertion of plastic biliary stent, in 1 case with the combination of a second biliary metal stent and percutaneous intervention, in 1 patient with PTD and in 1 patient with surgery.

Conclusion: Biliary metal stent placement is a safe and effective palliative method in the management of inoperable malignant biliary obstruction, which is also tolerable for elderly patients and results in better quality of remaining life.

44

TAPASZTALATAINK PANCREAS CYSTÁK ENDOSCOPOS ULTRAHANG (EUH) VEZÉRELT FINOMTŰ ASPIRÁCIÓJÁVAL (FNA)

Farkas É.¹, Gasztroenterológia, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét¹

Farkas É., Somogyi E., Magyariné Muhi Mária, Tóthné Píszmán Klára, Bosnyák Anita, Dubravcsik Zs., Szepes A. Bács-Kiskun Megyei Kórház Gastroenterológiai Osztály és OMCH Eü. Szolg. Kft. Endoscopes Laboratóriuma, Kecskemét

A pancreasban elhelyezkedő cystosus képletek háttérben gyulladásos, premalignus vagy malignus kórképek állhatnak. A nem egyértelműen gyulladásos eredetű cysták esetében a cytológiai vizsgálat és cysta tartalom CEA meghatározása nyújthat segítséget a további teendők meghatározásában. A minták nyeréséhez az EUH vezérelt FNA jelenleg a legbiztonságosabb módszer. A pancreas cysták EUH-FNA-jának kivitelezésében fontos szerepe van az endoscopes asszisztensnek a szokásos EUH-hoz kapcsolódó feladatok mellett, a kötelező antibiotikum profilaxis ellenőrzése, a többféle FNA tű előkészítése, a minták kezelése, az azokhoz szükséges eszközök biztosítása és a beteg a beavatkozás alatti és

utána történő megfigyelése. A cysta FNA-khoz Olympus EZShot 22 G-s és Boston S.E. 22 és 25 G-s tűket használtunk. Minden cysta FNA esetén 15-20 ml vákumot. Centrumunkban 2009.09.01. és 2012.02.29. közt 700 EUH során 54 esetben vizsgáltunk pancreas cystosus eltérést. Ezek közül 24 cysta FNA történt, mivel a többi eltérés mérete illetve elhelyezkedése (processus uncinatus caudalis medialis része) miatt a beavatkozást nem végeztük el. Tapasztalataink szerint a pancreas cysták FNA-jához az Olympus tűje az alkalmasabb, minden esetben egyetlen szúrással sikerült kinyerni a megfelelő mennyiségű mintát. A cysták cytológiai vizsgálata mind a 23 esetben negatív lett. A CEA érték azonban 2 esetben lett magasabb mint 100 U/l, melyek miatt az irodalmi adatok alapján műtétet javasoltunk. Ebben a 2 esetben a postoperatív szövettan cystadenomát igazolt, melyek premalignus elváltozásnak tekinthetők. A többi esetben követést javasoltunk EUH-gal, vagy más képalkotóval. Az elvégzett EUH-FNA-k után szövődményt nem észleltünk. Az általunk EUH-gal ellenőrzött betegekben (5 eset) nem észleltünk progressziót a követési időszak alatt, a többi betegről nincs információ. Eredményeink alapján elmondható, hogy beteganyagunkban a műtétre szoruló pancreas cysták előfordulása 8.3% és a cytológiai vizsgálattól kis eséllyel várhatunk pozitív eredményt, nem úgy mint a pancreas szövetes daganatainak esetében. Az EUH és FNA elvégzése többletfeladatot és kihívást jelent az asszisztens számára is.

45

LONG-TERM EFFICACY AND SAFETY OF CYCLOSPORINE AS A RESCUE THERAPY IN ACUTE, STEROID-REFRACTORY SEVERE ULCERATIVE COLITIS

Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Szűcs M.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged²

Introduction. Although cyclosporine is an accepted and effective therapeutic choice in patients with severe ulcerative colitis (UC), long term colectomy rate varies between 60-88% among patients in whom cyclosporine initially induced remission.

The aim of our study was to evaluate the long-term outcome of cyclosporine therapy in patients with acute, severe UC.

Patients and methods. 73 (40 females, 33 males; mean age at the diagnosis 31.7 years, mean disease duration 13.4 years) of 183 patients hospitalized for severe exacerbation of UC between January 1998 and June 2009 revealed steroid-refractory after intravenous methylprednisolone therapy. They underwent intravenous cyclosporine treatment for 5 days following oral treatment in the case of a good initial response. 0 and 2 hours serum cyclosporine levels were regularly monitored.

Results. The mean disease duration at the time of the parenteral cyclosporine therapy was 8.6 years. The mean follow up after the initiation of cyclosporine therapy was 4.2 years. The median duration of cyclosporine therapy was 9.6 months. Side effects developed in 38 patients. 20 patients underwent early colectomy. Cyclosporine therapy had to be discontinued due to intolerable or severe side effects in 22 patients. Cyclosporine failed and colectomy was performed in 14 of the 53 responders during the long-term follow up. Total colectomy rate was 36/73, 49.3%. Duration of cyclosporine treatment was significantly longer in those who avoided colectomy. (13.2 months vs. 5.5 months, p=0.009). No association was revealed between the duration of cyclosporine therapy and the development of side effects.

Discussion. Cyclosporine is effective in acute, severe UC. After a median follow up of more than 4 years, 50.7% of the patients remained colectomy free.

46

DURING PLATINUM BASED CHEMOTHERAPY NOTICED ENTEROPATHY -DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PROTEIN-LOSING ENTEROPATHIES

Fazekas K.¹, Semmelweis University Doctoral School¹

Introduction: aim of our study was to document and examine the side effects or accompanying unusual clinical symptoms during the treatment of the oncological patients.

Methods: case history of the fifty eight years old women bearing nsccl and careful summarization as metaanalysis of literature data served for our study.

Results: enteropathy complicated the natural history of our patients followed by severe hypoalbuminaemia, skin symptoms weakness, and mixed renal failure. the literature now presented more than sixty patients with autoimmune protein-losing enteropathy. while crohn disease is the most common reason of the ple – diagnosed by fecal alfa1antitrypsin clearance determination or tcm99albumin scintigraphy.

Conclusion: differences of the treatment results stress the importance of diagnosing, clinically and histologically determine, differentiate the type of ple.

47

GASTROESOPHAGEALIS REFLUX BETEGSÉG EPIDEMIOLÓGIAI VIZSGÁLATA

Fekete B.¹, Csontos Á.¹, Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Herszényi L.¹, Juhász M.¹, Tulassay Z.¹, SE II. sz. Belgyógyászati Klinika¹

Bevezetés: A gastroesophagealis reflux betegség (GERD) az egyik leggyakoribb emésztőszervi betegség, gyakran jár együtt szövődményekkel, mint például Barrett oesophagus, hegesedés, Schatzki gyűrű. Célul tűztük ki, hogy felmérjük az említett kórállapotok magyarországi előfordulási gyakoriságának változékonyságát.

Módszerek: Retrospektív vizsgálatunkhoz a SE II. sz. Belgyógyászati Klinika endoszkópos laborjának adatait használtuk, 2X16 hónapos elemzési periódussal, 2007 januárjától 2008 áprilisáig (A csoport) és 2010 márciusától 2011 júniusáig (B csoport). A GERD endoszkópos súlyosságát a Los Angeles (LA) besorolás szerint osztályoztuk.

Eredmények: Az A csoportban 3067, míg a B csoportban 4174 vizsgálat adatait dolgoztuk fel. A GERD LA-A, -B, -C illetve -D súlyossági fokozata egyaránt gyakrabban fordult elő az A, mint a B csoportban (LA-A: 37,14% [1146] vs. 33,15% [1384], $p=0,0002$; LA-B: 12,75% [391] vs. 8,79% [367], $p=0,0001$; LA-C: 2,35% [72] vs. 0,71%, [30] $p=0,0001$; LA-D: 0,68% [21] vs. 0,43% [18], $p=0,1478$). Ugyanakkor a Barrett-oesophagus (0,81% [25] vs. 1,22% [51], $p=0,1026$), Schatzki-gyűrű (1,43% [44] vs. 2,1% [88], $p=0,0405$) és heges GERD (0,52% [16] vs. 1,56% [65], $p=0,0001$) gyakorisága növekvő tendenciát mutat. A klinikán felírt PPI-ok megoszlása a B csoportban (összes GERD-re): pantoprazole: 81,75% [560], esomeprazole: 8,03% [55], lansoprazole: 5,55% [38], omeprazole: 3,65% [25], rabeprazole: 1,02% [7]; Férfi/nő megoszlás alakulása A és B csoportban együttesen: LA-A: 40,23%/59,77% [1018/1591]; LA-B: 49,07%/50,93% [372/386]; LA-C: 53,93%/46,07% [55/47]; LA-D: 56,41%/43,59% [22/17]. GERD életkori megoszlása A és B csoportban összesen: 20 év alatt: 0,85% [32]; 20-29: 8,98% [338]; 30-39: 14,16% [533]; 40-49: 12,46% [469]; 50-59: 22,19% [835]; 60-69: 19,61% [738]; 70-79: 15,68% [590]; 80 év felett: 6,06% [228].

Következtetés: A GERD előfordulási gyakorisága csökkenni látszik ugyan, de a szövődményes esetek aránya növekszik. Feltételezzük, hogy a protonpumpa gátlók piacának liberalizálásával a kevesebb beteg jelentkezik az endoszkópos szakrendeléseken, ezzel kockáztatva a tünetszegény szövődmények gyakoribbá válását.

48

A POSTCONDITIONÁLÁS HATÁSA ALSÓ VÉGTAGI ISCHAEMIÁS-REPERFÚZIÓS KÁROSODÁST KÖVETŐ GASTROINTESTINÁLIS SZÖVŐDMÉNYEK KIALAKULÁSÁRA.

Fülöp A.¹, Turóczi Z.¹, Rosero O.¹, Ónody P.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest²

Bevezetés: Hosszú idejű alsó végtagi verőér-elzáródást követő ischaemiás-reperfúziós (IR) károsodás során a beteg életét veszélyeztető szisztémás gyulladásos válaszreakció (SIRS) fejlődhet ki. A folyamat következtében a gasztrointestinalis traktus is sérül és a bél barrier funkciójának csökkenése következtében fellépő bakteriális transzlokáció szepszis forrásként szolgálhat, hozzájárulva ezzel az állapot progressziójához. A postconditionálás (PostC) olyan sebésztechnikai módszer, mely alkalmas lehet a távoli szervi károsodások mérséklésére és a súlyos szisztémás szövődmények részeként megjelenő bélkárosodás kivédésére.

Céltűzés: A postconditionálás protektív hatásának vizsgálata infrarenális aortakirekesztést követő állapotban fellépő vékonybél elváltozásokra.

Módszerek: Hím Wistar patkányokon (n=45) infrarenális aorta okklúzióval 3 órás bilaterális alsó végtagi ischaemiát hoztunk létre, melyet 4, 24 illetve 72 órás reperfúziós periódus követett. Az állatok egy-egy csoportjában a reperfúzió kezdetén postconditionálást (10/10s) végeztünk 6 ciklusban. A bél mucosa mikrocirkulációjának nyomom követésére lézer Doppler flowmetert használtunk. A reperfúzió végen a jejunumból szövettani mintavétel történt. A bélkárosodás súlyosságának megítélésére Chiu-score rendszert alkalmaztunk, valamint meghatároztuk a villusok hosszát, illetve a crypták mélységét.

Eredmények: A mikrocirkuláció tekintetében az IR csoportban jelentős keringési elégtelenség (reperfúziós terület, (RT): $80\pm5\%$, plató maximum (PM): $74\pm8\%$) volt tapasztalható, míg a PostC csoport áramlása (RT: $89\pm5\%$, PM: $97\pm7\%$) szignifikánsan ($pRT=0,045$; $pPM=0,036$) magasabb értéken stabilizálódott a reperfúzió során. A jejunum szövettani vizsgálata során valamennyi időpontban, szignifikánsan kisebb mértékű károsodás volt megfigyelhető a PostC csoportban az IR csoporthoz képest (Chiu-score: IR4: $3,1\pm0,3$, IR24: $2,6\pm0,5$ IR72: $2,7\pm0,9$; PostC4: $1,4\pm0,8$, PostC24: $1,3\pm0,7$, PostC72: $1,2\pm0,6$; $p4=0,02$, $p24=0,01$, $p72=0,03$). A szignifikáns különbség a villusok hosszában és a crypták mélységében is megmutatkozott (pvillus: 4h: $0,002$, 24h: $0,001$, 72h: $0,002$; pcrpta: 4h: $0,04$, 24h: $0,001$, 72h: $0,04$).

Következtetés: A postconditionálás jelen modellben protektív hatással bír a prolongált alsó végtagi verőér-kirekesztést követő távoli szervi károsodások közül a bélkárosodásra.

49

THE MRNA CYTOKINE PROFILE OF HT-29 CELLS TREATED WITH HUMAN DNA ISOLATED FROM HUMAN COLON CANCER CELLS

Füri I.¹, Spisák S.², Patai V. Á.¹, Sipos F.¹, Wichmann B.¹, Galamb Q.², Valcz G.², Kalmár A.¹, Péterfia B.³, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background: Toll-like receptors recognize specific motifs which are frequently expressed in bacteria, fungi, prokaryotes and viruses. Toll-like receptor 9 (TLR9) can be activated by unmethylated cytosine-guanine dinucleotide containing bacterial or viral DNA, immunoglobulin-DNA complexes and synthetic oligodeoxynucleotide (ODN) sequences.

Aims: Our primary aim was to prove that human DNA isolated from a human cancer cell line can activate immune cells via TLR9. Our further aim was to examine changes in the signal transduction pathway downstream of activated TLR9 and to analyze the expression of DNA methyltransferase enzymes before and after DNA treatment.

Methods: Genomic DNA was isolated from 5x10⁷ HT-29 cells. Subsequently, 2x10⁶ HT-29 cells were treated with 4.45µg of DNA per well in 2 ml RPMI 1640 without BSA. After 6 hours the cells were harvested and total RNA was isolated both before and after DNA treatment using Qiagen RNeasy Mini Kit. Expression levels of 52 genes including (TLR, IL, other cytokines, apoptotic receptors) were examined by RT-PCR. From the treated and untreated sample immunocytochemistry was performed for TLR9, DNA methyltransferases (DNMT1, DNMT3a, DNMT3b) proliferation and differentiation factors (CDX2, CK).

Results: Analysis of 52 genes with PCR showed altered mRNA expression at key adaptor molecules in TLR9 pathway. Immunocytochemistry in treated sample showed overexpression of CK and DNMT3a.

Conclusion: Due to our results the increased extracellular DNA concentration can influence the tumorous process through the TLR pathway by releasing the members of IL family/ proinflammatory cytokines.

50

BOGYÓS GYÜMÖLCSKÉSZÍTMÉNYEK POLIFENOL TARTALMÁNAK MEGHATÁROZÁSA

G. Kisbenedek A.¹, Szabó S.¹, Polyák É.¹, B. Müller K.¹, Kovács B.¹, Bóna Á.², Márk L.², Figler M.¹, PTE- ETK Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹, PTE- ÁOK Biokémiai és Orvosi Kémiai Intézet²

Bevezetés: Az elmúlt évtizedben a szabad gyökös károsodásokkal, valamint az antioxidáns hatású vegyületekkel kapcsolatos intenzív kutatások ahhoz a felismeréshez vezettek, hogy az étrendi antioxidánsoknak alapvető szerepe van számos megbetegedés megelőzésében. Az egészség megőrzése és a betegségek megelőzése nagyvalószínűséggel megvalósítható antioxidánsok rendszeres fogyasztásával. A legmagasabb antioxidáns tulajdonságokkal rendelkező vegyületeket a bogyós gyümölcsök tartalmazzák.

Cél: Különböző technológiákkal előállított bogyós gyümölcskészítmények polifenol tartalmának meghatározása.

Anyag és módszer: Áfonya és málna készítményekből 3-3 mintát vizsgáltunk, melyből 1-1 házi 2-2 minta pedig ipari technológiával előállított olcsóbb és prémium készítmény volt. Analizáltunk még szőlőmag és héj őrlményéből készült alkoholos extraktumot, melyeket 5 különböző hőmérsékletre (10-20-30-40-50°C) melegítettünk és fél illetve 1 órás inkubáció idő után mértük meg a polifenolokat. Nagy teljesítményű folyadékkromatográfiás módszert (HPLC) és mátrix segített lézer deszorpción (MALDI) alapuló eljárást alkalmaztunk.

Eredmények: A lekvárok polifenol tartalma a kromatográfiás eljárással nem volt detektálható. MALDI készülék segítségével viszont rezveratrol tartalmuk kimutatható volt. A modell kísérletben, amelyet a szőlőmag és héj őrlményéből készült mintákkal végeztünk, a legmagasabb koncentrációt mindhárom vizsgált polifenol (rezveratrol 0,0006315mg/ml, rutin 0,1mg/ml, kvercetin 0,001751mg/ml) esetében a 40°C-ra történő hőközléssel, az 1 órás inkubálásnál mértük.

Következtetés: Jelen eredményeink szerint a hőközlés jelentős polifenol veszteséget eredményezett a termékekben, így feltehetőleg ételkészítés során is. 40°C-os hőmérsékletig melegítve a kiindulási koncentrációhoz képest több polifenol szabadult fel a mintákból. Vizsgálataink felhívják a figyelmet a hőmérsékleti viszonyok szerepére az antioxidánsok mennyiségében az egyes bogyós gyümölcsökben.

51

THE IMPORTANCE OF MONITORING RENAL FUNCTION IN LIVER TRANSPLANT RECIPIENTS. THE ROLE OF CYSTATIN C.

Gámán G.¹, Gelley F.¹, Sárváry E.¹, Zádori G.¹, Kóbori L.¹, Fehérvári I.¹, Görög D.¹, Doros A.¹, Fazakas J.¹, Nemes B.¹, SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest¹

Introduction. Renal dysfunction is a common feature and an important prognostic factor in cirrhotic patients. Renal failure is a serious complication after liver transplantation. Therefore, accurate measurement of kidney function is essential in liver transplant recipients. Cystatin C is a non-glycosylated, low molecular weight protein. It is less dependent on age, gender, race and muscle mass compared to creatinine.

Our aim were: 1.evaluate risk factors of postoperative renal impairment and the impact of renal dysfunction on postoperative outcome; 2. compare the effectivity of creatinine and cystatin C in monitoring renal function after liver transplantation.

Methods. Serum creatinine, GFR (Cockcroft-Gault Formula) and serum cystatin concentrations were measured before and after liver transplantation. The cutoff value for cystatin C was determined using receiver operating characteristics analysis. Patients were divided into groups according to the preoperative GFR (preGFR <60 mL/min vs preGFR > 60 mL/min) and according to the GFR measured in the first postoperative year (postGFR < 60 mL/min vs postGFR > 60 mL/min).

Results. Older age and female gender is a risk factor for postoperative renal dysfunction. Patients with preoperative renal dysfunction (preGFR <60 mL/min) required more transfusion in the perioperative period and long-term intensive therapy. Higher rate of poor initial graft function, infection and sepsis were detected in the preGFR <60 group when compared with the preGFR >60 group. When the postoperative 1. day cystatin C concentration exceeded 1.28 mg/L, the postoperative GFR was less than 60 mL/min in the first 5 days after liver transplantation. (sensitivity: 84%, specificity: 71%; p<0,001).

Conclusion. Renal dysfunction existing before liver transplantation has a negative impact on postoperative outcome. Cystatin C is a sensitive marker of renal dysfunction and it could be predictive for decreased renal function after liver transplantation.

52

"NIL NOCERE" - ÉS HA MÉGIS....., AVAGY SZERENCSE A SZERENCSETLENSÉGBEN.

Gárdonyi M.¹, Deák A.¹, Garami T.¹, Csécs-Varga B.¹, Graffits É.¹, Hunyady B.¹, Belgyógyászat, Endoscopy labor, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár¹

A diagnosztikus colonoscopia során történő vastagbél perforáció megviseli a beteget és a vizsgáló személyzetet egyaránt. Habár a perforációk előfordulási aránya statisztikailag alacsony, létrejöttük kiszámíthatatlan, gyakran a vizsgálat után órákkal derül ki a nem szűnő panaszok, illetve az elvégzett képalkotó vizsgálat alapján.

Ilyenkor a beteg esetenként több nagy kockázatú műtét hajtanak végre, a vizsgálók pedig jóideig önbizalmukat veszítik és nagyban befolyásolhatja további vizsgálataik minőségét is.

Néha azonban a - és ilyen nem csak a mesében van- a szerencsétlen történetek sorozatából a betegnek még haszna, azaz gyógyulása is származhat. A szerzők előadásukban egy ilyen esetről számolnak be.

53

EXPERIENCES WITH ELDERLY ONSET IBD

Gecse K.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹

Introduction and Aims. Inflammatory Bowel Diseases (IBD) are considered to have a bimodal presentation: one peak at the second or third and another peak at the fifth or sixth decade of life. Elderly onset IBD is considered to show different disease characteristics as compared to young age onset. Therefore, the aim of this study was to analyze disease characteristics in elderly onset IBD in comparison to literature data. Patients and Methods: Our database was retrospectively screened for patients with elderly onset IBD: data on 22 patients with ulcerative colitis (UC) and 12 patients with Crohn's disease (CD) were analyzed considering disease extension, behavior, extraintestinal manifestations, thromboembolic complications and therapeutic measures.

Results: In UC disease extension was restricted to the rectum in 4 patients, while 13 patients had left sided colitis and 5 patients with pancolitis, which is in contrast to literature data that report mostly on distal colitis. In CD left colonic localization and perianal lesions are considered common features in the elderly. Among our patients 4 presented with ileal, 5 with colonic, 2 with ileocolonic and 1 with isolated upper gastrointestinal localization; perianal lesions were detected in 3 cases; however patients were more likely to have right colonic disease localization. Disease behavior in UC was found remittent in 18 patients, relapsing in 2 patients and chronic in 2 patients (no fulminant cases were detected), while in CD 7 patients could be characterized as B1, 3 patients as B2 and 2 patients as B3 according to the Montreal classification. The prevalence of extraintestinal manifestations correlated with literature data and no thromboembolic complications were detected. During the course of the disease 29 patients received 5-ASA, 20 patients received oral and 8 received parenteral steroid treatment, the latter being more common in patients with UC (7 patients). 13 patients required azathioprine treatment, 3 patients received further immunosuppressive treatment and 2 patients received biologics. 2 patients with UC went through total colectomy and among patients with CD right hemicolectomy was performed in 3 cases and ileum resection in 1 case.

Conclusions: Our data shows that UC with elderly onset has more extensive localization and more aggressive behavior than expected based on literature data, often requiring systemic immunosuppression or even colectomy.

54

ACTIVATION OF HUMAN CHYMOTRYPSINOGEN ISOFORMS

Geisz A.¹, Szabó A.², Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Széll M.³, Sahin-Tóth M.², 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, USA², Dermatological Research Group of the Hungarian Academy of Sciences, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction. The human pancreas secretes four different isoforms of the digestive proenzyme chymotrypsinogen: CTRB1, CTRB2,

CTRC and CTRL-1. Physiological activation of chymotrypsinogen is catalyzed by trypsin in the duodenum. During the activation process, trypsin cleaves off a 13-15 amino-acid long N-terminal propeptide from chymotrypsinogen, which remains attached to the active chymotrypsins through a disulfide bond.

The aim of the present study was to characterize the activation and enzymatic activity of human chymotrypsins in a comparative manner, and to elucidate the functional role of the disulfide-attached propeptides.

Materials and methods. Wild-type and mutant proenzymes were produced recombinantly and purified to homogeneity. The disulfide bond anchoring the propeptide was eliminated by mutating the Cys residues to Ala. Chymotrypsinogen activation and chymotrypsin activity were followed by enzymatic assays and SDS-PAGE.

Results. Trypsin activated CTRL-1 at a higher rate (ranging from 2-fold to 9-fold) compared to the activation of CTRB1, CTRB2 or CTRC. Between the two major human trypsin isoforms, anionic trypsin activated CTRB2 and CTRC approximately 4-fold better than cationic trypsin. Chymotrypsins lacking the disulfide-linked propeptide rapidly lost activity after activation due to autolytic degradation.

Conclusions. The preferential activation of CTRL-1 suggests that this isoform may be the first chymotrypsin activated in the duodenum and during pancreatitis-associated zymogen activation. The disulfide-linked activation peptides are required to stabilize chymotrypsins against autolysis.

55

PRIMER SCLEROTIZÁLÓ CHOLANGITISHEZ TÁRSULÓ GYULLADÁSOS BÉLBETEGRSÉG MÁJÁTÜLTETÉS SORÁN

Gelley F.¹, Gámán G.¹, Zádori G.¹, Miheller P.², Fehérvári I.¹, Kóbori L.¹, Görög D.¹, Péter A.¹, Telkes G.¹, Gerlei Z.¹, Lengyel G.², Nemes B.¹, SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika Budapest¹, SE II. Sz. Belgyógyászati Klinika Budapest²

Bevezetés: A primer sclerotizáló cholangitis (PSC) a májátültetés (OLT) gyakori indikációja Európában. PSC-hez gyakran társul gyulladásos bélbetegség (IBD), elsősorban colitis ulcerosa (CU). A PSC asszociált IBD jellemzően enyhe lefolyású, azonban májátültetés után a betegek egy részében súlyosbodik az immunuszuppresszió ellenére. Célunk volt az IBD aktivitásának vizsgálata májátültetés előtt és után PSC miatt transzplantált betegekben.

Módszer: 1995 és 2010 között májátültetésre került betegek adatait vizsgáltuk retrospektív módon (N=411). A CU súlyosságát a Mayo score (Disease Activity Index) segítségével határoztuk meg.

Eredmények: 41 beteg (10%) került májátültetésre PSC miatt. PreOLT az esetek 43%-ában társult a májbetegséghez IBD, kizárólag PSC mellé. Ezen belül CU 84%-ban, Crohn-betegség 16%-ban fordult elő. 1 betegnél diagnosztizáltak postOLT de novo IBD-t. Májátültetés előtt a betegek 55%-a szenvedett pancolitisben, többségben (95%) inaktív vagy enyhe IBD aktivitás igazolódott. Májátültetés után inaktív CU 10%-ban, enyhe és mérsékelt 25-25%-ban, míg súlyos 40%-ban volt kimutatható. A Mayo score magasabb volt májátültetés után a preOLT értékhez képest (2.91±0.9 vs. 6.64±3.7, p=0.009). Retranszplantációra kizárólag CU-ban is szenvedő PSC-s betegek kerültek (N=5).

Következtetés: Az IBD a betegek többségében súlyosbodik májátültetés után. Súlyos colon érintettség esetén a korai colectomia megfontolandó a CU szövődmények és a májgraft károsodásának megelőzése érdekében.

56

ANALYSIS OF THE PREDICTIVE VALUE OF HCV RNA RESULTS MEASURED WITH REAL-TIME POLYMERASE CHAIN REACTION (PCR) ASSAY FOR RESPONSE-GUIDED THERAPY IN CHRONIC HEPATITIS C VIRUS INFECTION

Gervain J.¹, Hungarian Centres for Hepatology^{1,2}, 1st Dept. of Internal Medicine/Hepato-Pancreatology and Molecular Diagnostic Laboratory¹

Introduction: The molecular diagnostic methods currently used for the quantitative measurement of hepatitis C virus (HCV) nucleic acid have substantial differences in their lower limits of detection (LOD) and their linear ranges. In the Hungarian response-guided therapeutic protocol, we use real-time PCR method with an LOD of 9.0 IU/ml

(Cobas TaqMan), but results <50 IU/ml are also allowed to be seen as non-detectable for therapeutic decisions (Cobas Amplicor).

Aim: 1. To retrospectively analyse the predictive value of HCV RNA results for antiviral treatment response when measured with the more sensitive CobasTaqMan real-time method. 2. To determine the distribution of non-responder (NR) and relapser (R) patients at a negative cut-off point of LOD<50 IU/ml. 3. To look at the distribution of patients' basal viral titres with a cut-off point of 2.0 million IU/ml and analyse the potential effect of the differing linear ranges of the two methods.

Patients: A cohort of 1041 HCV genotype 1 infected patients treated in the Hungarian Centres for Hepatology. Antiviral treatment: peginterferon alfa-2a plus ribavirin according to standard protocol. Duration of treatment: standard: 48 weeks; basal HCV RNA < 400.000 IU/ml: 24 weeks; HCV RNA positive at week 12 but level reduced by 2log: 72 weeks.

Methods: Cobas TaqMan assay: undetectable (UD); <9.0 IU/ml.

Results: HCV RNA results for response-guided therapy:

Week 12: UD(n=358); SVR: 89,4%; NR: 0%; R: 10,6%

<50 IU/ml(n=513); SVR: 76,2%; NR: 4,5%; R: 19,3%

<50 IU/ml-UD(n=155); NR+R= 8% (n=84/1041)

Week 24: UD (n=215); SVR: 52,1%; NR: 0%; R: 47,9%

<50 IU/ml (n=305); SVR: 40,2%; NR: 16%; R: 43,8%

<50 IU/ml-UD(n=90); NR+R= 6,7% (n=79/1041)

Basal viral levels: <2million:n=544, >2 million: n=497

Conclusions: 1. Based on measurements with the CobasTaqMan test, almost 90% of the patients who had undetectable HCV RNA results at week 12 became SVR. 2. 52% of the patients who had undetectable results at week 24 became SVR. 3. Considering an LOD of 50 IU/ml, 6,7% (n=79) of the patients had unsuccessful further treatment. 4. Using the less sensitive CobasAmplicor test, 14% of the patients would have had an incorrectly assessed viral level reduction at week 12 due to the test's narrow linear range.

57

DIFFICULTIES OF PEG TUBE INSERTION IN PATIENTS WITH UPPER GI TRACT STRICTURES

Gódi S.¹, Vincze Á.¹, Pakodi F.¹, Solt J.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs¹

PEG tube insertion is indicated in prolonged conditions (oncological, neurological, etc.) where adequate oral feeding is not possible, and there is no contraindication. The PEG tube insertion might not be possible in patients with oesophageal, pharyngeal or laryngeal tumor, because the bumper of the PEG tube can stuck in the stricture of the upper GI tract.

Case report: In a 68 year old male patient with the history of vocal cord tumor irradiation and laryngectomy, a PEG tube insertion was attempted because of dysphagia but due to the malignant stricture of the pharyngo-oesophageal junction, it was not successful. Dilatation of the stricture was performed with a 12 mm balloon. The diagnostic gastroscopically passed the stricture after the dilatation, but during the insertion of the PEG tube (Flocare, 18 Ch) its bumper impacted in the stricture and was not removable with a foreign body forceps. Guidewire and a 7 mm balloon catheter was inserted into the lumen of the PEG tube, and after inflating of the balloon, the PEG tube was easily removed. The stricture was further dilated with a 14 mm balloon which allowed the PEG insertion.

In patients with upper GI stricture, at least 14 mm lumen diameter is needed for a safe PEG placement. This balloon method is a safe, easy and reliable way to remove an impacted PEG tube, which was successfully used in two other patients.

58

IS SMOKING STILL AN IMPORTANT ENVIRONMENTAL FACTOR IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES? RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCIDENT COHORT

Golovics P.¹, Lakatos L.², Pandur T.², Erdélyi Z.², Mester G.⁴, Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Molnár C.⁶, Komáromi E.⁷, Lovász B.¹, Horváth Á.³, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, Department of Infectious Diseases,

Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁶, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁷, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁸

Background and aims: Prior studies suggest that smoking is an important environmental factor in inflammatory bowel diseases (IBD), with divergent effects in UC and CD. Our aim was to analyze the relationship between smoking and risk of IBD in the population-based Veszprem province database, which included incident patients diagnosed between January 1, 1977 and December 31, 2008.

Methods: Data of 1420 incident patients were analyzed (UC: 914, age at diagnosis: 38.9 SD15.9 years; CD: 506, age at diagnosis: 31.5 SD13.8 years). Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed. The overall smoking frequency in the general population is 35% in adult males and 28% in adult females in Hungary (Source of data: OLEF 2009 questionnaire).

Results: 47.3% (n=239) of CD patients were current smokers while 8.5% (n=43) past smokers at the time of CD diagnosis. The frequency of smoking was 54.3% in the adult onset patients (diagnosed between 18-60 years of age), while only 3 patients did smoke in the elderly population (above >60 years at diagnosis). Smoking was more prevalent in adult onset male patients (61.9%) compared to females (47.5, p=0.003) and smoking was associated with an increased risk of CD in adult onset males (OR: 2.25, 95%CI: 1.69-3.02) and to a lesser extent in females (OR: 1.63, 95%CI: 1.25-2.13). In contrast, only 15.3% (n=129) of UC patients were current smokers with 19.1% (n=162) past smokers at the time of UC diagnosis. Smoking and past smoking was more prevalent in adult onset male patients (20.3%, OR: 0.35, 95%CI: 0.28-0.45 and 23.1%) compared to females (10.5%, OR: 0.21, 95%CI: 0.15-0.30 and 14.8%) and was associated with a decreased risk for UC.

Conclusions: Our data confirm the importance of smoking in IBD. Current smoking was associated with a low risk of UC, especially in adult onset female patients, but a significantly high risk of CD with a more pronounced effect in males.

59

MESENTERIÁLIS ISCHAEMIA, A HASI FÁJDALOM RITKA OKA – ESETRIPORT

Gyimesi G.¹, Kiss I.¹, Kiss J.¹, Szabó E.¹, Farkas K.¹, Zaid B.², Nagy E.², Wittmann T.¹, SZTE, ÁOK I. Belgyógyászati Klinika¹, SZTE Radiológiai Klinika²

Áttekintés: Az arteria mesenterica superior elzáródása ritka kórkép, az esetek többségében idős betegekben, arteriosclerosis talaján, akut artériás thrombosis formájában következik be. A klinikai tünetek változatosak, az enyhe chronikus hasi fájdalomtól a súlyos akut hasi katasztrófáig. Ha az occlusio lassan alakul ki, a kollaterális erek biztosíthatják a bél vérellátását, így a chronikus szűkület tüneteizigény is maradhat.

Esetismertetés: Az 59 éves férfibeteget mentő szállította az egyetem Sürgősségi Ambulanciájára, hirtelen jelentkező hányás, vízszertű hasmenés és görcsös jellegű köldöktáji fájdalom miatt. A fizikális vizsgálatnál csupán enyhe epigastriális és jobb oldali subcostalis nyomásérzékenység volt észlelhető. A rutin laborvizsgálat mérésékeltelen emelkedett fehérvérsejtszámon kívül egyéb kórosat nem jelzett. A hasi sonographia és natív hasi röntgenfelvétel eltérést szintén nem mutatott. Gastroenteritis gyanúja miatt a klinika Fertőző Osztályára helyezték. Egy napos obszervációja alatt hasmenése nem jelentkezett, görcsös hasi fájdalom és rectalis vérzés miatt áadták osztályunkra. A felmerülő mesenterialis ischaemia lehetősége miatt hasi doppler ultrahang vizsgálat történt, melynek során a hasi aorta mérésékelt arteriosclerosisán kívül egyéb eltérést nem írtak le. Az infect eredet kizárását követően tápcsatormai endoscopos vizsgálatokat végeztünk, a beteg panaszát magyarázó okot azonban továbbra sem találtunk. Tekintettel a tüneti terápia mellett változatlanul fennálló, az elvégzett vizsgálatok eredményeivel nem magyarázható panaszokra, hasi CT-t kértünk, ahol az arteria mesenterica superior eredésétől 6 cm-re, egy rövid szakaszra kiterjedő occlusiot véleményeztek. A hasi érstatus pontos tisztázása céljából DSA vizsgálat történt, mely során a CT-n is látható rövid segmenst érintően teljesen elzáródott arteria mesenterica superior mellett viszonylag jó kollaterális keringést írtak le. A fenti eredmények ismeretében érsebész szakorvossal konzultáltunk, aki konzervatív kezelést javasolt. A megkezdett terápia mellett a beteg hasi fájdalma megszűnt, széklete normalizálódott.

Összefoglalás: Esetünk kapcsán arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy mesenterialis ischaemiára utaló klinika tünetek esetén negatív hasi doppler lelet mellett szükséges hasi CT, illetve DSA vizsgálat elvégzése is, mivel hasi ultrahanggal az arteria mesenterica superior distalisabb szakasza nem ábrázolható.

60

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS WITHOUT EUS IN OUR PRACTICE. RESULTS OF CYSTENTEROSTOMIES IN 38 PATIENTS.

Gyökerez T.¹, Rusznyák K.¹, Schafer E.¹, Banai J.¹, MH Honvéd Kórház, Gasztroenterológia¹

Introduction: Pancreatic fluid collections are consequences of acute or chronic pancreatitis (CP), that can lead to local and/or systemic complications, even death. Complicating, or large pseudocysts (PC) and PCs in CP need intervention to resolve. Endoscopic cystenterostomy (EC) can be guided by the bulging of the cyst into the lumen, or by using EUS in the absence of it.

Patients, methods: In the last 3 years we have performed EC in 38 patients (pts), 24 men and 14 women, (average age: 55.2 ys). The origin of pancreatic fluid collections was acute necrosis in 24 pts and CP in 14 cases. The fluid collections were existing between 10 days to 2 years. The diameter of them ranged from 2x3 cm to 26x11 cm. The main indications for intervention were pain, fever, jaundice, weightloss. We used midazolam for premedication, the most common dose was 50mg. For transmural puncture we used cystotome followed by guidewire insertion into the cyst, dilation of the tract in some cases, than insertion of pigtail stent(s) and nasocystic stent, if needed. At transpapillary method we performed pancreas sphincterotomy followed by insertion of endopancreatic/nasopancreatic drain.

Results: We inserted one transmural stent in 22 pts, two stents in 5 pts, three stents in 3 pts, transpapillary stent in 3 pts with 0/1/2 transmural stents. We inserted transgastric stents in 21 pts, transduodenal in 7 pts, both in 4 pts. We used nasocystic drain in 16 pts. We put a transpapillary stent/nasopancreatic drain in 6 pts in one case together with a transduodenal stent. We extracted the stents after 52 days on average. One chronic cyst proved to be malignant and a patient had surgical resection 2 months later. Three other pts also went to surgery. The first because of perforation that was successfully managed surgically, leaving endoscopic stents in place, another patient because of bleeding from the unsuccessful EC, also with eventful recovery. The third patient with acute fluid collection and unsuccessful transpapillary drainage also went for surgery because of deterioration of underlying pancreatitis, that finally proved to be fatal. Other complications were successfully managed endoscopically. Only 1 relapse was observed during follow up.

Summary: EC guided by bulging proved to be a safe and effective method to treat pancreatic fluid collections in our practice.

61

FUTURE REMNANT LIVER FUNCTION AFTER PORTAL VEIN OCCLUSION MEASURED WITH 99mTc-MEBROFENIN SPECT/CT

Hahn O.¹, Dudás I.², Györke T.³, Korom C.², Bozó A.¹, Pajor P.¹, Zsírka-Klein A.¹, Kupcsulik P.¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Nuclear Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background/Purpose: To compare the results of 99mTc-Mebrofenin SPECT/CT volumetry and CT volumetry after portal vein occlusion techniques i.e. portal vein embolization (PVE), portal vein ligation (PVL) prior to extended liver resections.

Patients/Methods: Between March 2011 and February 2012 fifteen patients presenting with primary or secondary liver tumors were included. The estimated future liver remnant volume (FLRV) of these patients after the planned extended hepatectomy measured with CT-volumetry was less than 30 (normal liver), or 40% (cirrhosis). To increase the FLRV portal vein occlusion techniques (13 PVE, 2 PVL) were performed. Eight weeks after portal occlusion CT-volumetry and to measure functional future liver remnant volume (FLRVf) SPECT/CT volumetry with 99mTc-mebrofenin were performed. Postoperative complication rates (using the Clavien

criteria) were also measured. Patients with „borderline” FLRV (25-32%) were evaluated with special interest.

Results: Eight weeks after portal vein occlusion, FLRVf was significantly higher than FLRV (mean FLRVf: 49,3% vs. mean FLRV: 33,4%; $p<0,05$). 12/15 patients became resectable. Postoperative complication rates were lower if FLRVf was significantly higher than FLRV. In patients with „borderline” FLRV ($n=9$) these results were even more convincing (mean FLRVf: 47% vs. mean FLRV: 29%; $p<0,05$).

Conclusion: 99mTc-Mebrofenin SPECT/CT can be useful in the measurement of future liver remnant functional volume after portal vein occlusions. This can make surgeons decision easier than CT volumetry in planning extended hepatectomies.

62

IMPAIRED STAT4 PHOSPHORYLATION IS ASSOCIATED WITH NON-RESPONSE TO PEG-IFN PLUS RIBAVIRIN TREATMENT IN CHRONIC HCV HEPATITIS PATIENTS

Halasz M.¹, Szereday L.¹, Berki T.², Pálkás L.², Vincze A.³, Pár A.³, Pár G.³, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pecs, Hungary¹, Department of Immunology and Biotechnology, University of Pecs, Hungary², First Department of Medicine, University of Pecs, Hungary³

Background: The standard therapy for chronic hepatitis C (CHC) is combination of PEG- IFN and ribavirin that results sustained viral clearance in only half of HCV1 genotype patients. It is known that PEG-IFN induces upregulation of IFN-stimulated genes (ISG) transcription by activating the Jak-STAT pathway and promotes Th1 type cytokine production. While activated STAT4 regulates Th1 cell development, STAT6 is important in the activation of IL-4 and Th2 cytokine induction. Increased Th2 type cytokine production was associated with non-response to PEG-IFN. To investigate the underlying molecular mechanisms of non-response to PEG-IFN, we compared IFN α -induced STAT4/STAT6 signaling pathways in PEG-IFN responder and non-responder CHC patients.

Patients and methods: Twenty CHC patients and 10 healthy controls were enrolled. Peripheral blood mononuclear cells (PBMC) were separated and treated with PEG-IFN α 2b in vitro. Lysates of PBMC were subjected to Western blotting to detect phosphorylated STAT4 and STAT6 transcription factors. Th1/Th2 cytokine production was also detected by CBA assay from the supernatants of the stimulated PBMC. We correlated the molecular data with the response to treatment.

Results: In CHC patients who responded to PEG-IFN treatment in vitro IFN α stimulation of PBMC resulted strong STAT4 phosphorylation and increased Th1 type cytokine production compared to controls and non-responders. IFN α induced phosphorylation of STAT4 that was reduced in non-responder group compared to controls. Th2 type cytokine production was increased in non-responder group. STAT6 transcription factor activation did not differ between study groups.

Conclusions: Favourable PEG-IFN/RBV treatment outcome was associated with an increased PEG-IFN α induced STAT4 phosphorylation. Defective JAK/STAT activation was associated with non-response to PEG-IFN/RBV therapy. The differences of IFN α induced signal transduction pathways between responder and non-responder group may provide a rationale for the further design and use of new therapeutic approaches targeting the signal transduction pathways in HCV treatment.

63

A TERÁPIÁS ENDOSCOPOS ULTRAHANG ÉS A HAGYOMÁNYOS EPEÚTI INVAZÍV ENDOSCOPIA EGYÜTTES ALKALMAZÁSA AZ EPEÚTI ÉS HASNYÁLMIRIGY BETEGSÉGEKBEN

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

Az endoscopy ultrahang készülékek terápiás és invazív diagnosztikus alkalmazása új távlatokat nyitott az epeúti obstruktív betegségek és a pancreas cystosus elváltozásainak kezelésében. Az endoscopy ultrahang segítségével az elváltozások helyének pontos meghatározása, történhet meg, és a tervezett beavatkozások területén az extraluminális szervek és a nagyobb érkepekkel válnak felismerhetővé. Bizonyos összetett kórképekben az endoscopy ultrahanggal történt beavatkozásokat hagyományos működésű széles munkasátnájú doudenoscoppal, vagy gastroscoppal végzett

manipuláció kell, hogy kiegészítse. A szakirodalomból ismertek a pancreas folyadékgyülem és pseudocysta endoscopy clearingje, detritus eltávolítására és az epeutakon végzett páruzámos decopressziós eljárások.

Válogatott eseteinket keresztül mutatjuk be az echoendoscoppal végzett pancreas pseudocysta enterostoma, nasobiliris és endobiliaris drainage, nasocysticus lavage módszereit.

Eseteinkben a komplex ellátást segítette az endoscopy ultrahanggal való pontos tervezhetőség, amely a szövödmények számát hivatott csökkenteni, és a hosszú távú eredményes tünetmentességet teszi lehetővé.

64

CLINICAL CHARACTERIZATION AND PRECLINICAL MODELLING OF ADVANCED GASTROINTESTINAL MALIGNANCY

Harisi R.¹, Olah J.², Baranyai L.³, Kornyei J.³, Kristo K.¹, Szekely G.⁴, Jeney A.², Department of Oncology, Péterfy Sándor Hospital, Budapest, Hungary¹, I. Institute of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Institute of Isotope, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary³, 4I. Department of Internal Medicine-Gastroenterology, Szent János Hospital, Budapest, Hungary⁴

Introduction: Cachexia affects nearly half of cancer patients. Cachexia does not only impede the response to chemotherapy but also is a major cause of morbidity and mortality. According to clinical studies, increasing caloric intake does not necessarily reverse cachexia. The pathophysiology of cachexia involves more complex mechanisms than simply caloric deficiency.

Aim: The aim of our study is based on results of analysis of clinical and laboratory data of cancer patients, the recognition of pathobiochemical events in advanced malignant diseases, and the development of suitable experimental model.

Patients/Method: In our study we included 273 gastrointestinal cancer patients with different organ localization, treated in our departments. The laboratory findings of patients were classified into the stages of tumor progression. We studied the change of regulation of glucose metabolism in C57B1 mice transplanted with human colon adenocarcinoma.

Results: We observed two forms in our patients with advanced malignant disease: the metastatic and the form associated with metabolic imbalance, which appears synchronously with tumor progression. The latter can manifest with severe weight loss, cachexia. The increase of C-reactive protein and serum glucose concentration was a special feature for the metastatic forms, while in the cases of terminal period we found decreased blood glucose levels and increased LDH values. In addition, energy metabolism is dysregulated during tumor growth, leading to continual increased energy expenditure. The clinically observed changes in carbohydrate metabolism also noticed in mice vaccinated with C-38 colon adenocarcinoma cells. Developed glucose intolerance, and furthermore the insulin did not alter the change over time of CO₂ formed from 14C-glucose in tumorous mice. In our experimental model the importance of metabolic imbalances of mice with tumors confirms the tumor growth inhibitory effect of metformin.

Conclusion: The metabolic imbalance in advanced malignant disease is a promising therapeutic target. All experimental efforts serves the implementation of our in vivo model, which is based on clinical events. This model can be suitable for further development of anticancer drugs, for introduction of a new more effective therapy.

65

THE LEGAL EFFECT OF CHANGES OF RECENT YEARS IN NUTRITIONAL STATUS OF PEOPLE WHO LIVES IN SOCIAL HOMES

Hartmann E.¹, Figler M.², Lelovics Z.³, International Institute of Nutrition Research, Pécs, Hungary¹, Institute of Human Nutrition and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Hungary², "Kaposi Mór" Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary³

Introduction: Long-term residential institutions provide safety, full service (nutrition, nourishment) and peace for indigent elderly, ill and/or disabled people. Changes in law in the last few years significantly affected the parameters of treatment.

Materials and methods: We assessed the nutritional status in 57, 37 and 41 long-term institutions in 2008, 2009 and 2010; we used the

nDay and a self-made questionnaire. The 35/2009. regulation of the Ministry of Labor and Social Affairs does not order the employment of dietitians in social institutions; according to the 340/2007. regulation of the Ministry of Labor and Social Affairs people could be admitted to a social home whose care need more than four hours a day. We suppose that these changes in law have affects on the residents.

Results: In 2004, 26.4% of the residents belonged to the group of high risk for malnutrition. 58.7% of the residents had dietitian, 14.1% of them received supplementary nutritional formula. In 2008 45.7% of them required basic care less than 45 minutes, 13.6% of them needed more than 240 minutes. Data from 2010: 22.0% of the residents belonged to the group of high risk for malnutrition. After the 35/2009. regulation of the Ministry of Labor and Social Affairs took effect only 1% of the residents had dietitian. 7.8% of the residents received supplementary nutritional formula, the rate of residents needed basic care more than 240 minutes increased.

Conclusions: These regulations greatly weakened the hardly reached trend of improvement in the common nutritional status. In long-term residential institutions the appropriate diets and the adequate therapy of formula feeding will be questioned without dietitians. According to the regulations there is no need for dietitians, while the residents may be starving. The regulations are the obstacles of personalized nutritional support and care which involve the development of malnutrition and its complications.

66

EFFECT OF NANOSELEIUM ON THE ANTIOXIDANT DEFENCE SYSTEM AND TRANSMETHYLATION ABILITY

Hegedűs V.¹, Prokisch J.², Fébel H.³, Kleiner D.¹, Ditrói K.¹, Szijártó A.⁴, Blázovics A.¹, Department of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest¹, Department of Agricultural Center, Debrecen University, Debrecen², Research Institute for Animal Breeding and Nutrition, Hungarian Science Academy, Budapest³, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest⁴

Introduction: Alimentary induced fatty liver is associated with low-grade inflammation, which changes various signal transduction pathways. Our earlier study demonstrated that antioxidant therapy could reduce tissue alterations and protect redox-homeostasis. Increasing number of scientific papers report adjuvant antioxidant, scavenger or antioxidant trace element e.g. selenium therapies in fatty liver.

Aims: Because of these positive observations we decided to study nanoselenium supplementation in fatty liver model. The aim of this study was to determine the changes of redox-homeostasis in liver, blood and in short-term fatty liver.

Methods: Male Wistar rats (200-250 g bw) were used. The animals were divided into four groups, each consisting of 8 animals. The animals in group I. were fed with normal diet. The animals in group II. were fed with the same normal diet and treated with nanoselenium (intra peritoneal 2,3µg/bwkg). The animals in the third group were fed with fat rich diet containing cholesterol (2.0%), sunflower oil (20%) and cholic acid (0.5%) added to the control chow. The animals in the fourth group were fed with lipogenic diet and treated with nanoselenium (intra peritoneal 2,3µg/bwkg) as well. The rats were kept on diet for 10 days. Redox-parameters and transmethylation ability were determined and histological examinations were carried out.

Results: Compared to the control group, the nanoselenium treated normally fed group higher induced free radical levels were determined, but in the fatty liver group which showed low grade inflammation, free radical levels of the nanoselenium treated group decreased significantly. Both in the treated groups transmethylation ability increased and in the normal fed and treated group these changes were significant. Histological examinations showed moderate changes.

Conclusion: Considering nanoselenium as a bioactive agent supplement, further study is necessary to avoid harmful antioxidant effects in the management of metabolic diseases, like fatty liver.

67

HIGH CLARITHROMYCIN AND LEVOFLOXACIN RESISTANCE IN HELICOBACTER PYLORI STRAINS ISOLATED FROM PATIENTS IN OUR HIGH-VOLUME ACADEMIC ENDOSCOPIC CENTRE

Hersényi L.¹, Barna Z.², Varga M.¹, Juhász M.¹, Miheller P.¹, Mihály E.¹, Székely H.¹, Müllner K.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Hungarian National Center of Epidemiology, Budapest²

Background: The antibiotic susceptibility is the cornerstone for the eradication strategies of *Helicobacter pylori* (H. pylori).

Aims: To investigate the prevalence of primary antibiotic resistance of H. pylori in our academic centre.

Methods: H. pylori isolates were obtained from consecutive patients submitted to gastroscopy for the evaluation of upper gastrointestinal symptoms. Biopsies from antrum and corpus were taken to determine the antibiotic susceptibility of H. pylori isolates. The minimal inhibitory concentration for amoxicillin, tetracycline, clarithromycin, metronidazole, rifabutin and levofloxacin were determined with the E-test.

Results: Ninety patients were included in the study. In vitro antimicrobial susceptibility of H. pylori strains were obtained from 33% (30/90) of patients (11 men, 19 females, mean age 54 years, range 32-73 years). There was no observed resistance to amoxicillin and tetracycline. Resistance to clarithromycin was detected in 33%, to levofloxacin in 27%, to metronidazole in 17% and to rifabutin in 3% of patients.

Conclusion: We demonstrate high clarithromycin and levofloxacin resistance rates in our high-volume academic endoscopic centre. Our preliminary data are in accordance with the data in literature, confirming that clarithromycin and levofloxacin resistance is a major challenge for the eradication of H. pylori infection.

68

SÚLYOS, HALASZTOTT MŰTÉTEN ÁTESETT, NEKROTIZÁLÓ PANCREATITISES BETEGEK KEZELÉSE SZUBINTENZÍV RÉSZLEGÜNKÖN –A NŐVÉR SZEMÉVEL

Hodosy M.¹, Róbertné Hasályó E.¹, Szalayné Gazda É.¹, Koós T.¹, Schafer E.¹, Árvai I.², Lestár B.³, Zsigmond F.¹, Gyökerecs T.¹, Banai J.¹, MH Honvédkórház-Gasztronterológia¹, Intenzív Terápiás Osztály², Sebészet 2. Budapest³

Bevezetés: acut pancreatitis kezelése az esetek nagy részében konzervatív jellegű, invazív beavatkozás inficiálódott nekrozis, valamint a pancreaticus és peripancreaticus folyadékgyülemek befertőződése esetén indikált, ezen esetekben intervenciók radiológiai, endoszkópos vagy sebészeti beavatkozásra lehet szükség. Fertőzött nekrozis, szepszises állapot esetén a lépcsőzetes a terápia, lehetőség szerint első lépésként UH/CT vezérelt vagy endoszkópos drenázs/lavázs javasolt, mely segít áthidalni az időt a műtétiig akkor is, ha az infekció e módszerekkel nem lenne teljesen szanálható. A sebészeti beavatkozás halasztása célszerű a nekrozis demarkálódásáig, a műtéttel érdemes várni a negyedik hétig. Betegek: 3 éves periódus alatt 65 beteget kezeltünk osztályunk szubintenzív részlegén súlyos akut pancreatitis miatt. 9 esetben fertőzött nekrozis, demarkálódott nekrozis, szepszises állapot miatt került sor műtetre, UH vezérelt drenázst követően halasztottan nyitott vagy endoszkópos necrosectomiára. A posztoperatív időszakot a betegek szubintenzív részlegünkön töltötték intenzív terápiás és sebész szakorvos bevonásával. 3 férfi (59-76 év) és 6 nőbetegünk volt (30-62 év), etiológia szerint: 4 biliaris, 2 alkoholos, 2 idiopathiás, 1 post-ERCP-s eredetű volt. Átlagos ápolási idejük: 6 hét – 22 hét volt, 8 betegünk gyógyultán távozott, 1 idős beteget szepszis és többszervi elégtelenség miatt veszítettünk el. Minden esetben nasojejunális tápszándán keresztül enterális táplálás mellett parenterális táplálást is alkalmaztunk. Az antibiotikus kezelést empirikusan imipenemmel kezdtük, a majd a haemokultúra, hasúri váladék tenyésztése alapján célzott kezelést alkalmaztunk. Egy beteg esetében több alkalommal végeztünk endoszkópos necrosectomiát, öt nem kellett megoperálni. 8 esetben nyitott sebészi necrosectomiára került sor műtői körülmények között, majd posztoperatív lavázst végeztünk (3-6 drénen keresztül, 4-14 héten keresztül). 3 esetben 2-3 alkalommal került sor reoperációra további nekrozis, ill. fertőzött hasi folyadékgyülem miatt, 5 esetben az egyszeri műtét sikeres volt.

Összefoglalás: A szubintenzív részlegünkön végzett szoros megfigyelés, gasztroenterológus-sebész-intenzív terápiás szakemberek együttműködése, optimalizált, halasztott műteti időpont kiválasztása fontos szerepet játszik a súlyos, nekrotizáló pancreatitis betegek sikeres kezelésében.

RITKA GASZTROINTESTINALIS VÉRZÉSES ESETÜNK: AOTO-SIGMOIDEALIS FISTULÁBÓL EREDŐ VÉRZÉS - KAZUISZTIKA

Homoky Z.¹, Nagy A.², Nagy B.¹, IV. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház¹, Sebészet, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház²

Definíciója: Az aorta vagy aorto-iliacalis rekonstrukciók után az érprosthesis különböző részei és a szomszédos bélszakaszok között kialakult kóros összeköttetés.

Az aorto-femorális bypass műtétek késői szövődményei közé tartozik. Az aortarekonstrukción átesett betegek 0.3-5.9 (átlag 0.42) %-ában fordul elő.

Leggyakrabban a duodenumot érinti (87%) majd a vékonybelet valamint a nyelőcsövet, gyomrot, appendixet. A vastagbél a legritkábban érintett szerv.

A secundér fistula a primer műtét után 2-14 évvel átlagosan 7 évvel később alakul ki.

A vérzés okozta mortalitás 14-70%

Aetiológia: egyik alapvető aetiológiai factor a fertőzés

Fő tünete: vérzés ami lehet hirtelen kialakuló haemorrhagiás shock.

Kivizsgálás: CT, hasi UH, gallium scintigraphia, izotóppal jelzett leucocytá scanning esetleg angiographia, endoscopya

Megoldás: Műtét. Alapvető a fertőzött graft eltávolítása, újabb bypass extraanatomikus ill in situ megoldások.

Egy obliteratív verőérbetegség miatt többszörös érrekonstrukciós műtéten átesett beteg került osztályunkra beutalásra 1 napja tartó véres székletürítés miatt. Az elvégzett felső panendoscopia során vérzésre utaló jelet ill vérzésforrást a gyomor-duodenum területén nem találtunk. Továbbra is fennálló haematochesia miatt colonoscopia vizsgálatot végeztünk, melynek során a sigmabél területén kb 23 cm magasságban a bél lumen irányába graft-betörést észleltünk (endoscopos dokumentáció). A beteg urgens műtetre került melynek során fertőzött graftot találtak, Hartmann műtétet végeztek. Graftszepszis miatt kombinált antibiotikus ill antimycotikus kezelést alkalmaztak.

A későbbiekben ismételt sebdisruptio miatt suturázások történtek majd a graft lekötését és combszintű amputatiót javasoltak. A beteg az urgens műtét után 3 hónappal exitalt.

Esetünket viszonylagos ritkasága ill jól dokumentáltsága miatt tartjuk érdemesnek bemutatni.

70

CYP24A1 AND CYP27B1 MRNA EXPRESSION IN HUMAN HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Horvath E.¹, Lakatos P. A.¹, Balla B.¹, Kósa J. P.¹, Tóbiás B.¹, Somorácz Á.², Józsan H.¹, Harsányi L.³, Kupcsulik P.³, Schaff Z.², Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest Hungary¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University Budapest Hungary², 1st Department of Surgery, Semmelweis University Budapest Hungary³

Background and Aims: The discovery of the anti-tumor effect of 1,25-dihydroxyvitamin D3 (1,25-D3) on various malignancies, including hepatocellular carcinoma (HCC), suggested that a new treatment opportunity may exist. The use of 1,25-D3 analogs without hypercalcemic effects is the subject of preclinical and clinical studies. Increased activity of 24-hydroxylase (CYP24A1), the key enzyme neutralizing of 1,25-D3, has been found in colon, lung, prostate, thyroid, breast, and ovarian cancer cells. In a previous study we found increased CYP24A1 mRNA expression following 1,25-D3 administration in HCC cell lines in vitro. Therefore, we investigated CYP24A1 mRNA and also the 1,25-D3-activating 1-alpha-hydroxylase (CYP27B1) mRNA in human HCC samples.

Methods: CYP24A1 and CYP27B1 mRNA were measured in surgically removed HCC and surrounding non-tumor liver tissue samples of 13 patients (Male/Female=8/5, mean age 64 years, range 21-78 years). Six cases of HCC developed in alcoholic liver cirrhosis, 1 in HBV, 2 in HCV- positive cirrhotic patients, 2 in cryptogenic cirrhosis, and 1 in non-cirrhotic liver; one was fibrolamellar carcinoma in otherwise healthy liver. All samples were immediately stored at minus 80°C until utilized. CYP24A1 and CYP27B1 mRNA expression was examined using semi-quantitative real-time RT-PCR assay. Ubiquitin C was used as internal control.

Relative quantification was performed from collected data (threshold cycle numbers) by Applied Biosystems 7500 SDS software 1.3.

Results: In 8 out of 13 hepatocellular carcinoma cases, CYP24A1 mRNA expression was detectable. No expression was found in any of the 13 tumor-free liver tissue samples. There was no correlation between the presence of CYP24A1 mRNA and serum α -fetoprotein level, the size, etiology, or other clinicopathological characteristics of HCC. CYP27B1 mRNA expression level was significantly lower in HCC compared with non-tumor tissue samples ($p < 0.05$).

Conclusions: Our novel data on the presence of 1,25-D3 inactivating CYP24A1 mRNA, as well as reduced expression of CYP27B1 mRNA in the majority of human HCC samples is in concordance with former in vitro studies on HCC cell lines and could indicate the decreased bioavailability of 1,25-D3 in HCC cells, providing an escape mechanism from the anti-tumor effect of 1,25-D3.

71

TREATING TREATMENT-NAÏVE GENOTYPE 1 (G1) CHRONIC HEPATITIS C (CHC) PATIENTS WITH DUAL (PEGINTERFERON/RIBAVIRIN, P/R) OR TRIPLE (P/R + PROTEASE INHIBITOR, PI) THERAPY IN HUNGARY. AN APPROACH WITH LIMITED FINANCIAL RESOURCES.

Hunyady B.¹, Makara M.², Gervain J.³, Horváth G.⁴, Szalay F.⁵, Tornai I.⁶, 1Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, and Pécs University, Pécs, Hungary¹, Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest, Hungary², Szent György Kórház, Székesfehérvár, Hungary. 4Horváth Gábor, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest, Hungary³, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest, Hungary⁴, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵, Debrecen University, Debrecen, Hungary⁶

Background. Introduction of protease inhibitors for the treatment of CHC poses new challenges in countries with limited resources. Cost-effectiveness analysis may provide acceptable compromises for both patients and payers.

Aims. To analyse the hypothesis that, initial SOC dual therapy for all naïve G1 CHC patients with an early switch to triple therapy for those with low chance of SVR based on on-treatment viral responses may provide a cost-effective way for payers with no relevant compromise on chance to achieve a sustained viral response (SVR) for patients.

Methods. The SVR rates of different regimens were estimated based on the results of the registry trials with the assumption that using a "lead in" period of 4 to 12 weeks of dual SOC therapy would make no or negligible change on SVR rates with PI triple therapies. Monthly prices for peginterferon+pibavirin, boceprevir (Victrelis®) and telaprevir (Incivek®/Incivo®) of \$2500, \$4400, and \$16600 in the US, and €2100, €3200, €9920 in Germany have been used for calculations, respectively.

Results. Compared to primary initial triple therapy (P/R+PI), the direct drug cost per SVR would be 12-30% lower when all naïve patients would start treatment with SOC P/R dual therapy initially and switched "on demand" to triple therapy upon not achieving a 1-log10 drop of HCV RNA titer by treatment week 4 or a complete early viral response (cEVR) at treatment week 12 on dual therapy, with no relevant differences between the two strategies in overall SVR rates.

Conclusions. While Peg/RBV+PI triple therapy is the most effective way to treat any patient with CHC, for naïve patients, initiation of dual therapy with Peg/RBV and early identification of those unlikely to achieve an SVR with a full SOC treatment, when followed by an "on demand" switch to triple therapy seems to be a cost-effective approach for healthcare systems with limited financial resources.

72

ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN DIAGNOSIS OF PANCREATIC LESIONS: A CASE REPORT

Igaz I.¹, Topa L.¹, Sahin P.¹, Szent Imre Hospital Dept. of Gastroenterology¹

Aim: The prognosis of pancreatic cancer is poor with 1- and 5-year-survival rates of 24% and 5%, respectively. Surgical resection is the only potentially curative option, but because of the late disease presentation only 15%-20% of patients are surgical candidates. Endoscopic ultrasound (EUS) with fine needle aspiration (FNA) has

been shown to be both safe and accurate in providing definitive diagnosis in patients with pancreatic cancer. A large multicenter study showed that EUS-FNA of solid and cystic pancreatic lesions confirmed malignancy in 71% of the patients. The diagnostic sensitivity of EUS ranges between 84% and 100%, while its specificity ranges between 60% and 95%.

Method: In the last half a year we performed EUS-FNA on two patients in our endoscopic unit. A 83 years old man and a 74 years old woman were presenting symptoms abdominal pain, weight loss, and nausea/vomiting. The indication for the EUS was abnormal conventional US and CT findings, where definitive pancreatic mass was shown. We conducted linear EUS (Olympus) and both cases under conscious sedation using midazolam. The type of the needle used in the procedure was 22G. The diagnoses of the patients were confirmed by collective findings of the EUS-FNA result as well as by clinical and radiological follow up. We had no complications during the procedure.

Conclusion: EUS-FNA has proved to be a safe and useful method for tissue sampling of pancreatic masses. The safety of EUS-FNA for evaluating pancreatic lesions is now well established. The endoscopic US allows a much more exact diagnosis.

73

PREDICTIVE FACTORS OF THE THERAPEUTIC EFFECTIVENESS IN THE TREATMENT OF ACHALASIA WITH BALLOON DILATION

Illés A.¹, Vincze Á.¹, Solt J.¹, 1st. Dept. of Medicine, Medical University of Pécs¹

Background: Achalasia cardia is a rare primary esophageal motor disorder characterised by aperistalsis of the esophageal body and impaired lower esophageal sphincter relaxation. Pneumatic dilation is an effective treatment for achalasia. The aim of this study was to identify which factors are predictive for a good long-term success.

Patients and methods: 380 consecutive patients (193 females, 187 males) were included in the study who had been treated by balloon dilation. The diagnosis was suggested by endoscopy and confirmed by esophageal manometry or barium esophagogram. The severity of achalasia was determined by esophagogram. The age, gender, staging, typing of achalasia, presence of hiatal hernia were determined as a prognostic factor. The numbers of dilations were measured, the mean follow-up was 60 months.

Results: The relapse and numbers of dilation were significantly more in young patients (age<40 years)(2,29 vs.1,59; $p<0,01$), in males (2,05 vs.1,65; $p<0,01$), and in stage IV (I: 1,36, II:1,68, III:1,61, IV:2,21; $p<0,01$), but there were no differences in other factors between the groups.

Conclusion: Pneumatic dilation is an effective therapy for achalasia. The age, gender, and the staging of achalasia predict the therapeutic response of pneumatic dilation.

74

ULTRASONOGRAPHIC STUDY OF ANTRAL MOTILITY IN PATIENTS WITH BARRETT'S OESOPHAGUS AND EROSIIVE OESOPHAGITIS

Izbéki F.², Sipos Z.¹, Gyorgyev K.¹, Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Ollé G.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, 1st Department of Medicine, Szent György County Hospital, Székesfehérvár²

Background: Antral contractility and antroduodenal motility are major physiologic determinants of gastric emptying (GE). Delayed GE has been demonstrated in patients with reflux disease. In our previous study, using ultrasonography, we have investigated the role of the proximal stomach in the GE of patients with erosive oesophagitis (EO) or with Barrett's oesophagus (BO). The aim of the present study was the assessment of the antral contractility and its role in GE in these two subsets of patients with reflux disease. **Patients and methods:** Twenty-one patients BO, 17 patients with moderate EO (10 LA-A; 7 LA-B), and 19 control persons (CP) without history of reflux symptoms or dyspepsia were enrolled into the study. After an overnight fast the subjects ingested 500 ml of a low calorie content semisolid test meal. The GE was characterized by the reduction of the residual gastric content calculated from the change of cross-sectional areas determined at predefined time points over a period of 240 min after ingestion of the test meal. The frequency of antral contractions was counted for 3 min at each time

point. The amplitude of contractions was calculated from the maximal reduction of the antral area for each contraction. The motility index (MI) was expressed as the multiplication of the mean amplitude and frequency of the contractions.

Results: GE was significantly slower in patients with BO and EO than in CP. In patients with BO a significant decrease of the MI was observed in the first 90 minutes of the study, whereas significant reduction of MI occurred only in the first 45 minutes in patients with EO. A negative correlation was observed between the GE and MI in the first 45 min of the study in both groups of patients with reflux disease.

Conclusions: Impaired antral motility and delayed GE are demonstrated in patients with BO and EO. Antral dysmotility was more pronounced in patients with BO. A possible role of increased biliary reflux in patients with BO warrants further investigation.

Grant support: ETT 340/01 and TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KONV-2010-0005

75

A COLORECTALIS DAGANATOK KEZELÉSÉBEN ELÉRT EREDMÉNYEINK, 2005–2010

Jánoki M.¹, Vincze A.¹, Pintér T.¹, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Onkoradiológia, Győr¹

A vastag- és végbéldaganatok jelenleg is súlyos problémát jelentenek, mivel az elmúlt évtizedekben az újonnan diagnosztizált megbetegedések évenkénti száma csaknem négyeszeresére emelkedett, s ezzel mindkét nem esetében a második leggyakoribb rosszindulatú megbetegedéssé vált. Hazánkban körülbelül évi 7500-8000 az új betegek száma, és körülbelül 5000 ember hal meg évente a betegségben. A vastagbél-daganatos betegek 5 éves túlélése a komplex sebészeti onkológiai kezelés ellenére is szerény, az Egyesült Államokban ez 62%, míg Európában és különösen Kelet-Európában lényegesen rosszabb, 45-50%. Nem lehet eléggé hangsúlyozni a daganatcsoport közegészségügyi jelentőségét. Győrben 2005-ben 419 vastag- és végbéldaganatos beteg kezelése történt. Retrospektív elemzés során vizsgálatot végeztünk a 2005 évben kezelt betegek körében. Vizsgáltuk a demográfiai adatokat, a colorectalis daganatok prognosztikai faktorait, a pontos kórisme felállítása előtti átlagos panaszidőt, a diagnózis megállapításának módját, a daganat lokalizációját, stádiumbeosztását, a sebészi terápiát, az onkológiai kezelés formáit illetve kombinációit, a betegség kiújulását, áttétek megjelenését, mortalitási adatokat. A felmérés adatai alapján 2005-ben kezelt betegeink 52%-os 5 éves túlélése várakozáson felüli, megfelel a nyugat-európai átlagnak. Medián túlélés 27,54 hó.

A vastagbél daganatos betegek számának csökkenése a primer és szekunder prevenciótól remélhető. A vastagbélrákban a halálozás csökkenése, a túlélés javítása, a sebészi és gyógyszeres kezelés lehetőségeinek optimális alkalmazásától várható

76

ETHANOL AND ITS METABOLITES INHIBIT CFTR CHANNEL ACTIVITY IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCT CELLS

Judák L.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Gray M.², Venglovecz V.³, First Department of Medicine University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK,² Department of Pharmacology and Pharmacotherapy University of Szeged, Szeged, Hungary³

Background: The mechanism by which ethanol (EtOH) induces acute pancreatitis (AP) is not completely understood, however it is suggested that its non-oxidative metabolites play a crucial role in it. Recent studies indicated that impaired ductal fluid secretion can lead to the development of AP. Since cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) Cl⁻ channel plays a crucial role in maintaining fluid secretion our aim was to investigate the effect of EtOH, and its non-oxidative metabolites on basal and forskolin-stimulated CFTR currents in pancreatic ductal cells.

Methods: We used the patch clamp technique to study the effects of EtOH (1, 10 and 100 mM), palmitoleic acid (POA) and palmitoleic acid ethyl ester (POAEE; 10, 100 and 200 μ M) on whole cell CFTR currents in single, guinea pig pancreatic duct cells.

Results: Administration of 100 mM EtOH increased the basal and reversibly blocked the forskolin-stimulated CFTR currents. In contrast, 1 and 10 mM EtOH had no effect on the CFTR currents at all. POA at higher concentrations (100 and 200 μ M) significantly

decreased both the basal and forskolin-stimulated currents, whereas, POAEE only at 200 μ M concentration was able to block the forskolin-stimulated currents.

Conclusions: These data indicates that inhibition of CFTR Cl-channel by EtOH and its non-oxidative metabolites maybe involved in the pathomechanism of AP.

This work was supported by the Hungarian Scientific Research Fund, the Hungarian Academy of Sciences and the National Development Agency.

77

A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK SZÜLÉSZETI-NŐGYÓGYÁSZATI VONATKOZÁSAI

Kálmán J.¹, Wacha J.², SE ÁOK VI. évf.¹, SE I. sz. Sebészeti Klinika²

Bevezetés: Az IBD krónikus lefolyású betegség, a termékenységre viszont időkorlátok közé szorított tényező, így a szülészeti-nőgyógyászati kérdéskörrel és a bélbetegséggel egyidejűleg kell foglalkozni.

Céltűzés: Jobban megismerni az IBD-s hölgyek fogamzással, terhességgel, szüléssel kapcsolatos specifikumait az egészséges populációval összehasonlítva.

Módszerek: 100 IBD-s beteg- és 100 egészséges kontroll hölgy adata került felmérésre az általuk kitöltött kérdőív eredményeinek statisztikai kiértékelésével. Eredmények: A betegek szignifikánsan előbb kezdenek el menstruálni ($p=0,03$). A bélbetegség aktivitása, valamint a szteroidok és 5ASA készítmények menstruációs zavart okozhatnak. A beteg csoport hölgyei ritkábban alkalmaznak fogamzásgátló módszereket ($p=0,002$), különösen hormontartalmú készítményeket és IUD-t ($p=0,018$ és $0,03$). A családtervezéstől a teherbe esésig eltelt idő a betegeknek hosszabb. Terhesség idején a közérzet, a betegséggel kapcsolatos beltünetek és a laborparaméterek a beteg csoportban szignifikánsan rosszabb, mint a kontroll csoportban. Különösen igaz ez a vérszegénységre ($p < 0,001$). A bélbetegség tünetei terhesség idején enyhébb, mint a betegség kezdetén, és a posztpartum időszakban (mindkét esetben $p < 0,001$). A tünetek átlagos súlyossága és a terhesség alatti tünetek ($p=0,042$), valamint a szövődmények relatív gyakorisága is kedvezőbben alakul túlsúly esetén. IBD-s anyák gyermekeinél gyakoribb a koraszülés ($p=0,019$) és a LBW, kisebb az átlagos születési súly. A beteg csoportban valamivel kevesebb a születésszám, ugyanakkor a császármetszések és a gátmetszések számában nincs különbség. Szövődményes gátmetszés szignifikánsan gyakrabban fordul elő a beteg csoportban ($p=0,019$). A dohányzók gyermekeinél a koraszülés, a túlhordás, a LBW és a születési rendellenességek, míg alkoholiszülőknél a koraszülés és a túlhordás fordult elő gyakrabban.

Következtetések: Menstruációs zavar hátterében maga az IBD, de a kezelésére használt gyógyszerek is állhatnak. Fontos a helyes fogamzásgátló módszer kiválasztása. A betegek aggodalmát csökkentendő, hangsúlyozni kell a terhesség jótékony hatását az IBD tüneteire, valamint hogy csupán a koraszülés és a kisebb születési súly fordul gyakrabban elő IBD-s terhességek esetén. A szülészeti műtétes beavatkozások helyes indikációjának meghatározása különösen fontos bélbetegségek esetén.

78

POTENTIAL MRNA BIOMARKERS OF COLORECTAL DYSPLASIA-CARCINOMA TRANSITION BASED ON GENE EXPRESSION ANALYSES

Kálmár A.¹, Galamb O.², Spisák S.², Tóth K.¹, Wichmann B.¹, Sipos E.¹, Valcz G.², Leiszter K.¹, Patai V. Á.¹, Schöller A.¹, Fűri I.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

Introduction: Though histopathology is still the gold standard for differentiating stages of colorectal disease progression, the early molecular detection of the colorectal dysplasia-carcinoma transition may enhance the strength of diagnosis from colonic biopsies. Using high-throughput microarray-based biomarker screening low cost diagnostic array real-time PCR panels may be developed.

Aims: Our aim was to determine molecular markers for enhancing the differentiation of high-grade dysplasia from colorectal carcinoma (CRC) and to analyze the applicability of FFPE tissue samples.

Material and Methods: HGU133Plus2.0 microarrays (Affymetrix) were used to identify a discriminatory transcript set on 53 biopsy

samples (22 CRC, 20 adenoma, 11 normal), whose classificatory power was tested on 94 independent biopsies (27 CRC, 29 adenoma, 38 normal). Real-time PCR validation was done on 98 independent biopsy samples (39 CRC, 24 adenoma, 35 normal) using Transcriptor First Strand cDNA Synthesis Kit reverse transcription and RealTime ready assays (Roche). The marker set was tested also on 10 CRC, 10 adjacent normal fresh frozen tissue samples. The applicability of FFPE samples was evaluated using total RNA isolated from 10 μ m-thick slides of 30 CRC and 30 adjacent normal samples with MagNA Pure96 Cellular RNA Large Volume Kit (Roche).

Results: A set of 11 transcripts (including CXCL1, MMP3, GREM1) was determined which could correctly discriminate between the normal, adenoma and CRC samples, and also between high-grade dysplastic adenoma and CRC samples with 100% sensitivity and 88.9% specificity. The discriminatory power of the marker set was proved to be high on independent fresh frozen biopsy samples both in microarray and RT-PCR analyses. 95.6% of original and 94.1% of cross-validated samples were correctly classified in discriminant analysis. According to the RT-PCR results of the marker set, tumorous and normal fresh frozen and FFPE tissue samples could be distinguished with high sensitivity and specificity.

Conclusion: The identified transcript set was found to be sufficient to correctly characterize the colonic tissue samples along the dysplasia-carcinoma transition also on a large independent sample set and on FFPE tissue samples.

These markers can establish the basis of gene expression-based diagnostic classification of colorectal cancer.

79

SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY STRUCTURED TERMINOLOGY

Kánainé V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár Teaching Hospital, Győr, Hungary¹

Introduction and aim: The Capsule Endoscopy Structured Terminology (CEST) has been developed following the rules established for Minimal Standard Terminology (MST) and adapted to the specific needs for the reporting of findings and diagnosis in capsule endoscopy (CE) findings.

This presentation provides an overview and examples of the use of the CEST for reporting small bowel CE examination.

Structured documentation of an examination and findings

The CE examination report follows the general MST structure for endoscopic reporting. The following headings are used for the structured description of findings in the small bowel: normal, lumen, contents, mucosa, flat lesions, protruding lesions, excavated lesions.

Main headings of findings	Terms of findings				
Mucosa	Erythema	Pale	Edematous	Granular	Nodular
Flat lesions	Spot	Plaque	Angiectasia		
Excavated lesions	Aphta	Erosion	Ulcer	Diverticulum	
Protruding lesions	Nodules	Polyps	Tumor	Venous structure	

The list of diagnosis, as proposed by the CEST, is divided into two lists of terms, the main diagnosis and other diagnosis being classified according to their frequency in clinical practice.

Conclusion: The CEST supports the structured reporting of all data necessary for a CE examination, including pathological findings.

80

LEHETŐSÉGEK A MÁJ, EPEUTAK ÉS HASNYÁLMIRIGY DAGANATOK MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSÉBEN

Káposztás Z.¹, Gödény M.¹, Láng I.¹, Pap Á.¹, Tóth L.¹, Országos Onkológiai Intézet¹

A máj, epeutak és hasnyálmirigy daganatok előfordulása a nemzeti rákregiszter alapján folyamatosan növekszik a halálozási mutatók romlásával. 2006-os adatokat hasonlítva 2011-hez: 1228 vs 1715 máj, 954 vs 1206 epehólyag, epeúti és 2059 vs 2515 hasnyálmirigy daganatot regisztráltak. A 2006-os halálozás 2010-hez hasonlítva:

724 vs 747 máj, 682 vs 632 epehólyag, epeutak és 1692 vs 1848 pancreas ráknál.

A colorectalis rákok számának növekedésével (2009-ben 4949) a májmetasztázisok előfordulása is fokozódik. Több mint 50%-ban alakul ki, melyek 40%-a operábilissá tehető a társ szakmák együttműködésével, korai felismeréssel és neoadjuváns kezeléssel 50%-os 5 éves túlélést eredményezve. Mindkét oldalt érintő, többszörös, nagyterjedésű elváltozások eltávolítása, esetenként két fázisban; lymphadenectomy és peritoneális áttét eltávolítása is megfontolandó. A prognózist befojásoló tumormentes resectió szél nagysága 1 cm-ről, 1 mm-re csökkent. Laparoscopos májresectio szerepe is egyre fontosabb az összes előnyével és nyitott műtétekkel megegyező túléléssel.

A hepatocelluláris rák incidenciája is növekszik. Jó állapotú, Child A betegéknél a resectió jó eredménnyel végezhető. Onkoteam szerepe a megfelelő kezelés kiválasztása (RFA, TACE, sorafenib, SIR-Spheres, resectio, transzplantáció).

Az epeúti daganatok ellátása is complex. Ideális esetben az operábilisnak tűnő icterusos beteg a centrumba kerülve, szükség esetén nasobiliáris drainnel az icterus mérséklését követően, mielőbb műtetre kerülhetne; az inoperábilis beteg palliációjának biztosítása mellett. A laparoscopos cholecystectomiák ellenére az epehólyagrak incidenciája növekszik a „néma” epék hibás szemlélete miatt. Korai beavatkozással 70%-os 5-éves túlélés elérhető.

A pancreas daganatok korai felismerése és complex kezelése (neoadjuváns) is (55 hónap) túlélés javulást eredményez szelektált esetekben. Minden malignitás gyanús pancreas elváltozásnál műtét mérlegelendő. A pre-malignus, cystás elváltozások száma a gyakoribb képalkotó vizsgálatok miatt emelkedett. Felismerésük, követésük és malignitás gyanú esetén (2-3 cm<, tágult vezeték, solid részek, szimptomatikus) eltávolításuk kiemelendő.

A fenti elváltozások prognózisában korai felismeréssel és centrumokban, komplex kezeléssel a társ szakmák szoros együttműködésével jelentős javulás érhető el, melyre a rákregiszter romló mutatói alapján nagy szükség van.

81

COLORECTALIS DAGANATOK MIATT VÉGZETT AKUT MŰTÉTEK UTÁN ÉSZLELT SZÖVŐDMÉNYEK ELEMZÉSE
Kári D.¹, Korsós D.², Kecskédi B.¹, Lovay Z.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Sebészet, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Budapest²

Cél: A colorectalis daganatok (CRC) miatt végzett akut műtétek eredményeinek javítása.

Módszer: Szerzők a 2004-2006, majd a 2007-2010 közötti időszak eredményeit elemezték. A két intervallumban CRC miatt végzett akut műtétek utáni szövődményeket 2007-ben, majd 2011-ben elemezték. 2007-ben, az első periódusban szerzett tapasztalatok és eredmények alapján változtattak kezelési stratégiájukon.

Azon eseteket vizsgálták, ahol a CRC diagnózisa korábban nem volt ismert, csak az akut felvétel, ill. az urgensen (24 órán belül) végzett műtét kapcsán derült ki. Egyéb kizárási kritériumok nem voltak. Míg az első periódusban az akut műtétek során a resectio és primer anastomosis volt a „cél”, addig a következő időszakban már pl. ileus esetén ún. „bridging” technikákat alkalmaztak a beteg általános állapotának javítása céljából.

Eredmények: A vizsgált főbb végpontok: varratelégtelenség, postoperatív mortalitás, resecabilitás. A populáció morbiditási mutatóinak és az akut műtetre kerülő betegek általános állapotának meghatározása céljából az ASA osztályozást és TNM besorolást is vizsgálták.

Az 1. és a 2. periódusban a varratelégtelenség 26% vs. 3,8% volt. Postoperatív halálozás 22% - 14,2%. A tumor resecabilitás kissé emelkedett (69%-ról 76%-ra) a tapasztalat növekedésével ill. a körülmények javításával.

A morbiditási mutatók és a TNM stádiumok mindkét időszakban gyakorlatilag azonosak voltak. Mindkét faktor a Magyarországi átlagnál rosszabb mutatókkal bírt. A betegeknek több mint a fele ASA 4-5 osztályú volt, és szintén több mint felénél lokálisan előrehaladott, ill. már metastasissal járó daganatot találtak. A szövődmények Clavien-Dindo klasszifikációja alapján a halálozás igen magas rizikót jelent. Szerzők előadásukban a 2011. év eredményeit is ismertették.

Következtetés: Akut felvételek esetén a gyors kivizsgálás és lehetőség szerint minél alaposabb előkészítés csökkentheti az akut műtétek számát, lehetőséget teremtve a primer resectio és a primer anastomosis készítéséhez. Ennek következtében lényegesen

csökkenthető az akut műtétek szövődményeinek és halálozásának aránya. Törekedni kell arra, hogy a CRC betegek minél korábban, még a heveny szövődmények kialakulása előtt kerüljenek műtetre. Az elektív műtétek eredményeinek megközelítéséhez, az akut műtéteket lehetőség szerint csak abban az esetben végezzük, ha az elektív műtétekkel azonos személyi és tárgyi feltételek adóttak.

82

ENDOSZKÓPOS CISZTASZÁJAZTATÁS INTÉZMÉNYÜNKBEN – 38 ESET TAPASZTALATA ASSZISZTENS SZEMMEL

Kecskés F.¹, Kandikó K.¹, Szvatek A.¹, Bagi G.¹, Tiszóczy É.¹, Banai J.¹, Gyökere T.¹, MH Honvédkórház, Gasztroenterológia, Budapest¹

Bevezetés: A hasnyálmirigy gyulladás okozta folyadékgyülem heveny vagy krónikus pancreatitis esetén is kialakulhat. Helyi, vagy szisztémás szövődmény súlyos állapothoz, akár a beteg halálához is vezethet. A gyomor- vagy a nyombél lumenébe bedomborodó folyadékgyülemek endoszkópos megoldása jelentős kihívást jelent az endoszkópos asszisztens számára is.

Betegek és módszer: Az elmúlt 3 évben 38 beteg esetében végeztünk endoszkópos pszeudociszta szájaztatást. 24 betegben akut gyulladást követően alakult ki a folyadékgyülem, 14 betegben krónikus pancreatitis szövődményeként. A legkisebb szájaztatott pszeudociszta 2x3 cm-es, a legnagyobb 26x11 cm-es átmérőjű volt. A beavatkozáshoz az ERCP-nél is használt midazolam premedikációt alkalmaztunk. Egyértelmű bedomborodás esetén –megelőző hasi CT vizsgálat után- cisztaszúróval égettük magunkat a tömlő belsejébe. A vezetődrótot a pszeudocisztában hosszán előretolva húztuk le a külső hüvelyt. A cisztatartalom ürülése a legtöbb alkalommal már ekkor megindult. A vezetődróra húzott tágító ballonnal a szájadékot feltágítottuk, majd ún. „kettős malacsfarkú” 10 Fr átmérőjű stentet, vagy stenteket toltunk a cisztába. Fertőzött pszeudociszta esetén nasocisztikus öblítődrént is alkalmaztunk. Amennyiben bedomborodást nem észleltünk, úgy –endoszkópos ultrahang híján- feltöltöttük a pancreas vezetékét. Ha a vezetékből feltelődött a pszeudociszta, úgy a pancreas sphincter felvágása után a vezetéken keresztül helyezettünk stentet, vagy nasocisztikus drént a pszeudociszta üregébe. A stenteket átlagosan 52 nap múlva távolítottuk el. Szövődményként befertőződést, vérzést és perforációt észleltünk, összesen 4 beteg került műtetre, egy beteget vesztettünk el a háttérben zajló akut pancreatitis következtében. A követés alatt egy betegben észleltünk csak recidívát.

Összefoglaló: Az endoszkópos pszeudociszta szájaztatás kihívást jelentő, bonyolult endoszkópos beavatkozás, mely gyakorlott team kezében azonban kiváló sikerességgel, elfogadható szövődményaránnal végezhető.

83

PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS

Király Á.¹, VDMM Diagnosztikai Komplexum Pécs¹

Eosinophilic esophagitis (EE) is characterized by food impaction, dysphagia and reflux-like symptoms in adults. The aim of this study was to characterize the leading symptoms, endoscopic-, 24 hr impedance-pH-metric and motility findings in patients with EE.

Patients and Methods: 6 patients was diagnosed with EE between 2011-2012. The diagnosis was based on endoscopic findings and histological diagnosis. Biopsies were taken from 5 levels of the esophagus. Stationary esophageal manometry, and 24-hour impedance pH-metry were performed. Allergies, blood peripheral eosinophilia were checked.

Results: 4 male patients and 2 female with a mean age of 33 years were diagnosed with EE. Endoscopy showed mucosal abnormalities in all cases, distal rings in 6 cases, no esophageal stenoses were found. The manometric study showed nut cracker esophagus in the distal esophageal body, the incidence of simultaneous contraction was found to be higher in patients with EE than that in normal controls. The lower esophageal sphincter (LES) pressure was 16±4 mmHg, relaxation was ≥90%. No hypomotility was observed. 24 hr impedance-pH-metry showed pathologic acid reflux in one case responding to PPI therapy. Bolus exposure time was significantly longer at 5 cm (2.1% EE vs. 0.6% control) and 15 cm (0.6% EE vs. 0.65% control) above LES.

Conclusions: Endoscopic abnormalities were found in each patients with EE. Dysphagia was found to be the most common complaint of patients with EE. No specific motor abnormality is found in these patients, however esophageal clearance is disturbed by the diseases at different levels of the esophageal body.

84

DIABETIC ENTEROPATHY, GASTROPARESIS AND NEUROPATHY OR ANYTHING ELSE?

Kiss T.¹, Tiszai A.¹, Tiszlavicz L.², Adamkovich N.³, Borbényi Z.³, Kiss I.⁴, Mátéka I.⁴, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary², 2nd Department of Medicine and Cardiological Center, University of Szeged, Hungary³, Department of Radiology, University of Szeged, Hungary⁴

Background: Amyloidosis is a rare disease, characterised by abnormal protein fibres which infiltrate tissues. The symptoms are caused by the hypofunction of the most affected organs. Secondary amyloidosis is more common and can be formed as a consequence of malignancy, chronic inflammation or infections. The authors present a case of a 69-year old patient with diabetes formerly diagnosed gastroparesis and neuropathy and he has currently symptoms of profuse diarrhoea.

Case Report: The patient was admitted to our department due to his weight loss of 12 kg, diarrhoea and lack of appetite. The main symptom was a profuse, watery diarrhoea, which appeared 5-6 times a day and resulted in collapsing weakness. Irregular bowel movements were found at the physical examination. Abdominal X-ray films revealed niveau in the small intestine. Laboratory parameters were normal, except a mild normocytic anaemia. Further examinations excluded malignancy, villous atrophy, collagenosis, Whipple's disease or infection. A series of gastroscopies were made, each of which proved stomach without peristalsis, with remarkable amount of residuum. Residuum of the duodenum was not visible. The thickening of the terminal ileum, caecum and the ascending wall of the colon were detected by CT enteroclysis. During colonoscopy a 2-3cm long, concentric stricture was found in the colon ascending. Both of the clinical picture and the histological examination of the stomach, duodenum and colon confirmed our suspicion about amyloidosis. After this, multiple myeloma was diagnosed by bone marrow biopsy and immunoelectrophoresis. It was started Velcade-dexamethason therapy, the episodes of diarrhoea decreased, and the patient's body weight increases.

Conclusions: It must be suggested the occurrence of other systemic disease besides the complications of diabetes in patients with diarrhoea and gastric hypomotility associated weight loss.

85

SMALL BOWEL SIGILLOCELLULAR CARCINOMA IN CROHN'S DISEASE

Kiss I.¹, Náfrádi J.¹, Kiss J.¹, Tiszlavicz L.², Kiss I.³, Wittmann T.¹, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Belgyógyászati Osztály II.¹, SZTE Patológiai Intézet², SZTE Radiológiai Klinika³

Introduction: Diagnosis of carcinomas of the small bowel is methodologically difficult, and they are mostly detected in a late stage, so they have poor prognosis.

Case report: The 48-year-old woman has a history of Crohn's disease for 23 years, which affects the colon. Due to complaints of relapse colonoscopy was performed with histological sampling that revealed activity in 2007. CT enteroclysis suggested the possibility of terminal ileum involvement. The patient received azathioprine and mesalazine therapy and had no symptoms for years. In 2009 another CT enteroclysis was performed due to the activation of the disease and showed slight progression, therefore the therapy was modified and no further complaints occurred. During a relapse period moderate activity was detected and justified with biopsy in the terminal ileum and colon in 2011. Due to a cramping abdominal pain, which was not explained totally with the preliminaries mentioned above, CT enteroclysis was performed, which detected stenosis in an ileal loop, therefore surgical intervention was indicated. During operation a nut-sized tumor of the small intestine was seen 1 m far from Bauhin's valve, causing stenosis. According to the histological results sigillocellular carcinoma was detected beside the active Crohn's disease, oncotherapy was initiated.

Discussion: The incidence of small bowel carcinoma is infrequent, only 1-5 % of all gastrointestinal tract malignancies. In Crohn's disease, small bowel carcinoma occurs more frequently than average. According to literature, risk is 12-60 times high in this group of patients. The exact diagnosis is often established after processing the resected area.

86

80 NAP ALATT 30 KAPSZULA

Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Kánainé V.¹, Szalai M.¹, Rácz I.¹, Petz Aladár Oktató Kórház, Gasztroenterológiai Osztály-I. Belgyógyászat, Endoszkópos Labor, Győr¹

2011. augusztusában az Országos Egészségbiztosítási Pénztár illetékesei tájékoztatták a vékonybél kapszulás endoszkópos vizsgálatra kijelölt munkahelyeket a felhasználható kapszulák pénzügyi keretéről, a lehetséges kapszulás vizsgálatok számáról. Munkahelyünkön közel két és fél hónapos időszak alatt a korábban előjegyzetteket és a sürgősségi eseteket gyorsított tempóban kivizsgáltuk.

A vékonybél kapszulás vizsgálatok indikációja a hatályos finanszírozási protokoll szerint az obstrukus (okkult vagy manifest) gasztrointesztinális vérzés.

Előadásunkban beszámolunk a betegelőkészítésről, betegészlelésről és a vizsgálatok lefolytatásával nyert tapasztalatokról, továbbá osztályunkon kialakított leletértékelő munka rendszeréről.

A betegeket vékonybél kapszulás vizsgálatra rendszerint 3-4 l polyethylen-glycol bélmosó folyadékkal készítjük elő, ami eltér a nemzetközi standardoktól. A módszer tapasztalataink szerint kellő bél tisztaságot biztosított és így a diagnosztikus arány (diagnostic yield) jelentősen nő.

A vizsgálatokat rendszeresen real-time módszerrel követtük. Meggyőződünk a kapszula aktuális pozíciójáról. A gyomorban tartósan retinálódott kapszulákat szükség esetén flexibilis endoszkóppal továbbítottuk a vékonybélbe.

A leletértékelést rendszerint az endoszkópos kapszulás endoszkópos asszisztens kezdi, amit az orvos munkatársak folytatnak, végül a vizsgálócsoport vezetője értékeli a kialakított előzetes szakvéleményt.

Szövődményt a gyorsított ütemben végzett 30 vizsgálat során nem észleltünk. A típusos és érdekes esetek kapszulás endoszkópos felvételeit az előadás végén atlaszszerűen bemutatjuk.

87

A PEG BEÜLTETÉS HELYE A KAROLINA KÓRHÁZBAN. AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISTENS SZEMPONTJAI

Kokas M.¹, Kovácsné Tomasits K.¹, Polreis J.¹, Talliáné Soós J.¹, Pécsi G.¹, Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

A percután endoszkópos gasztrosztóma (PEG) a hosszútávú mesterséges enterális táplálás biztosítására szolgáló világszerte elterjedt módszer. A PEG invazív endoszkópos technika. A beteg táplálását évekig biztosíthatja.

A szerzők 2 év alatt 16 esetben végeztek PEG beültetést. Eseteik kapcsán elemzik az indikációkat a korai és késői szövődményeket, ismertetik a kontraindikációkat az általuk alkalmazott pull technikát, a beavatkozás személyi és tárgyi feltételeit.

A megfelelő indikáció alapján jó technikával végzett PEG beültetés a beteg életminőségét és életkilátásait is nagymértékben javítja. A beültetés minden esetben team munka, felkészült gasztroenterológus orvos és asszisztens csapatot igényel.

88

FIBRE INTAKE IN PATIENTS WITH CONSTIPATION OR SELF-DEFINED CONSTIPATION

Komár A.¹, Király Á.¹, Villa Doctoris Medici Magánrendelő és Diagnosztikai Komplexum, Pécs¹

Introduction The most frequently given advice of the doctors is to increase the fiber and fluid intake to make the stool softer in patients with constipation. Modification of the diet has been shown to decrease the transit time in just a few patients most likely in those who have normal transit constipation.

The **Aim** of the study was to investigate the fibre and fluid intake in patients with constipation, self-defined constipation (SDC) and healthy controls.

Method The patients were divided into two groups according to the result of anorectal physiology investigation: slow (STC) and normal transit constipation (NTC). Patients with the following disorders were excluded: bowel inflammation, circulatory disorders, polyp, colorectal cancer. With the help of a questionnaire fiber and fluid intake were calculated. Factors influencing the bowel habit was scanned such as the use of laxatives, physical training, drinking of water with high mineral content, use of sweeteners, etc.

Results **stc**: not water soluble fibre (n.w.s.f.) intake: 17,6g/day, water soluble fibre (w.s.f.) intake: 7,5g/day, total fibre (t.f.) intake: 37,3g/day, fluid intake: 1,7l/day. **NTC**: n.w.s.f. intake: 18,1g/day, w.s.f. intake: 4,8g/day, t.f. intake: 29,7g/day, fluid intake: 2l/day. **Control**: n.w.s.f. intake: 11,1g/day, w.s.f. intake: 4,6g/day, t.f. intake: 19,3g/day, fluid intake: 1,7/day. **SDC**: n.w.s.f. intake: 5,7g/day, w.s.f. intake: 2,3g/day, t.f. intake: 10,8g/day, fluid intake: 1,5l/day. Non self-defined constipation (NSDC): n.w.s.f. intake: 15,1g/day, w.s.f. intake: 6,3g/day, t.f. intake: 25,7g/day, fluid intake: 1,8l/day. The fiber intake of healthy subject represents the Hungarian average consumption. Patients with SDC do not eat more fiber than the average however those who have symptomatic slow colonic transit significantly higher fiber intake was found. The highest fluid intake was found in patients with NTC, no significant difference was found in the other subgroups.

Conclusion Increasing the fiber and fluid intake did not relieve the symptoms of patients with severe constipation. The suggested amount of fiber intake (20-25g) was fulfilled by the constipated patients without any special diet. Beyond a line the favorable affects of the dietary fibres can not prevail especially in patients with severe constipation.

References: (1) S.A. Müller-Lissner at all: Myths and Misconception About Chronic Constipation. American Journal of Gastroenterology 100:232-242; 2005.

89

EGY FEL NEM ISMERT RÖVIDBÉL SZINDRÓMÁS BETEG ESETE

Kőmíves C.¹, Sahin P.¹, Futó J.³, Aradán M.¹, Varga M.², Topa L.¹, Gastroenterológia Profil, Szent Imre Kórház, Budapest¹, Dietetikai Szolgálat, Szent Imre Kórház, Budapest², Központi Műtő és Aneszteziológiai Szolgálat, Szent Imre Kórház, Budapest³

Bevezetés: Egy rövidbél szindrómás betegnek speciális és komplex kezelési, táplálási igényei vannak. Ezek bármelyikének elmaradaskor a szövödmények és az egészségügyi költségek megnövekedését észlelhetjük, ahogy ez történt betegünk esetében is.

Esetismertetés: 55 éves nőbetegünknel perforáló, peritonitishoz vezető rectum carcinoma miatt Hartmann szerinti sztóma képzéssel járó műtét, majd sorozatos reoperatio történt az adheziók következtében kialakult ileusok miatt. A műtétek során az adheziolízis mellett ileocecalis- és vékonybél rezekciókra is kényszerültek, aminek következtében a reziduális vékonybél hossz megközelítőleg 150 cm lett. Ezután összesen 9 alkalommal jelent meg ambuláns onkológiai és 7 alkalommal sebészeti kontrollon. Míg végül a nem megfelelően kezelt rövidbél szindróma cachexiához, a több literes sztóma hozam felborult folyadék- és ionháztartáshoz vezetett. Hypovolaemias sokk állapotában Intenzív Terápiás Egységünkbe került. Ekkor BMI-je 12,7 kg/m² volt (172cm, 37,5kg), 9,8%-os testsírtartalommal, súlyos hypoproteinaemia (44 g/l), hypalbuminaemia (19 g/l) és hypocalcaemia (1,18 mM) mellett, 1,77 mM-os koleszterin szinttel. Gomba sepsis és sorozatos kanül infekciók alakultak ki. Ezt követően a Sebészeti, majd a Gasztroenterológiai Profilon a sztóma out put kontrollja, a folyadék- és ionegyensúly helyreállítása, dietetikus bevonásával a kórképnek megfelelő enterális táplálás felépítése és további átmeneti, kiegészítő parenterális táplálás történt. A beteg BMI-je 17,7-re (172cm, 52,5 kg), testsírtartalma 20,7%-ra nőtt, vérsír értékei, szérum ion- és albuminszintje normalizálódott. Felépült, tumormentes és teljes értékű életet élhet.

Konklúzió: Stómás rövidbél szindrómás betegek kezelésében a megfelelő kalóriapótláson túl, a sztóma out put-ra, a folyadék- és ionegyensúlyra is kiemelt figyelmet kell fordítani. A táplálási terv felállításához team munka szükséges. Dietetikus segítségével a diétahibák aprólékos felderítésével, az enterális táplálást egyénre

szabottan felépítve, elkerülhetővé válhat az igen költséges tartós otthoni parenterális táplálás.

90

PEG BEÜLTETÉSEL KAPCSOLATOS BETEGGONDOZÁS A KAROLINA KÓRHÁZBAN. AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS SZEREPE.

Kovácsné Tomasits K.¹, Kokas M.¹, Talliánné Soós J.¹, Polreis J.¹, Pécsi G.¹, Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

A PEG egyszerű, invazív endoszkópos technika. Segítségével akár évekig biztosítható a mesterséges enterális táplálás.

A szerzők előadásukban az endoszkópos asszisztens feladatai közül a PEG beültetést megelőző és az azt követő feladatokat, a beteggondozás szempontjait elemzik.

A PEG beültetés előtt kiemelt feladat a beteg pszichés vezetése és felkészítése, a gyógyszerelés áttekintése, szükség szerinti módosítása.

PEG beültetés után a korai és késői szövödmények irányába történő observatio, majd a táplálékbevitel felépítése a kiemelt feladat. Lokális szövödmények irányába hosszútávú követés, beteggondozás szükséges.

91

FUNCTIONAL EVALUATION OF METAPLASTIC HUMAN OESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS

Laczko D.¹, Venglovecz V.², Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Oesophageal epithelial cells (OEC) are exposed to gastric and/or bile acids during gastroesophageal reflux disease. Therefore, acid-extruding mechanisms through ion transporters may play an important role in the protection against acid injury.

The aim of this study was to characterize the ion transport processes of the human CRL-4027 OEC which were derived from a region of non-dysplastic metaplasia of Barrett's esophagus.

Methods: OEC were grown to confluent monolayers and loaded with the fluorescent dye, 2'7'-bis(carboxyethyl)-5(6)-carboxyfluorescein, to monitor changes in intracellular pH (pHi). In situ calibration of the fluorescence signal was performed using the high K⁺-nigericin technique. Solutions with different ion compositions and the NH₄Cl pulse technique were used to investigate the functional characteristics of acid/base transporters.

Results: The resting pHi of CRL-4027 was 7.32 ± 0.031 (n=4). Removal of Na⁺ from the standard HEPES solution caused a reversible intracellular acidosis; in addition the recovery from acidosis after an NH₄Cl pulse was completely abolished in Na⁺-free solution. These pHi changes confirm the presence of functionally active Na⁺/H⁺ exchangers (NHE) in OEC. The administration of HCO₃⁻/CO₂ rapidly and greatly decreased pHi which was followed by a pHi recovery suggesting the presence of HCO₃⁻ efflux into OEC. Notably, the recovery from acidosis after an NH₄Cl pulse was significantly faster in the presence of HCO₃⁻ indicating the presence of a functionally active Na⁺-dependent HCO₃⁻ transporter (Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter (NBC)) in OEC. Removal of Cl⁻ from the standard HEPES solution resulted in small, reversible alkalization of pHi. Importantly, removal of Cl⁻ from a HCO₃⁻/CO₂-containing solution caused significantly higher pHi changes in OEC. The recovery from alkali load was also higher in the presence of HCO₃⁻/CO₂.

Conclusion: Our results indicate two sodium dependent acid-extruding mechanisms (NHE and NBC) and a Cl⁻ dependent HCO₃⁻ secretory mechanism in OEC. Both mechanisms could play important roles in the oesophageal defence against acid injury. Grant support: TÁMOP421/B09/1, ETT340/09.

92

GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN SZENVEDŐ BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI SZEMPONTÚ VIZSGÁLATA

Laczkoné Majer R.¹, DEOEC-NK, Magatartástudományi Intézet, Klinikai és egészségpszichológiai Tanszék, Debrecen¹

Bevezetés: A krónikus betegség a beteg pszichés állapotának negatív irányú változásával jár együtt. Felborul az emocionális egyensúly, az önértékelés csökken, a test integritása fenyegetést szenved, a szociális szerepek, és a társadalmi helyzet negatív irányú változásokon megy keresztül. A gyulladásos bélbetegség a belek krónikus, hullámzó lefolyást mutató, ismeretlen eredetű gyulladásos betegsége. Két betegség tartozik ide: Crohn-betegség és colitis-ulcerosa.

Célkitűzés: Kutatásomban arra kerestem a választ hogyan alakul az IBD betegek életminősége az egészséges személyekhez és az asztmás betegekhez viszonyítva, milyen specifikus faktorok nehezítik az IBD betegek életminőségét, illetve a biológiai terápiának van-e pozitív hatása az életminőség szempontjából.

Módszer: A kutatásban 269 személy vett részt. A kontroll csoport 115 fő, a vizsgálati csoport 154 fő, ebből 67 fő Crohn-beteg, 25 fő colitis ulcerosás és 62 fő asztmás volt. Az IBD betegek közt 24-en részesültek biológiai terápiában. A felhasznált módszerek: WHO Jól-lét Index, Betegségteher Index, IBDQ, AQLQ(S), tartalomelemzés. **Eredmények:** A statisztikai vizsgálat alapján mind a szubjektív jól-lét, mind a betegségteher az IBD betegek esetében szignifikánsan a legrosszabb. Az IBD betegek számára készült életminőséget mérő kérdőív eredményei szerint a betegek életminőségét a nem bélrendszer eredetű tünetek és a társas-kapcsolati problémák nehezítik meg a legjobban. Az általam összeállított kérdőív válaszainak tartalomelemzése egyértelműen alátámasztja a kérdőívek eredményeit. Specifikusként kiemelkednek a társas-kapcsolati problémák és a párkapcsolati nehézségek. Az egyedül élők és a gyermektelenek aránya kiemelkedően magas az IBD betegek közt. A biológiai terápiában részesülő betegek eredményei minden általam vizsgált faktornál szignifikánsan jobbak a más kezelésben részesülő betegeikénél.

Következtetések: A mindennapi klinikai gyakorlatban nagymértékben javítható lenne a Crohn-betegek és a colitis ulcerosások életminősége. A betegség és a tünetek jellegéből adódóan szükséges lenne más szakemberek, pl. egészségpszichológusok bevonása a terápiás folyamatba, a betegség elfogadásának és feldolgozásának elősegítésére. Egyéni vagy csoportos pszichoterápiával a krónikus betegségnél legtöbbször kialakuló személyiségtorzulások csökkenthetőek lennének.

93

IS EARLY SURGERY ASSOCIATED WITH A MORE BENIGN DISEASE COURSE IN CROHN'S DISEASE? SURGERY RATES IN A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT FROM WESTERN HUNGARY BETWEEN 1977-2009

Lakatos L.¹, Golovics P.², Dávid G.¹, Pandur T.¹, Erdélyi Z.¹, Horváth Á.¹, Mester G.³, Balogh M.³, Szipocs I.⁴, Molnár C.⁵, Komáromi E.⁶, Lovász B.², Kiss L.², Lakatos P.², Department of Medicine, Csolnok F. Province Hospital, Veszprem, Hungary¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁴, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁵, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁶, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁷

Background and Aims: Crohn's disease (CD) is a chronic relapsing inflammatory bowel disease (IBD) most frequently affecting the terminal ileum and right colon, with a high rate of stricturing or penetrating complications. Early surgery may represent a valid alternative to medical therapy, particularly in patients with isolated stenotic ileocaecal CD. Our aim was to analyze the disease course and need for surgery in patients with (within the year of diagnosis) and without an early resective surgery in the population-based Veszprem province database.

Methods: Data of 506 incident CD patients were analyzed (age-at-diagnosis: 31.5 SD 13.8 years). Both hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: Overall 73 patients (14.4%) required resective surgery within the year of diagnosis. Ileal (OR: 7.88, $p < 0.001$) or ileocolonic (OR: 3.21, $p = 0.035$) disease location, stricturing (OR: 4.91, $p < 0.001$) or penetrating (OR: 7.62, $p < 0.001$) disease behavior at diagnosis and tendentially early age at onset were associated with the need of early resective surgery in a multivariate analysis. Patients with early

surgery required less steroids during the course of the disease ($p = 0.001$, OR = 0.45). In a multivariate Cox-regression analysis, early resective surgery ($p < 0.001$, HR: 0.27), ileal or ileocolonic disease location ($p = 0.006$, HR: 1.87 and $p = 0.02$, HR: 1.71) and stricturing or penetrating disease behavior at diagnosis ($p < 0.001$, HR: 3.50 and HR: 3.93) were significantly associated with the time to intestinal resection/reoperation after excluding cases with extensive early resections. In addition, early limited resective surgery was significantly associated with the time to intestinal surgery in CD patients (HR: 0.23, 95% CI: 0.11-0.48, $p < 0.001$) after matching on propensity scores for the need for early resection. Reoperation rates were also significantly lower in patients with early surgery (5- and 10-year probability 7.5% vs 12.9% and 16.5% vs 36.3%, $p = 0.038$) in a Kaplan Meier analysis.

Conclusions: This population-based inception cohort has shown that early limited resective surgery may be associated with a more benign disease course after index surgery, requiring less surgical interventions and less steroids during follow-up compared to patients without an early resection.

94

LOW RISK OF LYMPHOMA IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN WESTERN HUNGARY RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCIDENT COHORT

Lakatos P.¹, Lovász B.¹, Horváth Á.³, Pandur T.², Erdélyi Z.², Mester G.⁴, Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Molnár C.⁶, Komáromi E.⁷, Golovics P.¹, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Lakatos L.², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnok F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnok F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁶, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁷

Background and Aims: Prior studies suggest a small but significantly increased risk of lymphoma in adults with inflammatory bowel disease (IBD), especially in patients treated with thiopurines. No data is available from Eastern Europe. Our aim was to analyze the incidence of non-Hodgkin lymphoma in relation to drug exposure in the population-based Veszprem province database, which included incident patients diagnosed between January 1, 1977 and December 31, 2008.

Methods: Data of 1420 incident patients were analyzed (UC: 914, age at diagnosis: 38.9 SD 15.9 years, median follow-up: 12 years; CD: 506, age at diagnosis: 31.5 SD 13.8 years, median follow-up: 11 years). Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed. Continuous thiopurine exposure was recorded in 45.8% ($n = 232$) of CD and 7.3% ($n = 67$) of UC patients. The rate of lymphoma was calculated in patient-years of exposure for each class of medications utilized in IBD.

Results: Of the 1420 patients we identified three patients who developed lymphoma (one Hodgkin, two low-grade B-cell NHL including one rectal case), in 18,066 patient-years of follow-up (median duration of follow-up 12 years per patient). All three patients were males. One CD patient diagnosed with CD at the age of 51 years developed NHL 3 years later and he is alive 3 years after the diagnosis of the lymphoma. In addition lymphoma developed in two UC patients; the first 60 years at UC diagnosis and 76 years at diagnosis of Hodgkin disease died one year later unrelated to the lymphoma and the second 71 years old at the UC diagnosis and developed NHL at the age of 76 years and is still alive 7 years after the lymphoma diagnosis. None have received azathioprine or biologicals. The absolute incidence rate of lymphoma 1.66 per 10,000 patient-years compared to the expected rate of 1.19 per 10,000 patient-years, with a standardized incidence ratio (SIR) of 1.46 (95% confidence interval [CI] 0.42-5.07) and an association with azathioprine or biological exposure was not found.

Conclusions: The overall risk of lymphoma in IBD is low, with only three cases seen in this population-based incident cohort over a 30-year period. Similarly, we did not find an association with thiopurine exposure.

ENDOSZKÓPIA A VÁRANDÓSÁG ALATT

Langhammer S.¹, Pár G.¹, Vincze Á.¹, Illés A.¹, PTE.KK.I.BEL Endoszkópia¹

A várandóság előtt is ismert gasztróenterológiai kórképek (gyulladásos bélbetegségek, idült májbetegségek) kezelése, gondozása multidiszciplináris feladat. Ismert, hogy e betegségek lefolyását, illetve aktivitását maga a várandós állapot is befolyásolhatja, emellett a krónikus betegség is negatív hatással lehet a terhesség kimenetelére.

A későbbiekben e hatásokhoz a magzat növekedése által létrehozott fokozott hasúri nyomás, valamint a megnövekedett kisvérköri pangás is hozzájárul. A várandóság ideje alatt az invazív beavatkozásokat, köztük az endoszkópiát mérlegelni kell, vannak azonban olyan esetek, amikor elengedhetetlen a beavatkozás az anya és a magzat életének megmentése érdekében.

A fiatal autoimmun hepatitis miatt 2008-ban máj transzplantáción átesett, 23 hetes gravida átvételére a Kaposvári Kórházból került sor varix vérzést követően. Kontroll endoszkópia P.I.varicositas mellett, GOV 2-es subcardialis varicositast igazolt, mely miatt konzervatív terápiaiban részesült. Újra vérzése nem volt, 2011.10.27-én, Budapesten egészséges babának adott életet. A fent említett eset is jól bizonyítja, hogy vannak olyan indikációk, amikor az endoszkópia elvégzése elengedhetetlen.

A terápiás beavatkozások és a gyógyszeres kezelés megválasztása mindig komoly felelősséget jelent az orvos számára. Alapvető fontosságú a várandós részletes felvilágosítása a kezelésekről, vagy azok elmaradásának esetleges szövődményeiről. A pszichés vezetés nagyon fontos e betegek ellátásában, mely minden egészségügyi dolgozó felelőssége.

KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA HELYE A GYERMEKKORI GASZTROINTESZTINÁLIS MEGBETEGEDÉSEK KIVIZSGÁLÁSÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN

Lászlóty N.¹, Nagy A.¹, Koráné Patkás C.¹, Lőrincz M.¹, Gasztróenterológiai és Nephrológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹

A vékonybél teljes hosszának vizsgálatára alkalmas kapszulás endoszkópos vizsgálatok 2009 óta végezhetők a 2 évesnél fiatalabb korosztályban, a legfiatalabb vizsgált gyermek 8 hónapos. Egyéb vizsgáló módszerekkel szemben kevésbé megterhelő, nem jár sugárterheléssel, altatás csak endoscopos lehelyezés esetén válik szükségessé. Gyakorlati kérdésként merül fel fiatalabb korosztály esetén a kapszula mérete és a kooperáció hiánya. A teljes vizsgálatok aránya 79-86%, kapszula retenció 1,8-2,6%-ban fordult elő, gyakoribb Crohn betegségben. A leggyakoribb gyermekkori indikáció az igazolt vagy gyanított Crohn betegség, ahol magas a vizsgálat diagnosztikus értéke 50-65%, és a szenzitivitás megközelíti az MR enterographai érzékenységet (80-90%) a mucoasalis laesio felismerésében. További indikációk közül polyposis szindrómákban és grafit versus host betegségben magas 50% feletti a diagnosztikus érték, ismeretlen eredetű gasztróintesztinális vérzés esetén 27-60%.

Saját vizsgálatainkban (20 gyermek 19 hónap alatt) nem észleltünk szövődményt, endoszkópos lehelyezés 3 esetben vált szükségessé, a vizsgálat 17 esetben volt teljes, kapszula minden gyermeknél spontán ürült 48 órán belül. A legfiatalabb vizsgált gyermek 4 éves volt. Gyanított vagy ismert Crohn betegség, colitis ulcerosa 13 esetben, ismeretlen eredetű vérzés 6 esetben képezte az indikációt. Vékonybél nyálkahártya laesiot 12/20 gyermeknél láttunk, 15/20 esetben segített a vizsgálat a diagnózis felállításában vagy a kezelés megtervezésében. Három esetünk bemutatása kapcsán szeretnénk kiemelni a vizsgálat diagnosztikus és terápiás értékét, mikor egyéb vizsgálati módszerekkel nem sikerült a diagnózist felállítani. Egy gyermeknél súlyos malabsorptio, másikon haematochezia, enteritis hátterben igazolódott Crohn betegség, egy esetben vékonybél polypust találtunk a vérszékelés okaként.

A széles körben történő alkalmazás gyermekgyógyászati protokollok kidolgozását teszi szükségessé, mind az indikációk, megelőző vizsgálatok, mind a kivitelezés szempontjából.

LAPAROSCOPIC RESECTION FOR CROHN'S DISEASE: SAFETY, FEASIBILITY AND SHORT-TIME OUTCOMES

Lázár G.¹, Pieler J.¹, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Ábrahám S.¹, Baradnay G.¹, Varga L.¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Aims: Laparoscopy is a valuable approach to treat Crohn's disease (CD) surgically. This study was designed to evaluate the results of laparoscopic surgery and to compare to the traditional open technique in the treatment of CD.

Patients/Methods: Between 2005 and 2011 study period subjects consisted of 107 patients who had primary surgical treatment for Crohn's disease, 79 through conventional laparotomy and 28 in whom surgery was via laparoscopic approach. Exclusion criteria of laparoscopic surgery were frozen abdomen, recurrent CD following resection and perforated CD. The short-term outcomes and cosmesis were evaluated in both groups. Mann-Whitney U test and Student's t-test were used for statistical analysis.

Results: There were no statistically significant differences between the two groups in the patient characteristics regarding BMI, age, gender, comorbidities, ASA classification. In the open group 18 (22.8%) patients had segmental small intestinal resection, 22 (27.8%) iliocecal resections, 13 (16.4%) right hemicolectomy, 6 (7.6%) subtotal colectomy, 5 (6.3%) colectomy, 7 (8.8%) Hartmann's procedure and 8 (10.1%) combined segmental resection (colon and small intestine). In the laparoscopic group 2 (7.1%) patients had segmental small intestinal resection, 13 (46.4%) iliocecal resections, 6 (21.4%) right hemicolectomy, 6 (21.4%) subtotal colectomy and 1 (3.5%) colectomy. No patients died. Overall postoperative morbidity was similar between both groups [17 percent vs. 15 percent, P = not significant (NS)], including major surgical postoperative complications indicated reoperation (7 percent vs. 6 percent, P = NS). In the laparoscopic group the mean operative time (min) (144 ± 38.2 vs. 126.6 ± 40.3 p<0.05), hospital stay (days) (10.89 ± 6.48 vs. 8.8 ± 2.82, p<0.05) and the length of postoperative ileus (days) (2.6 ± 1.3 vs. 1.95 ± 0.9 p<0.05) was shorter. Furthermore, the minimal invasive technique resulted better cosmesis and patient satisfaction.

Conclusion: Laparoscopic resection of Crohn's disease is safe, feasible and associated with short-term benefits.

DIFFERENT SOMATOSTATIN (SST) PRODUCTION IN THE BACKGROUND OF CONTROLLED AND UNCONTROLLED CELL PROLIFERATION IN COLONIC MUCOSA

Leiszter K.¹, Galamb O.², Sipos F.¹, Krenács T.³, Veres G.⁴, Wichmann B.¹, Patai V. Á.¹, Kalmár A.¹, Valcz G.¹, Tóth K.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background: Alterations in proliferative activity during ageing compared to carcinogenesis, and the molecular differences of controlled and uncontrolled cell proliferation in colonic mucosa are unknown. SST has anti-proliferative and pro-apoptotic effects and the production of SST has not been examined in colonic mucosa during above-mentioned processes.

Aims: To determine and compare the mitotic index (MI) in healthy colonic samples from children, adults and colorectal cancers (CRCs). Our further aims were to analyse the SST expression on mRNA and protein levels, and to examine the methylation levels of SST gene in these sample groups.

Methods: Proliferation was detected with Ki-67 immunohistochemistry and SST producing cells with polyclonal antibody on colonic biopsy from healthy children (n1=14; n1=14), adults (n2=10; n2=20) and CRCs (n3=10; n3=23). After digital scanning, MI and ratio of SST producing cells were determined in colonic mucosa. HGU133Plus2.0 microarrays were used for the analysis of SST gene expression (n1=6; n2=41; n3=34); results were validated with real-time PCR. DNA methylation percentage was defined using methylation-sensitive restriction enzyme digestion followed by fluorescence real-time PCR (n1=5; n2=5; n3=10).

Results: MI were significantly higher in children colonic samples (0,34±0,07) and CRC samples (0,42±0,11) compared to healthy

adults ($0,15 \pm 0,06$) ($p < 0,05$). According to the immunohistochemistry results the ratio of SST producing cells was significantly higher in children ($0,70 \pm 0,79\%$) compared to CRC samples ($0\% \pm 0\%$) ($p < 0,05$). mRNA expression of SST did not alter during ageing in healthy colonic mucosa, but decreased during carcinogenesis ($p < 0,05$). SST showed significantly higher methylation level in tumor samples ($27,3\% \pm 14,3\%$) compared to colonic samples from healthy young individuals ($3,5\% \pm 1,9\%$) ($p < 0,05$).

Conclusions: Histologically intact colonic samples from children and CRC can be characterized with increased proliferative activity compared to healthy colonic samples from adults, although it is a well controlled process in childhood contrary to CRC. Local SST production decreases during colorectal carcinogenesis in colonic mucosa and it can contribute to the unregulated cell proliferation in CRC. Reduced SST expression in CRC can be caused by increased DNA methylation in promoter region.

99

DIVERTICULOSIS ELŐFORDULÁSA AZ ALSÓ TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEK MIATT HOSPITALIZÁLT BETEGEKBEN

Lengyel K.¹, Rácz F.¹, Jósa András Oktatókórház Nonprofit Kft. I. Belgyógyászat¹

Vizsgálat tárgya: az alsó gastrointestinalis vérzések a gastroenterológiai sürgősségi ellátások gyakori okát képezik.

Fejlett országokban a háttérben álló vérzésforrások között első helyen áll a vastagbél diverticulosisa, amely valószínűleg az urbanizált populáció étkezési szokásainak megváltozásával, csökkent étrendi rost bevitelével, illetve magasabb várható élettartamával magyarázható. Jelen munkánkban a Jósa András Oktatókórház I. számú Belgyógyászatának Gasztroenterológiai Részlegén 2009.07.01-2011.07.01. között hospitalizált tápcsatornai vérző betegek adatait dolgoztuk fel.

Eredmények: a két év alatt az 533 vérző betegből 427 fő (75,2%) esetben felső gastrointestinalis vérzésforrás volt azonosítható, míg 106 esetben (24,8%) az alsó tápcsatorna érintettsége nyert igazolást. Adatfeldolgozás során, a diverticulum-vérzők kiszűrését követően figyelembe vettük az életkort, nemet, oldaliságot, az esetleges provokáló tényezőként az anamnesisben szereplő anticoaguláns-, thrombocytá aggregáció gátló, NSAID, illetve steroid terápiával való összefüggést, a felmerülő szövődményeket (perforatio, abscessus), valamint az alkalmazott terápiát.

Konklúzió: irodalmi adatokkal összhangban a vérszékelés hátterében álló leggyakoribb okként (68 fő, 64,15%) diverticulosiszt találtunk. Több esetben találtunk a diverticulosis mellett egyéb vérzésforrásként szolgáló eltéréseket (polypus, tumor, angiodysplasia, aranyeres csomók, ischaemiás colitis), mely felhívja a figyelmet a differenciáldiagnosztika nehézségeire. A létrehozott adatbázis a későbbiekben további beteganyaggal bővíthető.

100

HCV INFECTION IN INTRAVENOUS DRUG USERS: RESULTS OF THE ANTIVIRAL THERAPY AND THE QUESTIONS OF THE COMPLIANCE

Lombay B.¹, Szalay F.², Borsod County Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc¹, 1st Clinic of Medicine, Semmelweis University, Budapest²

Background: Intravenous drug use, tattoo and piercing are recently the most important pathways in the spreading of hepatitis C virus (HCV) infection. Screening for anti-HCV, hepatitis B virus and HIV in intravenous drug users (IDUs) are available in Hungarian Drug Outpatient Clinics. The prevalence of anti-HCV in IDUs is high (60-80%) worldwide and shows a relatively low (20-22%) value in Hungary.

Aim: We analyzed the prevalence of IDU in our chronic hepatitis C (CHC) patients and the rate of sustained virological response (SVR) in IDUs by pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) therapy from 2006 to 2012.

Patients and methods: Twenty CHC patients (17 male/ 3 female; all HCV genotype 1) were previously IDUs (11% of total CHC subjects). All of the former IDU patients had indication for antiviral therapy; nine of them disappeared in the screening period or after the beginning of the treatment. The studied eleven patient's mean age was $30,6 \pm 6,6$ (18-37) years, mean body weight $65,6 \pm 7,8$ kg; mean baseline viral load 377500 IU/ml, mean baseline ALT $59,15 \pm 13,25$

U/l. Nine patients were treated with PEG-IFN and RBV for 24 or 48 weeks and one patient had PEG-IFN monotherapy for 24 weeks. Antiviral therapy of two subjects had not finished yet. Four patients had oral methadone therapy during the antiviral treatment.

Results: Everyone (9/9) from the IDUs achieved SVR, who completed the antiviral treatment. Two on-treatment patients had complete early virological response (cEVR) on week 12 of the therapy. There was no need for reduction of the administered antiviral drugs.

Conclusion: IDU patients with appropriate adherence and compliance have very good chances for the curing by antiviral therapy. Low baseline viral load, achieving cEVR, young age, subacute period of infection and treatment-naïve status are good predictors for SVR. Education programs for primary prevention of HCV infection for IDUs are very important.

101

D-VITAMIN SZINT MÉRÉSE GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKBEN

Lőrinczy K.¹, Miheller P.¹, Salamon Á.², Csontos Á.¹, Fekete B.¹, Nemes A.², Hersényi L.¹, Juhász M.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem, II.Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórház, II.Sz. Belgyógyászati Osztály, Szekszárd²

Bevezetés: Napjainkban egyre jobban a figyelem középpontjába kerül a D-vitamin. Ennek oka, hogy a D-vitamin nem csak a kalcium háztartásban játszik fontos szerepet, hanem immunológiai és sejttanyagcserét befolyásoló hatásokkal is rendelkezik. Gyulladásos bélbetegségeknél (IBD) gyakrabban fordul elő D-vitamin hiány, erről azonban hazai adat nem áll rendelkezésre.

Célok: Gyulladásos bélbetegségeknél D-vitamin háztartásának felmérése és a klinikai aktivitással való összevetése.

Betegek és módszerek: Vizsgálatunkba a Semmelweis Egyetem II. Sz. Belgyógyászati Klinikáján és a Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórházában gondozott 161 beteget vontunk be. Kontroll vizsgálat alkalmával a betegek csontanyagcseréjére vonatkozó laboratóriumi paramétereit és D-vitamin szintjét vizsgáltuk.

Eredmények: A betegek 20%-ában volt megfelelő a D-vitamin ellátottság (>30 ng/ml), 52%-nál D-vitamin hiány ($15-30$ ng/ml), 28%-ánál súlyos (<15 ng/ml) D-hypovitaminózis volt diagnosztizálható. A betegek átlag D-vitamin szintje $22,74 \pm 10,61$ ng/ml volt. Nem volt korreláció sem a klinikai aktivitási indexek (partialis Mayo score: $-0,143$; Crohn betegség aktivitási index: $-0,253$), sem a laborban mérhető gyulladásos paraméterek (C-reaktív fehérje: $0,008$; süllyedés: $0,012$) és a D-vitamin szint között.

Következtetés: D-vitamin hiány szerepe a csonttraktusban általánosan ismert. Eredményeink szerint az IBD-ben szenvedő betegek nagy részében nem megfelelő a D-vitamin ellátottság, ezért ajánlott a szérum szintjét ellenőrizni, amennyiben szükséges pótolni.

102

ÚJ TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉS H. PYLORI CLARITHROMYCIN REZISZTENCIA MEGHATÁROZÁSOK ALAPJÁN: EGY 8 ÉVES VIZSGÁLATSOROZAT EREDMÉNYEI

Lotz G.¹, II. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

Bevezetés, célkitűzés: A H. pylori (Hp) kezelésében leggyakrabban alkalmazott hármas terápia hatékonysága elsősorban a Clarithromycin rezisztencia (Cla-res) kialakulása miatt nem kielégítő. Célul tűztük ki, hogy a Cla-rezisztens Hp fertőzés jelenlétét kimutatni képes molekuláris patológiai módszer (fluoreszcens in situ hibridizáció - FISH) hasznosságát 8 év összegyűjtött eredményeinek statisztikai feldolgozásával elemezzük.

Betegek és módszerek: 4,421 Hp pozitív, 20 évnél idősebb beteg (nő 2,559, 57,9%, férfi 1,862, 42,1%) adatait dolgoztuk fel a 2005 és 2011 közötti időszakból. A minták 14 beküldő intézményből származtak. A betegeket a beküldő intézmények az elsődleges tünetek alapján választották ki, majd gasztroszkópiás vizsgálat és gyomornyálkahártya-mintavétel történt. A formalin-fixált, paraffinba ágyazott gyomorbiopszis mintákból a Hp fertőzés elsődleges diagnózisa Giemsa festés és/vagy Hp immunhisztokémiai kimutatása alapján történt. A Cla-res FISH vizsgálathoz a Hp pozitívnak bizonyult szövetblokkokból készült natív szövettani metszeteket használtuk. A FISH vizsgálatot a Cla-szenzitív és rezisztens H. pylori

baktériumok elkülönítésére alkalmas BactFISH Helicobacter Combi Kit használatával végeztük a gyártó előírásai szerint.

Eredmények: A vizsgált időszakban a Cla-res a teljes populációban 17.3% volt (bázisérték). A rezisztencia arány nőkben (20,1%) lényegesen magasabb volt, mint a férfiakban (13.4%). A Cla-res mértéke alacsony volt a 70 éves és annál idősebb korcsoportban (12.9%). A nők korcsoport szerinti Cla-res megoszlásának vizsgálatakor jelentős emelkedést tapasztaltunk a 40-49 év közötti korcsoportban (23.4%), míg a férfiaknál a Cla-res minden korcsoportban alacsonyabb volt (a legalacsonyabb, 10.4% az 50-59 éves korcsoportban). A kevert Hp populáció aránya a teljes népesség között 46.1%, amely nem függ az életkortól és a nemtől.

Következtetések: Az eredmények alapján nőknél, különösen a 40-49 éves korcsoportban indokolt előzetes Cla-res vizsgálat alapján megállapítani az optimális terápiát. 70 évnél idősebbeknél a vizsgálat nem feltétlenül indokolt. A minden prediktor paramétertől függetlenül talált, magas kevert kolónia arány erősen indikálja a Cla-res vizsgálatok elvégzését, mert kevert fertőzés esetén indokolt lehet a rezisztens Hp-nál alkalmazott terápia kiegészítése Clarithromycin kezeléssel.

103

EVOLUTION OF THE DISEASE BEHAVIOR IN PEDIATRIC AND ADULT ONSET CD IN A POPULATION-BASED INCIDENT COHORT FROM WESTERN HUNGARY

Lovász B.¹, Lakatos P.¹, Horváth Á.³, Pandur T.², Erdélyi Z.², Mester G.⁴, Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Molnár C.⁶, Komáromi E.⁷, Golovics P.¹, Kiss L.¹, Lakatos L.², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁶, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁷

Background and Aims: The disease behaviour is changing significantly during the disease course in patients with Crohn's disease. Limited data are available however, if the trends are similar or different in pediatric and adult onset CD populations. Therefore our aim was to analyze the time trends of disease behavior in the population-based Veszprem province database, which included incident patients diagnosed between January 1, 1977 and December 31, 2008 in adult and pediatric onset CD populations.

Methods: Data of 506 incident CD patients were analyzed (median age-at-diagnosis: 31.5 SD13.8years). Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: 74 (14.6%) CD patients were diagnosed ≤18 years of age. There was no significant difference in the distribution of disease behaviour between pediatric (B1: 62%, B2: 15% and B3: 23%) and adult onset CD patients (B1: 56%, B2: 21% and B3: 23%) at diagnosis or during follow-up (p=NS). Similarly, time to change in disease behaviour from B1 to B2/B3 disease was not significantly different between pediatric and adult onset CD in a Kaplan-Meier analysis. The probability of complicated disease behaviour was 27.5% and 51.7% in the pediatric and 34.3% and 56.4% in the adult onset patients after 5- and 10-years of follow-up (p=NS).

Conclusions: The long-term evolution of the disease behaviour in pediatric and adult onset CD patients was not different in this population-based incident cohort.

104

DIFFICULT DIAGNOSIS OF A PRIMARY PANCREATIC CANCER IN A YOUNG PATIENT WITH HIGH HUMAN CHORIO-GONADOTROPIN AND MULTIPLE LIVER METASTASES

Lukács M.¹, Madácsy L.², Nagy É.³, Vincze Á.¹, Univ. of Pécs, 1st. Dept. of Internal Medicine¹, County Teaching Hospital, Kecskemét², Radiology Dept. of The United St. István and St. Laszlo Hosp., Budapest³

Aims and background: Authors present a diagnostic controversy in a young male patient (pt) who had cancer of unknown origin with multiple liver metastases, that finally turned to be pancreatic cancer, and also demonstrate a possible connection of an elevated chorio-gonadotropin (hCG) level and pancreatic neoplasm that can

emphasise the importance of special combination of tumour markers for an earlier differential diagnosis, that might lead to favorable survival.

Case report: A 41 years old male pts presented in a municipal hospital with repeated thromboembolic events (3/4 weeks) despite of adequate antithrombotic therapy. His complain was just migrating low limb pain and had multiple liver metastases on abdominal US and CT scan. No primary tumour was evident neither on upper endoscopy, nor on chest CT scans. His anamnesis contained only an operation -at age 37- upon undescended testicle with non-malignant histology. The hCG level was above 1000 U/ml. At the beginning all other commonly used tumor markers, but CEA (CA19-9, PSA, AFP etc) were within the normal limits. Later on beside CEA- CA 15-3 became elevated. The repeated histology from the liver obtained from US guided biopsy demonstrated a metastatic adenocarcinoma, however the origin of the primary focus was uncertain. Preventing further pulmonary embolisation a vena cava-filter was implanted in a secondary care center and the tumour investigation was completed. On a repeated abdominal CT scan 3 months later in a University center an almost isodense, 3 cm large, infiltrating tumour was demonstrated in the tail of the pancreas. Gemcitabin based chemotherapy for the cancer was initiated and a 14 month-long survival was achieved with a relatively good quality of life.

Conclusions: In the present case some novel aspect of high hCG as possible GI tumour marker was demonstrated. It is a highly sialylated small glycoprotein, normally secreted by the trophoblasts. Theoretically that could play a role in reducing immune responsiveness - just like against the fetoplacental unit - in certain malignancies. In case of high serum levels in male one can think first for germline cancers. It is detectable in many kind of tumour-cell membrane in vitro. Thus in case of pancreatic and some other non-GI tumour cells it might be useful in diagnostic work-up and in the follow up of these pts.

105

VISUALIZATION OF THE PAPILLA OF VATER IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPE OF CAPSULE ENDOSCOPY

Madácsy L.¹, Jn. Balogh G.², Pák P.³, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital, Teaching Hospital of the University of Szeged, Department of Gastroenterology, Kecskemét, Hungary¹, General, Thoracic and Vascular Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary², 2nd Department of Medicine Vaszar Kolos Hospital, Esztergom, Hungary³

Introduction: Significant number of small bowel pathology missed by capsule endoscopy (CE) have been previously reported which may partially be influenced by the technical properties of the capsule endoscope system. The aim of the present study was to compare the capability of Pillcam SB2, Mirocam SB and Mirocam SBW to identify the papilla of Vater (PaV).

Patients and Methods: Visualization of the papilla of Vater (PaV) was assessed in 100 consecutive patients who underwent CE by a two independent observer who were also experts in ERCP. The CE studies were divided into three groups: SB1 (single head capsule, 2 frames per second (fps), a 140° field of view, n=30), GIVEN SB2 (single head, 2 fps, a wider field of view of 156°, n=28), Mirocam SB (single head, 3 fps, a 150° field of view, n=30) and Mirocam SBW (single head, 3 fps, an extra wide field of view of 170°, n=12).

Results: The PaV was only detected in two patients having GIVEN SB1 (6%). The PaV was identified in only 8 out of 28 (33%) patients in the GIVEN SB2 and in 10 out of 30 (30%) patients in the Mirocam SB group confirming the benefit of a widened field of view. Mirocam SBW further improved the PaV detection rate, as the PaV was visualized in 5 out of 12 (42%) patients.

Conclusions: SB CE is not a reliable diagnostic method to visualize the PaV, which is probably due to acceleration of the capsule endoscope as it passes through the second part of the duodenum. Faster frame capture rates combined with a wider field of view might overcome this limitation and also improve diagnostic yield in other parts of the small bowel.

106

ETHANOL AND NON-OXIDATIVE ETHANOL METABOLITES DECREASE THE INTRACELLULAR ATP LEVEL AND THE BICARBONATE SECRETION IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELL LINE

Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Pancreatic ductal epithelial cells (PDEC) have important roles in the maintenance of pancreatic integrity and bicarbonate secretion. Excessive ethanol consumption is one of the most common causes of acute pancreatitis, but the effects of ethanol metabolites on PDEC are unknown. The aim of this study was to characterize the effects of ethanol and its non-oxidative metabolites on PDEC.

Materials and methods: Changes of intracellular ATP level [(ATP)_i], pH (pH_i) and Ca²⁺ concentration ([Ca²⁺]_i) of CAPAN-1 cells were measured using microfluorometry in human pancreatic adenocarcinoma cell line (CAPAN-1).

Results: The administration of high concentration (100mM) of ethanol and palmitoleic acid (POA) (100-200μM) induced (ATP)_i depletion. Ethanol in low concentration (10mM) induced Ca²⁺ spikes, however 100mM ethanol had only moderate effect on [Ca²⁺]_i. 200μM POA induced sustained [Ca²⁺]_i elevation, which was significantly decreased by the administration of 20mM caffeine and 10μM ruthenium red. The plateau phase of the Ca²⁺ signal was inhibited by 1μM gadolinium and abolished by extracellular Ca²⁺ withdrawal. 10mM ethanol stimulated the acid/base transporters ((Na⁺/H⁺ exchanger (NHE), Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter (NBC), Cl⁻/HCO₃⁻ exchanger (CBE)) of PDEC, 100mM inhibited them. 200μM POA inhibited the activities of basolateral NBC and NHE and the luminal CBE, these effects were abolished by BAPTA-AM preincubation. The activity of CFTR was also reduced by 200μM POA.

Conclusion: Ethanol and non-oxidative ethanol metabolites induce (ATP)_i depletion, [Ca²⁺]_i elevation and inhibit pancreatic ductal bicarbonate secretion. The impaired bicarbonate secretion can contribute to the development of acute pancreatitis.

This work was supported by OTKA, MTA and NFÜ/TÁMOP.

107

PANCREASTUMOR VAGY AUTOIMMUN PANCREATITIS? DILEMMÁK EGY REZEKÁLT BETEG ESETÉNEK ISMERETÉBEN

Mersich T.¹, Dede K.¹, Szilágyi I.¹, Besznyák I.¹, Nagy P.², Taller A.³, Bursics A.¹, Sebészeti-Érsebészeti Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest², Gasztroenterológiai Osztály, Uzsoki utcai Kórház, Budapest³

A pancreastumor kezelése a mielőbbi rezekció. A autoimmun pancreatitis (AIP) szteroidokkal gyógyítható betegség. A két betegség sokszor nagyon hasonló megjelenésű de az egyértelmű szövettani diagnózis gyakori hiányában olykor komoly dilemma alakulhat ki egy beteg kezelési stratégiájának megválasztásában. Az AIP 20-30%-ban csak sebészi rezekció után igazolódik, amelyet tumor gyanúja miatt végeznek. Az autoimmun pancreatitisnek jelen ismereteink szerint két típusa ismert, és úgy tűnik az 1-es típus az ún. „IgG4-hez köthető betegségek” közé sorolható.

60 éves férfi beteg esetét kívánjuk bemutatni, akinek bal oldali hasi panaszok miatt történt kivizsgálása során a pancreas farok területén igazolódott egy növekedést mutató elváltozás, de ismételt aspirációs citológiai vizsgálat sem igazolt malignitást. Tumormarker vizsgálatok rendben voltak, távoli disszeminációra utaló jel nem igazolódott, a beteg panaszmentes volt. Az egyértelmű növekedés, a környezeti infiltráció, véna kompresszió és a nyirokcsomó megjelenése malignus elváltozás lehetőségét valószínűsítette, ezért ismételt gasztroenterológiai kivizsgálás után műtétet végeztünk.

Szerzők szeretnék bemutatni a két betegség párhuzamosságait, a differenciáldiagnosztika és a kezelés megválasztásának nehézségeit. Retrospektív elemzésük során ismertetik az AIP jellegzetességeit.

Következtetésként megállapítják, hogy bár a hasnyálmirigy daganat kizárása és lehetséges korai kezelése mindig elsődleges, egyértelmű szövettani vizsgálat hiányában műtetre kerülő beteg esetében gondolni kell az AIP lehetőségére.

108

IMMUNE RESPONSE TO INFLUENZA VACCINE AND FREQUENCY OF INFLUENZA VIRUS INFECTION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ON

MAINTENANCE IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY – PILOT STUDY

Molnár T.¹, Gecse K.¹, Farkas K.¹, Terhes G.², Deák J.², Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Institute of Clinical Microbiology, University of Szeged, Szeged²

Introduction: Inflammatory bowel disease (IBD) patients on immunosuppressive therapy are at increased risk of infective diseases. Influenza vaccination is recommended for patients with IBD. This study aimed to evaluate the serologic and clinical immune response to influenza vaccine in immunocompromised IBD patients.

Patients and methods: In this prospective study, influenza vaccination was recommended for 29 IBD patients treated with immunosuppressive or biological therapy. 14 IBD patients (5 Crohn's disease, 9 ulcerative colitis, mean age at the diagnosis: 27 years) were vaccinated. We collected serum samples for preimmunization haemagglutination inhibition antibody titers to the inactivated influenza vaccine (A/California/7/2009(H1N1), A/Perth/16/2009(H3N2), B/Brisbane/60/2008) from all of them. Serum samples were also taken four to 6 weeks after vaccine administration for the determination of postimmunization titers. Patient details, medications and disease activity were recorded. The patients received telephone call every week to control them. Subjects were followed for 1 month post-vaccination. Fifteen patients in the control group refused to take influenza vaccination. We examine the rate of seroconversion and the frequency of influenza infection in the two groups. Results. Local adverse effect occurred in 5 patients. Systemic adverse events developed in 5 patients within the first week after vaccination and in 6 patients during the second week. Influenza-like symptoms occurred in two patients at the third week. Flare up with diarrhea was shown to be present in 2 patients. The measurement of pre- and post-vaccination haemagglutinin inhibition titres and follow up are in process.

Discussion: The influenza vaccine was well tolerated without serious adverse events related to the vaccine. The evaluation of serologic and clinical response to influenza vaccination and follow up are in process.

109

CIRCULATING, PLASMA NUCLEIC ACIDS ARE ENDOGENOUS ACTIVATORS OF STEM AND IMMUNE CELLS THROUGH TOLL-LIKE RECEPTORS

Molnár B.¹, Spisák S.¹, Valcz G.¹, Sipos F.², Galamb O.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: The amount of circulating plasma free DNA (cpfDNA) is increased in IBD and neoplastic colorectal alterations (CRC). Their physiological role is not cleared, yet. Non-eukaryotic, non-methylated CpG DNA motifs are recognized by human Toll-like receptors on immune cells and stem cells.

Aims: To prove the physiological role of cpfDNA as endogenous ligand of TLR9 and to analyze its activator and mobiliser effects on immune and regenerative cells.

Materials and methods: CpfDNA was isolated from peripheral blood (PBL) of 20 healthy, adenoma, colorectal cancer (CRC) and active IBD patients. Whole genomic sequencing was performed for determination of disease specific fragments. Using 5% dextrane sodium sulfate (DSS), colitis was induced in mice. CpfDNA was isolated. Isolated DNA was injected into tail vein of mice with DSS-induced colitis and controls. Total RNA from PBL was isolated 1, 4 and 24 hours after the DNA injection. PCR amplified, artificially methylated and non-methylated S9 fragments were also intravenously injected into mice. Quantitative RT-PCRs for TLR9, TNF-alpha, CD133, Myd88, IRF3, TRAF6, NFKB, IL-6 were performed. 14 days after the injection of isolated cpfDNA, the colon, liver, skin, kidney of mice were removed and analysed. The regeneration of the colitis was evaluated by quantitative microscopic analysis. Results: CpfDNA fragments were different in healthy, adenoma, CRC and IBD cases. Methylated S9 was found to be a CRC specific marker. Heterologous cpfDNA induced and enhanced the healing. CpfDNA from DDS-colitis resulted in significant crypt density elevation (5.5±0.5/6.8±0.4 pieces/100μm in non-treated vs. treated healthy colon; 1.7±0.2/2.6±0.6 pieces/cm in non-treated vs. treated DSS-colitis, p<0.05). It mobilised CD133+ cells into the colon and not into other organs. In colonic tissue significantly

($p < 0,01$) increased number of intraepithelial CD133+ cells was found in the DNA treated healthy mice ($9,86 \pm 0,84\%$) compared to the control ($7,36 \pm 1,1\%$) animals. Depending on the methylation status of the synthesized S9 fragments, regenerative or immune dominant PBL mobilisation and response could be observed.

Conclusions: CpfdNA is endogenous ligand of TLR9+ stem and immune cells and contains organ damage specific DNA motifs. Methylation status of the determined fragments influences immune/regenerative cell response.

110

OBSTRUKCIÓS ICTERUSSAL SZÖVŐDÖTT AKUT, HYDROPSOS, KÖVES EPEHÓLYAG GYULLADÁS KEZELÉSE ERCP SORÁN BEHELYEZETT NASO-CHOLECYSTICUS DRAINNEL - ESETISMERTETÉS

Molnár T.¹, Tóthné Lestár A.¹, Szász-Veres E.¹, Horváth L.¹, Hritz L.¹, Madácsy L.¹, Fejér Megyei Szent György Kórház Endoszkópos labor Székesfehérvár¹

Bevezetés: Akut calculosus cholecystitis elsődleges kezelése megoldása a sürgősségi nyitott cholecystectomy, mely azonban idősebb, magas műtési rizikójú, icterusos és septicus betegekben jelentős morbiditást és mortalitással járó beavatkozás. Alternatív megoldásként az epehólyag percután vagy endoszkópos úton történő drainage-a jöhet szóba, melynek alkalmazásával műtét halasztható vagy esetenként el is kerülhető.

Esetismertetés: 78 éves ffi beteg, hasi fájdalom, láz, hányás, sárgaság miatt került felvételre. Hasi UH-on hydroposus, gyulladt epehólyag ábrázolódott lumenében több kővel, valamint intrahepaticus epeutágulattal. Laborvizsgálatok eredményei epeúti obstrukció, ill. cholangitis gyanúját vetették fel. Felvételét követően 9 órával endoscopy retrograd cholangio-pancreatography (ERCP) végeztünk. ERCP során a látótérbe került Vater papilla szájadéka berepedt volt, benne egy beékelte kő ábrázolódott. Vezetődróttal sikerült szelektíven kanülálni, majd kontrasztanyaggal feltölteni az epeutakat. A cysticus nem telődött, de várható magasságában a choledochuson benyomott volt látható, amelyet a hydroposus epehólyagnak valószínűsítettünk. Az intrahepaticus epeutak nem voltak tágabbak. Endoscopy sphincterotomy (EST) végeztünk. Kiszabadítottuk a papillába ékelte követ, ezt követően az epeutakból nagy mennyiségű purulens epe ürült. Dormia kosárral végzett áthúzások során további két db kb. 8 mm-es követ távolítottunk el a choledochusból. Mikrobiológiai vizsgálatra mintát vettünk, majd gentamicines sóoldattal átöblítettük az epeutakat. Ezután vezetődrót segítségével a cysticusba ékelte kő mellett egy kanült helyeztünk a cysticuson keresztül az epehólyagba, melyen keresztül bakteriológiai vizsgálatra mintát vettünk, majd feltöltöttük kontraszttal a kövekkel teli epehólyagot, végül a kanült nasobiliaris drain-ként véglegesítettük az epehólyagban. A drainen 72 órán keresztül gentamicines öblítő kezelést végeztünk. Betegünk laboratóriumi értékei 3 nap alatt normalizálódtak, a hydroposus cholecysta mérete a kezdetekhez képest az 1/5-ére csökkent. Az idősebb beteg septicus állapota konzervatív kezelés mellett gyorsan javult, icterusa megszűnt, otthonába bocsátottuk, majd három hónap múlva alkalmassá vált az elektív laparoscopic cholecystectomy elvégzésére.

Következtetések: Akut cysticus elzáródás okozta köves epehólyag gyulladása és hydroposus kezelésére az ERCP során végzett nasocysticus drain behelyezése javasolható alternatív módszer a sürgősségi cholecystectomy elkerülésére és a szövődmények minimalizálására.

111

IMPORTANCE OF TROUGH LEVELS AND ANTIBODY TITERS ON THE EFFICACY AND SAFETY OF INFLIXIMAB THERAPY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Pallagi É.¹, Gyulai R.², Kui R.², Szepes Z.¹, Szűcs M.³, Nagy F.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged², Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged³

Introduction: Infliximab is effective for the treatment of refractory inflammatory bowel disease (IBD). Nevertheless, up to 40% of patients lose response to infliximab and 10% develops severe side effects or allergic reaction. The aim of this study was to assess the clinical value of measuring infliximab trough levels (TL) and

antibodies to infliximab (ATI) concentrations in IBD patients who lost response or developed adverse reaction to infliximab therapy.

Patients and methods: The records of 43 IBD patients (22 CD, 21 UC; mean age at the diagnosis 29.6 years, mean age at the start of biological therapy 36.7 years) were studied. We assessed the correlation between clinical response/development of adverse reaction and TL and ATI concentrations. TL and ATI were measured before the subsequent infusion using ELISA (Matriks Biotek Laboratories). Clinical and laboratory data were assessed at the same time point. Medical records were captured prospectively; data of the CD and UC groups were analyzed separately.

Results: The main indications for testing were loss of response in 11 patients, continuously active disease in 11 patients, severe unusual extraintestinal symptoms in 5 patients (skin manifestations, arthralgia), and hypersensitivity reaction in 4 patients. Twelve patients in remission were considered as controls. In all, 10 patients presented detectable ATI in the serum. ATI was positive in 2/5 patients with unusual symptoms and 1/4 patients with hypersensitivity reaction. TL was significantly lower in patients with detectable ATI and in those who were on corticosteroid therapy during the beginning of the biological therapy.

Discussion. Low infliximab TL associated with the presence of ATI in both type of IBD. High ATI concentration can be in association with not only hypersensitivity reaction but unusual autoimmune phenomenon, although ATI positivity alone does not explain these symptoms. Our data further support a role for TL and ATI monitoring in optimizing infliximab therapy in IBD.

112

SERUM SELENIUM CONCENTRATIONS IN PREGNANT WOMEN, IN WOMEN WITH THYROID DISORDERS AND IN HEALTHY WOMEN IN HUNGARY: IS THERE A NEED TO SUPPLEMENT?

Molnár J.¹, Garamvölgyi Z.², Rigó Jr. J.², Balázs C.³, Adányi N.⁴, Molza Medical Ltd., Budapest, Hungary¹, 1st Department of Obstetrics and Gynecology, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Polyclinic of the Hospital Brothers of St. John of God in Buda, Budapest, Hungary³, Central Food Research Institute, Budapest, Hungary⁴

Introduction: Selenium is an essential trace element. Its recommended daily allowance is 55 µg for women and 70 µg for men, while in pregnancy the National Research Council recommends a dietary intake of 60 µg. Selenium supplementation was reported to prevent colorectal cancer in the United States. Recently, the importance of an optimal selenium intake in thyroid diseases has been stressed by European guidelines. In the 1990s it was established that Hungary is a country with a marginal selenium deficiency. However, there have been few data reporting serum selenium concentrations in Hungary in the last decade.

Materials and methods: Serum selenium concentrations were determined in 33 healthy female study participants, 18 women with thyroid disorders and 97 pregnant women. Selenium concentrations were measured by hydride generation atomic absorption spectrometry following the nitric acid - perchloric acid - sulphuric acid digestion procedure.

Results: Serum selenium concentrations were significantly lower in pregnant women than in non-pregnant study participants (46.77 ± 12.04 µg/l compared to 77.06 ± 12.55 µg/l). Selenium concentrations did not differ between healthy women and women with thyroid disorders. Selenium levels ranged from 22.95 µg/l to 77.90 µg/l in pregnant women with a median of 44.70 µg/l. In non-pregnant women, selenium concentrations varied between 45.80 µg/l and 107.43 µg/l (median: 74.50 µg/l).

Conclusions: Mean serum selenium concentrations of non-pregnant women determined in the last two years are higher than those reported in the early 1990s. This may be explained either by the use of a more advanced technique for selenium measurements and/or by a change in nutrition favouring the consumption of foodstuffs containing higher amounts of selenium. Serum selenium concentrations of pregnant women are low compared to international data and selenium supplementation may be considered in a few cases. Selenium supplementation of women with endocrine ophthalmopathy or autoimmune thyroiditis and concurrent high anti-TPO levels is currently recommended.

IDENTIFICATION OF CIRCULATING MICRORNA PATTERN ALTERATION DURING THE TUMOR DEVELOPMENT USING C38/C57BL/6 MOUSE TUMOR MODEL

Nagy Z.¹, Barták B.¹, Spisák S.², Wichmann B.¹, Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Schöller A.¹, Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

Introduction: Analysis of miRNA plays important roles in fields of functional and biomarker discovery in recent years. It has been shown that cell-free DNA and RNA can be detected from serum and other body fluids. Expression profiles of miRNAs altered along tumor formation, furthermore these miRNAs may spread into tumor microenvironment. The mechanisms of these processes have not been clarified yet.

Aims: Our primary aim was to analyse the alteration of the circulating miRNA profile in C38/C57BL/6 mouse tumor model. Our further aim was to identify non-tumor originated miRNA from plasma which may be originated from the host cells.

Methods: Circulating miRNA were isolated from plasma samples which were collected two times a week over 45 days using C57BL/6-C38 tumor model. Affymetrix GeneChip miRNA array platform was used for screening of the altered miRNA profile and results were validated by quantitative real time RT-PCR.

Results: All together 94 miRNA were detected in the plasma samples of healthy animals, 161 miRNAs in early and 176 miRNAs in late tumor stages. Furthermore in the tumor tissue 154 active microRNA was observed. Among the 154 active miRNA detected in the tumor tissue, 112 could be observed in early and 112 in late stage cancer plasma samples. Interestingly, 64 miRNAs which expressed in carcinoma tissue were also identified in healthy plasma samples. During the tumor progression 25 miRNA expression profiles were identified, which showed altered level compare to the healthy samples. Seven miRNAs were selected for real-time PCR validation. As the results of miR-676 and miR-92a expression based on real-time PCR were consistent with the microarray, shown significantly increased 388 and 37 times level ($p < 0,05$) in plasma samples, respectively. As against, miR-703 and miR-721 produced decreased expression through tumor progression in plasma.

Conclusion: Characteristic tissue miRNA patterns could be determined through carcinogenesis, that also could be observed in peripheral blood. Moreover, many miRNA originate from healthy cells and a group of miRNA are downregulated during tumorigenesis. Further investigations are required in order to understand the communication process between cancer and host cells.

THE CURRENT REQUIREMENT FOR SCREENING COLON CANCER IN HUNGARY

Novák J.¹, Békés County Pándy Kálmán Hospital 3rd.Dept.of Gastroenterology, Gyula, Hungary¹

Introduction: In the frame of the „General Health Protection Screening Program in Hungary, 2010-2020” 64 000 persons were screened at 332 sites in 2011 mainly for cardiovascular risk factors according to the guidelines of the European Union. Sponsored by Teva Hungary Ltd, the average Hungarian adult population was asked if they required to be screened for colorectal carcinoma by using a questionnaire.

Materials and Methods: Out of the 17 000 questionnaires it has taken a year to evaluate 7172 questionnaires for the demand of colon carcinoma screening. The participants completed the questionnaires voluntarily and anonymously. The questionnaires contained yes/no questions and a set of criteria suitable for evaluation. Statistical evaluation was done by distributing the study population according to gender and age.

Results: 3887 (52.8%) questionnaires completed by women and 3385 (47.2%) questionnaires completed by men were evaluated. Most of the answers came from age ranges between 26-35 years (31.5%) and 36-45 years (27.5%). 30.4 % of the answering women had cancer cases in the family and 24.7 % of the answering men, respectively. The incidence of colon cancer in the family of women (parent, child, brother/sister) was 7.22% and 6.61% in the family of

men respectively with an average of 6.91%. In case of distant relatives (grandparents, aunts, uncles) these data were 10.63 % in women and 8.68 % in men respectively with an average of 9.65 %. The aggregated incidence ratio taking into account both close and distant relatives is 8.28 %.

Conclusion: Currently, no colon cancer screening program is existing in Hungary. If the screening of hereditary colorectal tumors along with polyposis syndromes could be done, only 8 % of the population over 50 years of age should be checked by colonoscopy. This would be a great achievement under the current health situation in Hungary.

see also: www.egeszsegprogram.eu

POSTCONDITIONÁLÁS HATÁSA A LOKÁLIS ÉS SZISZTÉMÁS KÁROSODÁS ALAKULÁSÁRA ARTERIA MENTERICA SUPERIOR OCCLUSIO PATKÁNYMODELLJÉBEN

Ónody P.¹, Rosero O.¹, Pomizs I.¹, Dániel Á.¹, Hegedűs V.³, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem I.sz.Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Patológiai Intézet², Semmelweis Egyetem Farmakognózi Intézet³

Bevezetés: Az arteria mesenterica superior (AMS) embolizációja a vezető okklúzív kórképek egyik leggyakoribb formája, mely ischaemiás-reperfüziós (I-R) károsodáshoz, valamint szisztémás gyulladásához is vezethet. A postconditionálás egy ígéretes sebésztechnikai manőver, mely a reperfüzió kezdetén képes az I-R károsodás mérséklésére.

Célkitűzés: Korábbi vizsgálataink alapján 6x10 mp-es postconditionálási ciklusok hatását vizsgáltuk a távoli szervi és szisztémás gyulladás csökkentésére kifejtett hatását tekintve.

Anyagok és Módszer: Hím Wistar patkányokon az AMS kritikus 1 órás okklúzióját végeztük. Az állatokat három csoportra osztottuk: áloperált, I-R kontroll és postconditionált (PC). Az utóbbiban a kirekesztést követően 6x10 mp-es reperfüziós/reocclusio ciklusokban postconditionálást végeztünk. 6 óra reperfüziót követően szérumszintek (LDH, CK, ASAT, ALAT), illetve gyulladásos válasz korai markereként ismert IL6 meghatározása történt. A vékonybél három szakaszából (duodenum, jejunum, ileum) vett szövettani mintákat Chiu pontrendszer alapján elemeztük. Vékonybél nyálkahártya kaparékából antioxidáns status került meghatározásra, a mikrocirkulációt Laser Doppler flowmterrel detektáltuk. Távoli szervek károsodásának detektálására tüdő, vese és máj szövettani mintákat vettünk.

Eredmények: HE festett szövettani metszeteken, a PC csoportban mindegyik vékonybél szakaszban kedvezőbb szövettani kép volt látható az I-R kontrollhoz képest. A Chiu klasszifikáció alapján, a jejunum és az ileum károsodása szignifikánsan csökkent ($p=0,011$; $p=0,025$), mellyel korrelál a CK és LDH alacsonyabb szérumszintje ($p=0,0381$; $p=0,0276$) a PC csoportban. Javult a vékonybél nyálkahártya antioxidáns státusza ($p<0,01$) illetve mikrocirkulációja is a kontroll csoporthoz képest. A szisztémás gyulladás mértéke szignifikánsan csökkent a PC csoportban (IL-6 $p=0,02$). A tüdő szövettani metszetein az I-R kontroll állatoknál diffúz alveoláris károsodás figyelhető meg, ellentétben a PC csoporttal. A máj esetében PC hatására csökkentek a reperfüzió 6. órájában a gyulladásos jelenségek és a necrosis mértéke (ASAT $p=0,038$), míg a vese vonatkozásában kisebb mértékű tubularis károsodást észleltünk.

Következtetés: A postconditionálás képes mérsékelni a gyulladásos válasz mértékét ezzel hozzájárulva a távoli szervi károsodások kivédéséhez.

THE EFFECT OF METOCLOPRAMIDE ON ORO-CECAL TRANSIT TIME IN PATIENTS WITH SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY

Pák P.¹, Balogh G.², Velkei T.³, Dubravcsik Z.³, Szepes A.³, Madácsy L.³, 2nd Department of Medicine, Vaszary Kólos Hospital, Esztergom, Hungary¹, General, Thoracic and Vascular Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár, Hungary², Bács-Kiskun County Hospital, Teaching Hospital of the University of Szeged, Department of Gastroenterology, Kecskemét, Hungary³

Introduction: Small bowel capsule endoscopy (SBCE) reaches the cecum in only about 80-90% of all cases. The clinical efficacy of prokinetics during SBCE to achieve complete small bowel

visualisation and accelerate oro-cecal transit time (OCTT) has not been clearly established. The aim of the present study was to determine if metoclopramide administration during SBCE could influence capsule propagation.

Patients and Methods: 68 consecutive patients who underwent GIVEN SB2 CE were classified to receive either intravenous (IVM group, 10 patients) or oral (POM group, 28 patients) administration of 10 mg metoclopramide. 30 patients received no prokinetic treatment at all (control group).

Results: The mean gastric transit time (GTT) was significantly shorter in the IVM group (GTT: 12,8 + 7,1 min) as compared to the POM group (GTT: 44,3 + 47,7 min) or to the control group (GTT: 40,5 + 45,5 min) ($P < 0,04$). The mean SBTT and the OCTT were 145,7 + 91,0 min, 158,5 + 91,2 min in the IVM group, 199,1 + 103,9 min, 243,4 + 98,6 min in the POM group, and 258,8 +/- 112,2 min, 283,8 +/- 115,5 min in the control group. ($p = 0,17$, $p = 0,02$). In the IVM group all capsules reached the caecum, in contrast 2 out of 28 and 1 out of 30 SBCE were incomplete in the POM and in the control group, respectively. The quantitative analysis of the small bowel cleanliness (green color proportion in the color bar) depicted positive linear correlation with the SBTT ($R = 0,687$).

Conclusions: Both intravenous and oral administration of metoclopramide significantly accelerated GTT and OCTT during SBCE. Intravenous metoclopramide increases the likelihood of a complete small-bowel examination and improves mucosal visualization in patients undergoing capsule endoscopy.

117

A KERINGŐ ADIPOKINEK ÉS PARAOXONÁZ VIZSGÁLATA CROHN BETEGSÉGBEN

Palatka K.¹, Seres L.², Veréb Z.³, Papp M.¹, Altörjay I.¹, Paragh G.², Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Anyegcsre Tanszék², Debreceni Egyetem, Orvos és Egészségtudományi Centrum, Immunológiai Intézet³

A Crohn betegség (CD) gyakori jellemzője az anorexia, malnutritio és a mezenterialis fehér zsírszövet hypertrophia. A zsírszövet által szintetizált adipocytokinek ezen elváltozások valamint a metabolikus és gyulladásos folyamatok fontos elemei. A paraoxonase 1 (PON1) egy extracelluláris enzim, mely gasztrointesztinális betegségekben helyi detoxifikáló, antioxidáns, immunmodulátor hatású, észteráz, peroxidáz és thiolactonáz aktivitással. A plazma adiponectin a PON1 aktivitás független prediktora metabolikus szindrómában.

A vizsgálat célja a szérumban adiponectin, leptin és PON1 aktivitás vizsgálata CD-ben a betegség aktivitása (CDAI) a gyulladásos paraméterek (CRP), a klinikai forma és a metabolikus paraméterek függvényében.

A szérumban adiponectin és leptin vizsgálata sandwich enzime immunoassay technikával történt a PON1 meghatározásra ELISA módszerrel használtunk. 65 túlsúlyos (BMI > 28) és 111 alultáplált (BMI < 18) Crohn beteg (103 férfi / 73 nő, átlagéletkor 32,5 (15-57) /) kóiban és nem szerint összevetve kontrollt használtunk.

Alacsony BMI-s betegekben nem volt szignifikáns eltérés az inaktív (2,7+0,7 ng/ml, átlag+átlagtól való eltérés) és az aktív betegek (2,8+0,5 ng/ml) leptin koncentrációjában. A magas BMI-s betegek szignifikánsan magasabb szérumban leptin koncentrációval rendelkeznek, azonban jelentős ($p = 0,017$) eltérés volt a magas CDAI értékkel (23,7+3,4 ng/ml) és az alacsony CDAI-val rendelkező betegek (12,6+1,1 ng/ml) között.

Szignifikáns eltérés volt a CD aktivitási szakában ($250 \leq \text{CDAI} \leq 450$) a magas és az alacsony BMI csoportok között, az adiponectin szérumban koncentrációja az alacsony BMI csoportban magasabb volt (11,1+0,7 ug/ml) a magas BMI csoportéhoz képest. (8,3+0,7 ug/ml)

A PON1 szint szignifikánsan ($p = 0,0005$) magasabb volt magas BMI-vel rendelkező aktív CD-ben (182,8+19,8, U/L) átlag+átlagtól való eltérés), mint az inaktív betegekben (94,3+11,8 U/L), vagy az alacsony BMI-vel rendelkező csoportban (93,1+13,8 U/L inaktív és 84,7+7,8 U/L az aktív csoportokban).

A magas BMI-vel rendelkező aktív csoport PON1 fenotípusos eloszlása (AA: 65,5%, AB: 34,5%) jelentősen eltér minden más csoporttól, (AA: 85%, AB: 15%).

Az adiponectin szint és a PON1 aktivitás változások negatív korrelációt mutattak.

Az adiponectin potenciális szabályozó funkciója merül fel CD-ben mely a paraoxonáz aktivitással kapcsolatos. Az változások a metabolikus és gyulladásos folyamatok kapcsolatára utalnak.

118

INVESTIGATION OF PANCREATIC DUCTAL FLUID AND HCO₃- SECRETION IN NHERF1 KNOCKOUT AND WILD-TYPE MICE

Pallagi P.¹, Kumar Singh A.³, Hegyi P.¹, Venglovecz V.², Engelhardt R.³, Riederer B.³, Takács T.¹, Wittmann T.¹, Seidler U.³, Rakonczay Jr. Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged², Department of Gastroenterology, Hepatology, and Endocrinology, Medical School of Hannover, Germany³

Background: Na⁺/H⁺ exchanger regulatory factor-1 (NHERF-1) is a scaffolding protein which is responsible for the apical localization of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR), a key player in pancreatic ductal bicarbonate secretion.

The aim of this study was to evaluate the role of NHERF-1 in pancreatic ductal localization of CFTR, and in bicarbonate and fluid secretion.

Methods: The expression of CFTR was analysed by immunohistochemistry. Pancreatic juice was collected from anesthetized wild-type (WT) and NHERF-1 knock-out (KO) mice in basal and secretin-stimulated conditions. We isolated intra/interlobular ducts from the pancreas of NHERF-1 WT and KO mice. Fluid secretion into the closed luminal space of the ducts was analysed using a swelling technique. Luminal anion exchange activity was determined by microfluorimetry.

Results: Pancreatic ductal CFTR staining was more diffuse and less apical in the NHERF-1 KO vs. WT mice. The volume of pancreatic juice was significantly reduced in NHERF-1 KO vs. WT mice under both basal and secretin-stimulated conditions in vivo. Accordingly, the forskolin-stimulated fluid secretory rate was significantly lower in ducts from KO vs. WT mice in standard HCO₃/CO₂ solution in vitro. The reduction of ductal bicarbonate secretion in the NHERF-1 KO mice was confirmed by the alkali load and the inhibitor stop methods on basolaterally perfused ducts and by the luminal Cl-removal technique on microperfused ducts.

Conclusion: Our results suggest that pancreatic ductal NHERF-1 is involved in CFTR localization and is essential for fluid and bicarbonate secretion.

This study was supported by OTKA, MTA/DFG and NFÜ/TÁMOP.

119

NON-CONJUGATED BILE ACIDS INDUCE ATP DEPLETION, MITOCHONDRIAL DAMAGE AND INHIBIT THE ION TRANSPORT MECHANISMS IN HUMAN COLONIC CRYPTS

Pallagi-Kunstár É.¹, Farkas K.¹, Rakonczay Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Venglovecz V.², Rázga Z.³, Maléth J.¹, Orbán K.¹, Tóth K.¹, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: Under pathophysiological conditions, such as short bowel syndrome, bile acids can reach the colon in high concentrations and can induce diarrhea.

Our aim was to investigate whether impaired ion transport activities are involved in the pathomechanism of bile acid-induced diarrhea.

Methods: Colonic biopsies were obtained from control patients (with negative colonoscopic findings) and from cholecystectomized/ileum-resected patients with/without diarrhea. Colonic crypts were isolated by collagenase digestion, and intracellular pH (pHi) and ATP levels (ATPi) were measured by microspectrofluorimetry. Na⁺/H⁺ exchangers (NHEs), Na⁺/HCO₃- cotransporter, Cl⁻/HCO₃-exchanger (AE) activities were determined. Intracellular morphological changes were analysed with transmission electron microscopy (TEM).

Results: The non-conjugated chenodeoxycholate (CDC) and the conjugated glycochenodeoxycholate (GCDC) caused dose-dependent acidosis in colonic crypts. The pHi decrease was significantly greater in case of CDC vs. GCDC. 0.3 mM CDC strongly inhibited the activities of acid/base transporters. 0.3-1 mM CDC significantly and irreversibly reduced ATPi. TEM showed mitochondrial damage after 1 mM CDC-treatment, but no such alteration was detected in case of lower concentrations of CDC or 1 mM GCDC. Impaired NHE and

AE activities were observed in cholecystectomised/ileum-resected patients suffering from diarrhea compared to control patients.

Conclusion: Non-conjugated bile acids cause intracellular acidosis, ATPi depletion, mitochondrial damage and inhibit the ion transporters of colonic epithelial cells. These processes may reduce fluid and electrolyte absorption in the colon and promote the development of diarrhea.

This work was supported by OTKA, MTA and NFÜ (TÁMOP).

120

AMPULLARY INTRADUCTAL PAPILLARY MUCINOUS NEOPLASM-IS IT MAIN DUCT TYPE OR BRANCH TYPE IPMN?

Pap Á.¹, Tarpay Á.¹, Burai M.¹, Pozsár J.¹, Nagy T.², Bak M.³, Zs.Tóth E.³, Szőke J.³, National Institute of Oncology, Dept. of Gastroenterology¹, National Institute of Oncology, Dept. of Chemotherapy², National Institute of Oncology, Dept. of Cytopathology³ Budapest, Hungary³

IPMN is a precancerous state of the pancreas mainly if it has arisen in the main pancreatic duct. Ampulla of papilla of Vater is part of the main pancreatic duct but also that of the biliary duct. This common channel is important for provoking cysts and cancers by facilitating mixture of lecithin of bile and phospholipase A of pancreatic juice leading to formation of lysolecithin, one of the most potent cancerogens of this region. However, endoscopic papillotomy can separate bile and pancreatic juice, prevent cancer as happened with choledochocoele. It might be effective also in IPMN of the ampulla, an extremely rare condition of the pancreas.

Case record: A 77 year old female was admitted to our institution with indirect signs of parapancreatic cancer demonstrated by mild dilatation of common bile duct and pancreatic duct and a 12 mm diameter parapancreatic field with decreased contrast enhancement on CT. ERCP demonstrated typical fish eye sign and dilated pancreatic duct with mucin bubbles but no stenosis or mural nodules. Extended papillotomy and targeted histology confirmed adenoma of ampulla localised around the pancreatic orifice with mild dysplasia in the gastric foveolar type IPMN. Three repeated ERCPs with biopsies demonstrated no progression during more than 2 years.

Conclusion: This is the first IPMN localised to the ampulla according to search of literature. Although the adenoma arose in the entrance of the main pancreatic duct, after separating the bile and pancreatic juice by extended papillotomy no progression occurred during more than 2 years. The common channel mixing the bile and pancreatic juice seems to be important to provoke cancer from proximal main duct IPMNs.

121

PRESENCE OF CLASS IGA ANTI-NEUTROPHIL CYTOPLASMIC ANTIBODIES (ANCA) IN CIRRHOSIS – A TELL-TALE SIGN OF COMPROMISED MUCOSAL IMMUNITY?

Papp M.¹, Foldi I.¹, Vitalis Z.¹, Altorjay I.¹, Tornai I.¹, Udvardy M.², Fechner K.³, Lakatos P.⁴, Kappelmayer J.⁵, Antal-Szalmas P.⁵, 2nd Department of Medicine, Division of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen¹, 2nd Department of Medicine, Division of Hematology, University of Debrecen, Debrecen², EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lübeck, Germany³, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁴, Department of Clinical Biochemistry and Molecular Pathology, University of Debrecen, Debrecen⁵

Background & Aims: Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) are a non-uniform family of antibodies recognizing diverse constituents of neutrophil granulocytes. ANCA formation might be induced by protracted bacterial infections or probably reflect an abnormal immune response to intestinal microorganisms. Bacterial infections are common complications in cirrhosis with high incidence of episodes caused by enteric organisms.

Methods: Sera of 385 patients with cirrhosis of different etiologies were assayed for IgA and IgG class ANCA by indirect immunofluorescence. Control group comprised 202 patients with chronic liver diseases without cirrhosis and 100 healthy subjects. In cirrhosis, a 2-year follow-up, observational study was conducted to assess possible association between presence of ANCA and clinically significant bacterial infections.

Results: Prevalence of IgA class ANCA was significantly higher in cirrhosis (52.2%) compared to chronic liver diseases (18.6%) or healthy controls (0%, $p < 0.001$ for both). Presence of ANCA IgA was associated to disease-specific clinical characteristics (severity as rated by Child-Pugh stage and presence of ascites, $p < 0.001$). During 2-year follow-up period, the risk for infections was higher among patients with ANCA IgA compared to those without (41.8% vs. 23.4%, $p < 0.001$). Presence of ANCA IgA was associated with a shorter duration to progress to the first infectious complication (pLogRank < 0.001) in a Kaplan–Meier analysis and was identified as an independent predictor in a multivariate Cox-regression analysis (OR: 1.74, 95% CI: 1.18–2.56, $p = 0.006$).

Conclusions: The present study suggests that increased occurrence of ANCA class IgA in patients with cirrhosis reflects a compromised mucosal immunity resulting in sustained exposure to bacterial constituents.

122

KÖZÖS EPEVEZETÉK TUMORT UTÁNZÓ AUTOIMMUN PANCREATITIS ESETE

Papp R.¹, Pár G.², Horváth Ö.¹, Bogner B.³, Kelemen D.¹, PTE KK Sebészeti Klinika¹, PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika², PTE Patológiai Intézet³

Bevezetés: Az autoimmun pancreatitis preoperatív igazolása sokszor igen nehéz feladat. Bár a klinikai kép nagyon hasonló lehet a malignus pancreatobiliaris folyamatokéhoz, a kezelési stratégia teljesen különböző. Szerzők egy közös epevezeték tumort utánozó autoimmun pancreatitis esetét ismertetik.

Beteganyag: Egy 67 éves nőbetegnél hasi fájdalom és icterus miatt kivizsgálás történt. Epekövesség nem igazolódott, a CT alapján a pancreas normális volt, viszont az ERCP során a közös epevezeték stenosisára derült fény. Epeúti stent behelyezés történt, majd annak cseréjekor kefecitológiai vizsgálat. Mivel ez súlyos dysplasiát mutatott, ezért a malignitás gyanúja miatt a szerzők a betegnél műtétet indokáltak.

Eredmények: A műtét során - a korábbi CT vizsgálattal ellentétben - az egész pancreas diffúz megnagyobbodását és fibrositát találtak. A daganat jelenlétét azonban kizárni nem lehetett, ezért pylorus-megtartásos pancreatoduodenectomiára került sor. Az intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálat chronicus pancreatitist feltételezett. A műtétet követően szövődmény nem lépett fel. A végleges szövettani vizsgálat a közös epevezeték dysplastikus eltérése mellett autoimmun pancreatitist véleményezett.

Következtetések: Autoimmun pancreatitis mellett az esetek harmadában epeúti stenosis alakulhat ki immunglobulin-asszociált cholangitis következtében. Ezeknél a betegeknél a cholestasis és a pancreasfejlődés megnagyobbodása malignitás gyanúját keltheti, pedig sebészeti kezelés nem lenne szükséges, a betegség jól reagál steroidra. Nagyon fontos tehát az alapos, körültekintő kivizsgálás. Bár az autoimmun pancreatitis prevalenciája sokkal kisebb, mint a pancreatobiliaris malignus folyamatoké, a kettő együtt is előfordulhat. Az ismertetett esetben a leletek nem utaltak autoimmun pancreatitásra, viszont az epeúti dysplasia és a malignitás gyanúja miatt végül sebészeti kezelés történt. A szerzők szerint bizonytalan esetekben, amikor a malignitás nem zárható ki és a beteg jó általános állapotban van, akkor a pancreas resectio a választandó eljárás.

123

IL28B CC GENOTYPE IS ASSOCIATED WITH INCREASED TH1 BUT NOT TH2 TYPE CYTOKINE PRODUCTION BY PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEAR CELLS IN CHRONIC HCV1 INFECTION

Par G.¹, Berki T.², Pálincás L.², Szereday L.³, Kisfalvi P.⁴, Hunyady B.¹, Vincze Á.¹, Pár A.¹, Melegh B.⁴, First Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Immunology and Biotechnology, University of Pécs², Department of Medical Microbiology and Immunology³, Department of Medical Genetics, University of Pécs⁴

Background: IL28B CC genotype is the strongest pretreatment predictor of SVR in HCV1 patients treated with PEG-IFN and ribavirin. IL28B CC also associated with improved early viral kinetics and greater likelihood of rapid virological response (RVR) compared with CT or TT genotypes.

Since the immunological mechanisms underlying the observed relationship between IL28B genotype, RVR and SVR remain unknown the aim of the present study was to compare peripheral

blood monocytes and lymphocytes IFN-gamma, TNF-alfa, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10 cytokine production of patients with IL28B CC, CT and TT haplotypes.

Methods: Fourty HCV-1 patients were genotyped as CC (n=12), CT (n=20) or TT (n=8) at polymorphic site of IL28B rs12979860. IFN-gamma, TNF-alfa, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10 production of LPS stimulated peripheral blood monocytes and PMA+ionomycin stimulated lymphocytes were determined by FACS-CBA assay in each genotype group.

Results: LPS induced TLR4 activation of the monocytes resulted in significantly higher TNF-alfa production in patients with CC genotype compared to CT and TT variants. In patients with CC genotype we found increased Th1 type cytokine production of peripheral blood lymphocytes compared to non CC genotype groups. Lymphocyte TNF-alfa, IL-2, IFNgamma production were significantly higher in CC patients compared to CT and TT groups (CC: TNF-alfa: 14,6 ng/ml, IL2: 156,9 ng/ml, IFNgamma: 225,7 ng/ml, CT: TNF-alfa: 7,1 ng/ml, IL2: 40,5 ng/ml, IFNgamma: 94,8 ng/ml, TT: TNF-alfa: 6,9 ng/ml, IL2: 37,9 ng/ml, IFNgamma: 109,2 ng/ml p<0,01). Peripheral blood monocytes and lymphocytes IL-4, IL-6, IL-10 production did not differ between study groups.

Conclusion: HCV1 infected patients with IL28B CC genotype had significantly increased LPS induced TNF-alfa production by monocytes, and increased TNF-alfa, IL-2 and IFN-gamma production of the lymphocytes compared to patients with CT or TT variants.

Our data suggest that IL28B CC genotype is associated with increased Th1 type antiviral cytokine production of both lymphocytes and monocytes. We suppose that in IL28CC variants the increased inducible antiviral cytokine production may play a crucial role in rapid immune control of HCV infection and favour sustained virological response.

124

CO-INFECTIONS WITH TORQUE TENO VIRUSES IN HCV INFECTION

Pár A.¹, Tresó B.², Dencs Á.², Rusvai E.², Miseta A.³, Jakab F.⁴, Tornai L.⁵, Szalay F.⁶, Lengyel G.⁷, Tusnádi A.⁸, Vincze Á.¹, Hunyady B.¹, Pár G.¹, Takács M.², 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs¹, National Center for Epidemiology, Budapest², Department of Laboratory Medicine, University of Pécs³, Department of Medical Microbiology and Immunology, University of Pécs⁴, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁶, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁷, Hetényi Géza Hospital, Szolnok, Hungary⁸

Background/Aim: The potential role of co-infections with novel hepatitis viruses such as torque teno viruses (SENV and TTV) is not clear in HCV infection. We determined the prevalence and clinical significance of these agents in different forms of HCV infection. **Patients:** a total of 365 HCV infected individuals have been studied. Out of them 33 were symptomfree HCV carriers with persistently normal alanine aminotransferase (ALT), 97 suffered from chronic hepatitis C not treated with interferon (IFN)-based therapy, 48 patients (pts) had chronic hepatitis C and treated with IFN + ribavirin (RBV) for one year, 76 pts previously treated with IFN+RBV and achieved sustained virological response (SVR) and 111 were non-responders to IFN +RBV. One hundred and eight healthy volunteers served

as controls for TTV studies and 40 for SENV investigations.

Methods: HCV RNA was detected using Roche Cobas Amplicor Monitor 2.0 test, TTV DNA, SENV-D and SENV-H DNA by PCR method.

Results: Prevalance of both SENV-D, SENV-H and TTV was higher in HCV pts than in healthy controls (SENV-D: 43.7% vs 7.5%; SENV-H 66.6% vs 35.0% and TTV: 77.7% vs 18.5%, respectively). Both SENV and TTV carriers have lower serum ALT and higher HCV RNA levels than SENV negative and TTV negative pts. IFN+RBV treated pts with SVR, after the therapy showed lower frequency of SENV-D (10.5%) and TTV (3.9%) than not treated ones. HCV pts with SENV-D achieved lower SVR (33%) than SENV-D negative pts (45%). Conclusion: Torque teno viruses can be „accidental tourists” in HCV infection, and though they may interfere with HCV, their pathogenetic role in liver injury is questionable. They may be IFN (+RBV?) sensitive agents.

125

EPIGENETIC ALTERATIONS IN COLORECTAL ADENOMAS OUTNUMBER THOSE IN CANCER. IS ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA SEQUENCE A NON-SEQUENTIAL PROCESS AT THE MOLECULAR LEVEL?

Patai V. Á.¹, Galamb O.², Valcz G.², Kalmár A.¹, Patai Á.³, Péterfia B.⁴, Wichmann B.¹, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Schöller A.¹, Fűri I.¹, Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², 1st Department of Internal Medicine, Sopron County Elisabeth Hospital, Sopron, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background: The adenoma-dysplasia-carcinoma sequence (ADCS) driven by sequential accumulation of genetic mutations is a widely accepted concept in colorectal carcinogenesis. In some proximal cancers arising from different precursor lesions DNA methylation has been shown to be an important mechanism, however in the distal colon DNA methylation has scarcely been studied.

Aims: Our primary aim was to study DNA methylation alterations in 96 genes during ADCS, to identify characteristic methylation pattern for the distal colon and to compare the different stages. Our further aim was to correlate our DNA methylation profiles with whole-genome mRNA expression microarray results and also to analyze potential markers at protein level.

Methods: For DNA methylation analysis 15 healthy colonic, 7 low-grade dysplasia (LGD), 5 high-grade dysplasia (HGD), 12 CRC (UICC stage I-III), 4 normal adjacent and 5 ulcerative colitis (UC) samples were endoscopically removed from the left side of the colon. DNA methylation percentages of 96 genes were determined using Methyl-Profiler PCR array system based on methylation-sensitive restriction enzyme digestion followed by fluorescence real-time PCR. For mRNA expression analysis 49 healthy colonic, 25 LGD, 24 HGD and 24 CRC samples were applied for Affymetrix Whole-Genome Expression Microarray. To examine the underlying mechanisms, immunohistochemistry for DNA methyltransferases (DNMT) 1, 3a, 3b and SFRP1 were also performed.

Results: Analysis of 96 genes revealed hypermethylation of 8 genes in all 48 samples, additionally 34 genes were hypermethylated in LGD, 50 genes in HGD and 30 genes in CRC. A characteristic panel of 10 hypermethylated genes, including MAL, SFRP1, SLIT2 and ALDH1A3 (latter a novel finding in CRC) significantly distinguished LGD, HGD and CRC from UC and normal tissue (p<0.05). SFRP1, SLIT2 and MAL methylation levels inversely correlated with mRNA expression, and SFRP1 protein level correlated with mRNA expression levels. DNMT3a protein level correlated with overall methylation, showing strongest expression in LGD and HGD.

conclusions: Distal CRC has a characteristic methylation pattern. Precancerous lesions have more epigenetic alterations as compared to CRC and this might indicate that ADCS is a non-sequential process at the molecular level.

126

KETTŐ AZ EGYBEN. TRACHEA ÉS NYELŐCSŐ STENT EGY BETEGBEN

Paulovicsné Kiss M.¹, PTE KK.I.sz. BELGYÓGYÁSZAT ENDOSZKÓPIA¹

Bevezetés: A GI malignus szűkületek folyamatosan növekvő tendenciát mutatva fordulnak elő. A primer és ráterjedő tumoros megbetegedéssel küzdő páciensek jelentős számban inoperabilitást mutatnak. Az onkoterápiás kiegészítő kezeléseket mellett, palliatív terápiaként az öntáguló fémstentek széles palettáját alkalmazhatjuk ezen betegeknek.

Esetbemutató: 61 éves nőbetegnél a légcső rosszindulatú daganata miatt bronchológián Y stent behelyezése történt. Oesophagus ruptúra gyanúja miatt kéri vizsgálatát, szükség esetén nyelőcső stent behelyezését.

Összefoglalás: Malignus nyelőcső betegség primer és/vagy ráterjedő folyamatánál palliatív ellátásként sikeresen alkalmazhatók az öntáguló fémstentek. Ezt bizonyítja az évek alatt egyre növekvő számban előforduló esetek száma és az alkalmazott kezelési mód.

ENDOSCOPIC POLYPECTOMY IN PATIENTS TAKING ORAL ANTICOAGULANT THERAPY

Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Bakcsy Magyarosi D.¹, Szabó T.¹,
Általános Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Karolina Kórház,
Mosonmagyaróvár¹

Background: Regarding hemorrhagic complications, endoscopic polypectomy is considered to be a high risk technique. While the anticoagulant therapy increases the possibility of bleeding, suspending it could cause thromboembolic complications.

Aim: retrospective analysis of the authors' method used for the prevention of hemorrhagic and thromboembolic complications

Methods main procedures:

- 1, suspending OAT (oral anticoagulant therapy) before operation
- 2, preventive application of clip or endoloop in case of polyps bigger than 1 cm
- 3, bridging LMWH therapy 24-48 hours after the operation
- 4, resuming OAT 10 days after operation

Results: 123 polypectomies (113 colorectal; 10 gastric) were executed in 58 patients (36 men, 22 women, mean age: 69,8 years). In 46 cases clipping, in 16 cases endoloop placement was performed. In 4 cases delayed bleeding occurred on the 3-6th day, without exception after restarting of LMWH therapy. These were successfully treated with repeated clipping. Thromboembolic complications did not occur.

Conclusion: the described practice is effective in the treatment of post-polypectomic hemorrhagic complications and also in the prevention of thromboembolism. The main elements of the method are considered to be bridging LMWH therapy and clip/endoloop placement.

MOLECULAR EPIDEMIOLOGY STUDY ON EFFECT OF STEVIA AND XYLITOL

Polyák É.¹, Gombos K.², Hajnal B.³, Bonyár-Müller K.¹, Gubicskó-Kisbenedek A.¹, Szabó S.¹, Figler M.¹, Ember L.¹, University of Pécs, Faculty of Health Sciences Institute of Physiotherapy and Nutritional Sciences Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs¹, University of Pécs, Faculty of Medicine, Institute of Public Health, Pécs², University of Pécs, Faculty of Medicine Department of Languages for Specific Purposes, Pécs³,

Introduction: Stevia and xylitol are widely used sweeteners. They may assist in weight and diabetic management and also can be used to replace sugar in foods. Some controversy studies published that the xylitol may have a role in carcinogenesis. The present study of stevia is based on that the published carcinogenicity database for stevia is limited, and all carcinogenicity studies were done with stevioside.

Methods: BALB/c mice were given oral doses of water solutions of xylitol and sugar at doses of 4,2 g, and stevia at doses of 24 mg. Controls received only tap water with the same drinking conditions as the treated groups. All the groups were autopsied after one week, then bone-marrow, liver, spleen, thymus, lymph nodes, lung and kidneys were removed and from each organ RNA was isolated. RNA was dot-blotted onto Hybond N+ nitrocellulose membranes and hybridized with p53, c-myc, Ha-ras, K-ras, bcl-2 gene-specific probes. Gene expression was expressed as differences in percentages of β-aktin, between treated and control groups.

Results: The consumption of xylitol caused significant expression in p53, c-myc, K-ras gene levels in thymus. The administration of stevia caused remarkable expression in c-myc gene in liver, spleen, lungs, thymus and in K-ras gene in lungs, spleen, kidneys, and liver.

Conclusion: The expression of these key genes may indicate carcinogenic exposure. Our results may be the base of further "long term" experiment, because it must be clear that consumption of stevia and xylitol are safe and do not have adverse health effects.

Keywords: stevia, xylitol, onco- and suppressor gene expression

FELNŐTTKORI PANCREAS HAEMANGIOMA: ESETTANULMÁNY ÉS IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Pörnczei B.¹, Gyökér T.², Bély M.³, Bursics A.¹, Uzsoki utcai Kórház Sebészeti Érsébeszeti Osztály¹, Honvéd Kórház,

Gastroenterológiai Osztály², Budai Irgalmasrendi Kórház, Kórszövettani Osztály³

Bevezetés: A felnőttkori haemangioma extrém ritkán fordul elő a hasnyálmirigyben. 1939 óta mindössze 10 esetet írtak le az általunk áttekintett angol nyelvű irodalomban.

Megbeszélés: A máj haemangiómái nem számítanak ritkaságnak, ezzel szemben az ér eredetű benignus tumorok extrém ritkán fordulnak elő. Általában nem okoznak specifikus tüneteket és preoperatív diagnózisuk ezért szinte lehetetlen. Radiológiai igazolásuk is nehéz a betegség speciális kontrasztanyag felvétele miatt. Így a betegek általában ismeretlen eredetű -esetleg cystosus-tumor diagnózissal kerülnek műtetre. Esetünkben egy 71 éves férfi görcs nélküli icterus miatt került gastroenterológiai vizsgálatra. ERCP és stent beültetés történt, az elvégzett CT vizsgálat extrém méretű pancreas feji tumort mutatott. A CA19-9 szint kissé emelkedett volt. Pylorus megtartásos pancreato-duodenectomiát végeztünk. A szövettani vizsgálat igazolta a 8 cm átmérőjű, CD31 és CD34 pozitív ér eredetű cavernosus daganatot. Malignitásra utaló jel nem mutatkozott. A beteg 2 évvel a műtétet követően panasz és tünetmentes.

Következtetés: A hasnyálmirigy haemangioma ritka diagnózis, mely preoperatív igazolása szinte lehetetlen. Hasi UH, CT, MR leletek félrevezethetők lehetnek. Ezért minden pancreas tumor explorációját indokoltnak tarjuk, amennyiben egyértelmű inoperabilitási jel (távoli áttét, egyértelmű érinvázió) nem ábrázolódik.

SELF-EXPANDING METAL STENTS COULD BE SAFE AND EFFECTIVE FOR PALLIATION AND DURING ACTIVE ONCOLOGIC TREATMENT OF RECTO-SIGMOID MALIGNANT OBSTRUCTIONS

Pozsár J.¹, Tarpay Á.², Burai J.³, Pap Á.⁴, Dept. of Invasive Gastrointestinal Oncology, National Institute of Oncology, Budapest¹, Dept. of Invasive Gastrointestinal Oncology, National Institute of Oncology, Budapest², Dept. of Invasive Gastrointestinal Oncology, National Institute of Oncology, Budapest³, Dept. of Invasive Gastrointestinal Oncology, National Institute of Oncology, Budapest⁴

Background: Some concerns have been raised about the safety and efficacy on palliative usage of self-expanding metal stents (SEMSs) for relieving malignant colonic obstruction. Furthermore, data on the role of these stents during neoadjuvant or palliative chemoradiation/chemotherapy of rectal cancer are scarce. In this study, we present our experience with these special issues.

Patients and Methods: We placed 6 colon SEMSs in 6 patients (mean age=55y, 83% female) with symptomatic malignant left-sided colonic obstruction. 5 patients had stage IV, and the remaining patient had stage III disease. Five patients had intraluminal obstruction due to cancer of the rectum (60%) or the sigmoid colon (40%), while only one has extraluminal obstruction owing to peritoneal carcinomatosis of disseminated gastric cancer. Stents were inserted at a mean of 451(20-1277) days from the initial diagnosis. 17 % of patients received neoadjuvant and half of them were under palliative chemotherapy at the time and/or after stent placement. 33% of patients received no further oncologic treatment due to their poor performance status. Peritoneal carcinomatosis was present in all but one patient. The distal margin of obstruction located at 12 cm from the anus, and the mean length of obstruction was 7 cm. Over-the-wire and through-the-scope approach were used for stent insertion in 5 and 1 patient, respectively. We used either covered (67%) or uncovered (33%) stents. The median length and diameter of stents were 100(60-120) and 20(20-30) mm, respectively. Results. Immediate technical and clinical successes were 100%. During the median follow-up of 51(10-120) days, 33 % of stents migrated distally, at a median of 42(38-47) days, all in patients with rectal cancer. Both migrated stents were a covered type, with identical diameters (20 mm) of stent body, but different lengths (120 and 60 mm). One of patient with migrated stent were under successful neoadjuvant chemoradiation, the other received no active oncologic treatment. After stent migration, the rectal lumen remained patent for a median follow-up of 32(10-54) days without any further intervention. There were no perforation or significant bleeding in the entire cohort of these patients.

Conclusions: Insertion of SEMSs is useful and safe for palliation of malignant recto-sigmoid obstruction, even during chemoradiation.

131

ENDO - TECHNIK KÉSZÜLÉK ALKALMAZÁSA ENDOSZKÓPIÁNKON

Prikkel A.¹, Hatvani M.³, Szűcsné N.³, Udvardi P.³, Nagy B.³, Flór Ferenc Kórház², Kistarcsa², Gasztroenterológiai Endoszkópia³

Hazánkban elsőként alkalmazzuk a nyugati országokban is jól bevált és használatban lévő endoszkóp - mosó berendezést.

A készülék nagy nyomással jó hatásfokkal működik.

(Előmosószer, fertőtlenítőszer, öblítőfolyadékot és levegőt áramoltat az eszköz minden csatornáján keresztül a beállított időnek megfelelően.)

Az asszisztensek fizikai terhelését csökkenti a kézi tisztítás és fertőtlenítéssel szemben.

A mai gazdasági helyzetben finánciálisan is ideális választás volt beszerzése. Fertőtlenítőszer felhasználásunk nem emelkedett a készülék üzembe helyezése után, a fertőtlenítő szobában a légszennyezés alacsonyabb szintre csökkent és a tisztítás – fertőtlenítési idő sem nőtt.

Poszterünkön részletesen ismertetjük ezen készülékeink működését és használatát.

132

MUCOSAL HEALING EFFECT OF MESALAZINE GRANULES IN NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUG – INDUCED SMALL BOWEL ENTEROPATHY: AN OPEN LABEL, UNCONTROLLED PILOT STUDY EVALUATED BY CAPSULE ENDOSCOPY

Rácz I.¹, Kánainé V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Horváth Z.², Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár Teaching Hospital, Győr, Hungary¹, Széchenyi István University, Department of Mathematics and Computational Sciences, Győr, Hungary²

Background and aim: There is no known preventive and therapeutical medication against nonsteroidal anti-inflammatory drug (NSAID) induced small bowel injury. The aim of the present pilot study was to investigate by capsule endoscopy (CE) the effect of mesalazine granules on small intestinal injury induced by naproxen.

Methods: This was a mono-centre, non-randomized, open label, uncontrolled pilot study. The Lewis Index Score (LIS) for small bowel injury was investigated to evaluate the severity of mucosal injury. Arthropathy patients with at least one month history of daily naproxen use of 1000 mg and proton pump inhibitor co-therapy were screened. Patients with a minimum of LIS grade 135 were eligible to enter the 4 week treatment phase of the study. During this treatment period 3x1000 mg/day mesalazine granules medication was added to the ongoing 1000 mg/day naproxen and 20 mg/day omeprazole therapy. At the end of the 4 week combined treatment a second small bowel CE was performed to re-evaluate the enteropathy according to the LIS results. The primary objective of this study was to assess the mucosal changes after 4 weeks treatment.

Results: A total of 18 patients (15 female, mean age 60.3 year) were screened. Those 10 patients whose initial LIS results reached the mild, moderate or severe enteropathy grades (between 135 and 790 and ≥ 790) entered the 4 week therapeutical phase and a repeated CE was performed. When comparing the LIS results registered at inclusion and at the control CE after mesalazine granules treatment a marked decrease was seen (LIS means: 1236.4 $\pm$ 821.9 v.s. 925.2 $\pm$ 543.4), however the difference was not significant ($p=0.271$). In contrary, a significant difference of pre and post-treatment mean total LIS results was detected in those 7 patients who had moderate or severe enteropathy gradings at the inclusion CE (LIS means: 1615 $\pm$ 672 v.s. 1064 $\pm$ 424, $p=0.033$).

Conclusion: This is the first pilot study using CE to report that mesalazine granules reduced the severity of small intestinal lesions induced by NSAID treatment. Mesalazine granules showed to attenuate significantly the mucosal injuries of naproxen in patients with moderate or severe enteropathies.

133

CORRELATION OF ABDOMINAL PAIN WITH FECAL CYSTEIN-PROTEASE ACTIVITY IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME PATIENTS WITH CONSTIPATION (IBS-C)

Róka R.¹, Annaházi A.¹, Bézirard V.², Ferrier L.², Eutamene H.², Inczei O.¹, Gecse K.¹, Rosztóczy A.¹, Molnár T.¹, Ringel Y.³, Ringel-Kulka T.³, Piche T.⁴, Theodorou V.², Wittmann T.¹, Bueno L.², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, INRA, UMR1331, Neuro-Gastroenterology and Nutrition Team, Toulouse, France², Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, School of Medicine, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA³, Department of Gastroenterology, INSERM U576, Hôpital de l'Archet II, Nice, France⁴

Introduction: Previously we have shown that fecal cystein-protease activity is significantly elevated in IBS-C patients compared to control subjects. In animal experiments, colorectal infusion of fecal supernatants from IBS-C patients increase gut paracellular permeability and provokes a visceral hypersensitivity to distension. This increase is linked to the enzymatic digestion of the tight junction proteins by the cystein-proteases contained in these fecal supernatants.

Aims: Our aims were to explore if there is a correlation between fecal cystein-protease activity and symptoms in IBS-C patients.

Materials and methods: Fecal samples were collected from IBS-C patients (n=44) diagnosed by the Rome III criteria in three different centers, Szeged (Hungary), Nice (France) and Chapel Hill (USA). Cystein-protease activity was assayed using a selective substrate and controlled by a selective cystein-protease inhibitor, E64. The questionnaire of Francis et al. was filled in on the day of fecal sample collection. Correlation was examined between fecal cystein-protease activity and pain-dyscomfort, frequency of defecation and stool consistency (Bristol scale).

Results: In IBS-C patients, the mean cystein-protease activity was 1788.5 Δ fluo/mg protein (vs. 166.2 in control subjects), without significant differences between the countries. There was a significant correlation between this activity and the pain score (EVA 1-10) noted by the patients on the day of the interview ($r^2 = 0.5805$, $p < 0.001$). Although the composite score also correlated significantly with the cystein-protease activity ($r^2 = 0.5706$, $p < 0.001$), there was no correlation between the cystein-protease activity and the stool frequency or consistency.

Conclusion: In IBS-C patients, fecal cystein-protease activity correlates with abdominal pain. These results are in agreement with observations from animal experiments, suggesting a major role of cystein-protease activity in the pathomechanism of IBS-C.

References: Francis et al. Aliment Pharmacol Ther 1997 ; 11 : 395.

134

POSZTKONDITIONÁLÁS HATÁSA RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ KIREKESZTÉS KÖVETŐEN PATKÁNY MÁJ ISCHAEMIA-REPERFÚZIÓS MODELLBEN

Rosero O.¹, Garbaisz D.¹, Hegedűs V.¹, Ónody P.¹, Tamás J.¹, Kocsis I.², Lotz G.³, Harsányi L.¹, Szigjártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Központi Labor, Budapest², Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest³

Bevezetés: Portális kirekesztésben végzett major májresectiók során a máj jelentős ischaemia-reperfúziós károsodást szenved. A károsodás mértéke a kirekesztés idejével arányosan nő. A posztkondicionálás alkalmas és egyszerű sebészi módszernek tűnik az ischaemia-reperfúziós károsodás mérséklésére.

Célkitűzés: Célkitűzésünk volt a posztkondicionálást protektív hatásának vizsgálata rövid illetve hosszú idejű ischaemia esetén, patkánymáj ischaemiás-reperfúziós modellben.

Módszerek: 25 Hím Wistar patkányt 5 csoportba (A-E) osztottunk (n=5). Az állatokon 45 illetve 90 perces, segmentális máj ischaemiát követően 6 órás reperfúziót hoztunk létre. Az áloperált csoporton (A) laparotomia és a májkapu kipreparálása történt ischaemia létrehozása nélkül. 45 (B-,C-csoport) illetve 90 (D-,E-csoport) perces ischaemiát követően 6 ciklusban posztkondicionálást (C-,E-csoport) végeztünk; 10 másodperces reperfúzióval és 10 másodperces reokklúzióval. A reperfúzió első órájában az áramlást laser Doppler flowmeterrel regisztráltuk. A biliáris epitheliális sejtkárosodás vizsgálatára céljából, óránként az epe glükóz szintet és GGT koncentrációt mértünk. A 6 órás reperfúzió végén az állatokat exsanguináltuk és szövettani mintákat vettünk.

Eredmények: A posztkondicionálás szignifikánsan csökkentette mind a morfológiai mind a funkcionális károsodást 45 perces kirekesztést követően. A C-csoport reperfúziós mikrocirkulációt jellemző plató maximum (PM) és reperfúziós görbe alatti terület

(RT), postconditionálás hatására szignifikánsan ($p < 0,05$) javult (PM: 63% vs. 92% ;RT: 57,4% vs. 99%). Ugyanebben a csoportban szignifikánsan alacsonyabb szérums ALT szinteket mértünk (870 ± 56 U/l vs. 484 ± 48 U/l). Az epe glükóz és GGT szintek szignifikánsan csökkentek a posztkondicionálás hatására a rövid – 45 perces – kirekesztés követően. Ez a protektív hatás nem volt jelen a hosszú – 90 perces – ischaemián átesett E-csoportban, sem a mikrocirkulációs paraméterek (PM: 18,3% vs. 27,1% ;RT: 12,6% vs. 16,7%) sem az epe glükóz és GGT koncentrációk tekintetében.

Következtetés: A rövid alternáló reperfüziós-reokklúziós ciklusok alkalmazása az ischaemia végén alkalmas módszernek tűnik rövid idejű ischaemiás károsodás mérséklésére, de a posztkondicionálás nem volt képes a hosszú - 90 perces - kirekesztés káros hatásait kivédeni.

135

ENDOSCOPIC RADIOFREQUENCY ABLATION (HALO-RFA) OF THE METAPLASTIC MUCOSA IN PATIENTS WITH BARRETT'S ESOPHAGUS. THE FIRST HUNGARIAN EXPERIENCE.

Rosztóczy A.¹, Izbéki F.¹, Róka R.¹, Annaházi A.¹, Laczkó D.¹, Kocsis M.¹, Fuszko M.¹, Polyák É.¹, Benkő É.¹, Vadász K.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹

Introduction: Barrett's esophagus is the precancerous lesion of esophageal adenocarcinoma. If dysplasia is present the risk for developing a cancer is further increased. Since medical therapies can only slow down the progression, and the conventional ablative techniques (mucosectomy, argon plasma coagulation) have well known limitations (buried glands, stricture formation) new methods are needed to stop the histological progression and to restore the physiological squamous lining of the esophagus. Initial experiences with the recently developed HALO-RFA seem to provide superior results compared to the conventional techniques.

The aim of our study was to test the efficacy of HALO-RFA in patients with Barrett's esophagus and low grade dysplasia.

Methods: Four patients (M/F 2/2) were enrolled. The maximal lengths of the metaplastic mucosal segments were 4, 5, 7, and 11 cm. Depending on the lengths of the residual mucosa, the initial HALO 360 procedure was followed by either a second HALO 360 or a HALO 90 procedure 3 months later. Follow up endoscopies with histological sampling were performed at 3 and 6 months after the second procedure to obtain data on the eradication of dysplasia and specialized intestinal metaplasia (SIM).

Results: The initial HALO 360 procedure was followed by a second HALO 90 intervention in the 3 cases with the shorter segment metaplasia and by a HALO 360 ablation in the one with the longest. No complications were observed after the HALO 90 procedures, while minor adverse events (transient chest pain) were seen in 2/4 patients after HALO 360 ablation. No major complications (bleeding, perforation, stricture formation) occurred. The eradication of dysplasia was achieved in all cases (100%). SIM eradication was complete in 1 patient, while 2 further patients had small (<5mm) residual SIM segments. No buried glands were observed during follow up.

Conclusions: Radiofrequency ablation is a safe and reliable procedure for the eradication of esophageal metaplasia and dysplasia. In accord with the international reports, our initial experience support that patients with longer metaplastic segments need more than 2 sessions to achieve complete eradication.

Grant support: TÁMOP421/B09/1, Micromedical Kft, Barrx Ltd.

136

HA NINCS ELÉG DIAGNOSZTIKUS LEHETŐSÉGED, LÉGY KREATÍV!

Rusznay K.¹, Villangó B.², Hollósi M.³, Banai J.¹, Lestár B.², Jackel M.³, Gyökres T.¹, MH Honvéd Kórház, Gasztroenterológia¹, MH Honvéd Kórház, II.Sebészeti², MH Honvédkórház, Patológia³

Eset: Súlyos, feltételezhetően vékonybél eredetű gasztrointesztinális vérzéssel egy 57 éves férfit küldtek osztályunkra más kórházból. Ottani első kivizsgálására súlyos anémia (Hb:70g/l), meléne miatt került sor. Kétszeri gasztroszkópia sem igazolta a vérzésforrást, a kolonoszkópia során a sigmából kis, benignus polypot távolítottak el, de a vérzést a vékonybél felől észlelték. 10 E vér adása után a beteg elbocsátását kérte. 5 nap múlva ismételt felvételre került ischaemiás

stroke diagnózisával. Az anémia (Hb:59 g/l) rendezésére (újabb 6 E vérrrel) neurológiai tünetei megszűntek. További diagnosztikus lehetőségek híján kérték segítségünket. A tervezett angio-CT vizsgálatot nem végeztük el, mert átvételekor a beteg már nem vérzett, bár 4 E vér adását még igényelte. Kapszula endoszkópia előtt push enteroszkópia elvégzését terveztük, de egyetlen jejunoszkópunk előzőleg meghibásodott. A mélyebbre hatolás érdekében a felső endoszkópos vizsgálatot kolonoszkóppal végeztük el. A vizsgálat során a jejunum felső részén kifehélyesedett, nagy, friss koagulummal fedett tumort találtunk. Az akut műtét során a Treitz szalag mögött kb. 10 cm-re felfalált tumor mögötti 50 cm-es jejunum szakaszon további 7 terimét találtak, így az egész érintett részt reszekálták. A szövettani feldolgozás anaplasztikus carcinomát igazolt, a további vizsgálatok nagyméretű centrális tüdőtumort is felfedtek.

Összefoglalás: Bár kolonoszkóppal jejunoszkópiát, annak merevsége miatt nem könnyű végezni, de szükséghelyzetben kreatív ötletekkel pótolhatjuk armamentáriumunk hiányosságait.

137

POST-PROGRESSION OFF-LABEL TRASTUZUMAB TREATMENT OF HER2 AMPLIFIED METASTATIC GASTRIC CANCER – CASE STUDY

Sahin P.¹, Tóth L.¹, Böszörményi K.², Nagy Z.³, Zaka Z.⁴, Schwab R.⁵, Peták I.⁵, Oduncu F.⁶, Dank M.⁷, Topa L.¹, Department of Gastroenterology, St. Imre Hospital, Budapest¹, Department of Radiology, St. Imre Hospital, Budapest², Department of Oncology, St. Imre Hospital, Budapest³, Department of Radiotherapy, National Institute of Oncology, Budapest⁴, KPS Molecular Diagnostic Centre, Budapest⁵, Hematology and Oncology of Department, LMU, Medical Clinic, München, Germany⁶, Radiological and Clinical Oncotherapy, Semmelweis University, Budapest⁷

Background: A change in the HER2 gene copy number can be detected at 16-20% cent of gastric cancer patients. ToGA trial proved that chemotherapy combined with targeted HER-2 antibodies improved survival of this group by 20%, which prompted a registration of Trastuzumab as the first-line treatment of this patient group; its administration is indicated until the onset of progression.

Our Patient: In our 72-year-old male patient dysphagia led to a diagnosis of Gr. I T3N3M0 cardia adenocarcinoma in the summer of 2009. HER2 FISH (PathVysionHER2/CEP17) confirmed gene amplification. First-line treatment: neoadjuvant radiochemotherapy. By the end of the treatment the patient developed NSTEMI and underwent LM-CX PCI + BMS implantation. Explorative laparotomy confirmed complete clinical remission. Six months later hepatic and pulmonary metastases were diagnosed with no local relapse. After six months' chemotherapy (Hercseptin + Cisplatin + Xeloda) progression was detected, so treatment was changed to FEM protocol. Then a relapse causing dysphagia formed in the oesophagus. Palliative and decompression treatment with 1x8Gy intracavitary IR-192 HDR After-Loading was administered. As a result the patient could be fed orally. Between March-September 2011 the patient received off-label treatment in Germany comprising Trastuzumab + Docetaxel. After seven months, progression forced treatment termination and the patient passed away on 25 December 2011. Clinically, complete remission was 8 months. After the onset of progression Trastuzumab treatment was suspended but then the patient received off-label HER2 inhibitive combination again. Post-progression survival and overall survival were 10 months and 29 months, respectively.

Conclusion: The above case indicates that Trastuzumab – in this case administered off-label abroad – may improve survival even after progression onset.

138

PREDICTORS OF COMPLICATIONS AFTER ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY – A PILOT STUDY

Schafer E.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Gyökres T.¹, MH Honvédkórház, Gasztroenterológia, Budapest¹

Introduction: ERCP is associated with a relatively high complication rate, in published series these rates vary between 0.8 and 45%, with pancreatitis occurring in 1–8(–40)%, cholangitis in 1–5%, retroperitoneal perforation in 1–2%, and hemorrhage in 1%. The aim of present study was to analyse post-ERCP complications in our

centre prospectively with the help of a simple „bed-side scoring system”.

Patients & Methods: We included all consecutive patients who underwent unselected ERCP in a 4-month period. Both patient (gender, age, previous pancreatitis, OSD, absence of chronic pancreatitis, comorbidity, obesity, concomitant medication, smoking and alcohol use) - and procedure related factors (pancreatic duct injection, difficult cannulation, pancreatic guidewire technique, precut sphincterotomy, pancreatic sphincterotomy, balloon dilatation, etc) were collected. In 9 of the 113 ERCP procedures post-ERCP complications developed (7.9%). Post-ERCP pancreatitis was the most common, 4.4% (5/113). The severity was mild in three, moderate and severe in 1-1 cases, with a mortality rate of 0%. All patients with pancreatitis were female (age: 28-62), the indication for ERCP were obstructive jaundice, choledocholithiasis and in one case suspected Oddi-sphinter disease. One patient has a history of previous post-ERCP pancreatitis. Precut sphincterotomy was done in one case, double-wire technique was used in another case, stone extraction was performed in 2 cases. Two patients had cholangitis, both cases being secondary to incomplete drainage. Bleeding occurred in 1 patient and was related to a sphincterotomy. This patient was on combined antiplatelet therapy (acetylsalicylic acid and clopidogrel). The case of hemorrhage was graded as mild. There was one endoscopic perforation in a tumorous patient with Billroth II gastric resection, after surgery the patient recovered. None of the patients had more than one complication.

Conclusion: The most frequent ERCP-related complication was pancreatitis, which was mild in the majority of patients. Other complications such as cholangitis, bleeding and perforation were rare. In our pilot study the number of complications were too low to assess the formerly known risk factors, but current alcohol use, cigarette smoking and obesity were not risk factors for post ERCP complications.

139

INVESTIGATION OF THYMIDYLATE SYNTHASE GENE POLYMORPHISM IN COLON CANCER PATIENTS

Schöller A.¹, Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Galamb O.¹, Spisák S.¹, Sréter L.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

Background: Thymidylate synthase enzyme is essential for DNA repair and biosynthesis and it is involved in cell proliferation as well. A 28bp variable tandem repeat (VNTR) a G/C single nucleotide polymorphism at the 5'UTR and a deletion of 6bp at the 3'UTR were described. Thymidylate synthase is the therapeutic target of 5-fluorouracil based chemotherapy and its alterations could change the therapeutic response.

Aims: Our aims were to compare the thymidylate synthase polymorphism between healthy tissue and colon cancer and examine the efficacy of 5-FU according to genetic variants.

Materials and methods: The retrospective study was carried out on paraffin-embedded sections from 14 Dukes C and D colon cancer patient. Fifteen 10µm section were deparaffinated used paraffin dissolver (Macherey-Nagel) from each patients healthy and cancer blocks. After overnight Proteinase K digestion DNA were isolated by High Pure PCR Template Preparation Kit (Roche). After PCR (LightCycler 480 Probes Master Mix, Roche) amplification the ins/del analysis were performed by DraI digestion followed by capillary gelelectrophoresis and the number of VNTR fragments were detected by capillary gelelectrophoresis (DNA1000 Kit, Bioanalyzer 2100, Agilent). The SNP were evaluated by sequencing analysis (ABI PRISM 310 Genetic Analyser).

Results: No significant differences were detected between 2R/3R and 3R/3R group and slightly better survival linked to 2R/2R genotype. Patient with homozygous C allele shows longer survival. The 1494 deletion associated to reduced chemotherapy response. Differences between healthy and cancer tissue have not been found.

Conclusion: Our results suggest that the polymorphism of TS gene may provide a more effective prediction of the clinical outcome of 5-FU therapy.

140

A HOZZÁNK VEZETŐ ÚT..... ÉS HOGYAN TOVÁBB?

Seres L.¹, Bugát Pál Kórház¹

Munkánk során a jó asszisztens-beteg kommunikáció elengedhetetlen.

Foglalkozunk, törődünk, beszélgetünk vele a vizsgálat előtt, alatt és után.

A betegek kérdései nem csupán a vizsgálatra vonatkoznak, betegségével kapcsolatban feltett kérdéseire is választ vár.

Lényeges, hogy az asszisztensek tisztában legyenek a vizsgált körképek lefolyásával, azok kezelésével, s a mielőbbi gyógyulás érdekében tanácsot is tudjanak adni.

Gyakrabban előforduló emésztőszervi betegségek

♣ Reflux-betegség

♣ Fekélybetegség és a Helicobacter pylori fertőzés

♣ Epeköbetegség

♣ IBS

♣ Coeliakia

♣ Gyulladásos bélbetegségek hatékony kezelését, a betegség kimenetelét, a kialakult szövődmények kezelését ismerteti asszisztensi megközelítésből az előadás.

141

OUR CASES WITH EOSINOPHILIC OESOPHAGITIS, PITFALLS AND LESSONS

Solt J.¹, Kálmán E.², Illés A.¹, Szepes A.³, Pakodi F.¹, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs², Bács-Kiskun County Hospital, Department of Gastroenterology³

Introduction: Eosinophilic oesophagitis (EoO) is a rare, increasingly recognised disease, caused by allergens. The authors summarized the diagnostic and therapeutic edifications of their 3 EoO cases.

Case reports: 51 years old male had proximal retrosternal heartburn for 2 years with 3 episodes of food impaction. The endoscopy revealed proximal oesophageal stenosis, mucosal inflammation with friability, granularity and whitish exudate in patches. The histology of biopsies revealed large number of mucosal eosinophils (more than 20 per HPF) and eosinophilic aggregates in the proximal and middle oesophageal mucosa. The stenosis was dilated with ballooncatheter. After 40 days of topical granulated budesonide (4x200 → 2x200 µg, Miflonide) therapy the eosinophilic infiltration of the oesophagus ceased. The patient became free of symptoms for 3 years after therapy. The second patient suffered from hay fever and was referred for long-standing continuous salivation. Oesophagoscopy showed mild trachealisation, the histology confirmed eosinophilic oesophagitis. The symptoms and eosinophilic infiltration of the mucosa ceased after local budesonide therapy. The third patient was a 14 years old boy treated with asthma, whose heartburn and food impaction began at age of 11. His proximal oesophageal stenosis was dilated with ballooncatheter. The proximal oesophageal mucosa was red, granular and covered with whitish exudate in patches, and a small hiatal hernia was also observed. He was started on high dose PPI therapy, but 26 months later he was admitted with worsening dysphagia. Oesophagoscopy revealed a 6-mm narrow stenosis in the upper third of the oesophagus. Severe inflammatory process with whitish coating was observed in the distal part of the stenosis and in the distal oesophagus after dilatation. Biopsy samples from the margins of the stenosis and from the distal inflammations revealed severe EoO. The PPI treatment was completed with budesonide suspension therapy.

Discussion: Allergens induce accumulation of eosinophils in the oesophageal mucosa. The activation of eosinophils and possibly mast cells cause inflammation, subepithelial fibrosis, functional and organic alteration of oesophagus. These cause 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. The oral and local budesonide suspension therapy ceases the symptoms and the eosinophilic infiltration of oesophagus thus inhibits the progression of EoO.

142

COLORECTALIS POLYPOK ÉS MALIGNOMÁK ENDOSZKÓPOS GRÁDUS BECSLÉSÉNEK

HATÉKONYSÁGA, FICE TECHOLÓGIA ÖSSZEHASONLÍTÁSA A HAGYOMÁNYOS COLONOSCOPIÁVAL.

Somogyiné Kolozsvári M.¹, Pakodi F.¹, Czimmer J.¹, PTE KK I.sz. Belgyógyászati Klinika Endoszkópia¹

Bevezetés: A vastagbél daganatos betegségek gyakorisága a várható életkor növekedésével folyamatosan növekszik, ami miatt a colorectalis rák szűrése és a premalignus állapotok felismerése egyre nagyobb jelentőséggel bír. A mai napig is az egylépcsős szűrés, a colonoscopy tekinthető a leghatékonyabb eljárásnak. A hagyományos technikákat kiegészítő chromoendoscopy és virtuális technológiák a kisebb laesiók és a dignitás jeleinek felismerését és a pontosabb szövettani diagnózis felállítását hivatottak segíteni. Egyik ilyen rendszer a FICE (Fuji Intelligent Color Enhancement), amelyet endoszkópos laborunkban teszteltünk.

Célok, eredmények: A colonoscopy során megtalált polipusok és polipszerű térfoglaló folyamatok jó- és rosszindulatúságának endoszkópia becsülésének hatékonyságát mértük a szövettani eredmények alapján retrospektív leletanalízis során összehasonlítva az irodalomban közölt adatokkal és a FICE rendszer használatával történt saját eredményekkel. 400 colonoscopy eset feldolgozásából 184 pozitív esetet találtunk, amelyből 111 férfi és 73 nőbeteg volt. A malignus betegségek találati gyakorisága az irodalomban fellelhető tanulmányban 5,8% (Leaper et al. Endoscopy 2004), nálunk 8 % volt. Ezt az értéket befolyásolta az egyes vizsgálok vizsgálati esetszáma és kisebb individuális különbségek is igazolhatóak voltak.

Következtetések: A kis polypusok észlelésekor, valamint a lumen jelentősen szűkítő elváltozásoknál viszonylag egyszerű megítélni a növedék dignitását, emiatt a szövettani mintavételnek elsősorban a kétes esetek eldöntésében van fokozott jelentősége. A hyperplasticus és low grade dysplasiás polypok elkülönítése multiplex laesiók esetében kiemelten fontos. A FICE technológia a dignitás megítélésében és pontos mintavételben, valamint a kis méretű polipok fellelésében nyújthat elsősorban hasznos segítséget.

143

KOMPLEX PERIANÁLIS FISZTULÁKKAL JÁRÓ CROHN BETEGSÉG SIKERES SEBÉSZI- ÉS BIOLÓGIAI TERÁPIÁJA – ESETISMERTETÉS

Sovány I.¹, Tóth G.¹, Székely G.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Budapest, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológia¹

Bevezetés: A fisztulázó Crohn betegség kezelése az egyik legnagyobb próbatétel az egészségügyi személyzetnek és betegeinknek is. Crohn betegségben a perianális fisztulák megjelenésének gyakoriságát 17-43 %-ra becsülik - a diagnózis idejétől függően.

Aktivitásukat PDAI score-al szoktuk jellemezni, pontos feltérképezésükhöz MRI, EUS illetve sebészeti feltérképezés szükséges. Sikeres terápiát a járat hámosodása és a váladékozás megszűnése jelenti. A kezelés gyorsasága és hatékonysága a lefolyás egészét jelentősen befolyásolhatja. A korábban elterjedt több hónapos konzervatív, antibiotikus és immunosuppresszív rezsimek kb. 34-50 %-ban voltak hatékonyak - de csak amíg a gyógyszereket szedték.

Az IFX kezelés sikeressége ezt felülmúlta, mégis az abscessus-képződés magas maradt (11%), míg a chr. fisztulák záródásának aránya alacsony (36 %).

A legjobb eredményt a multidisciplinális megközelítés hozta. A fisztulák kiújulásának esélye a sebészeti seton-drenázs + biológiai terápia hatására majdnem felére csökkent. A hosszú távú sikeresség 67 % körüli volt.

Esetleírás: 23 éves ffi, 4 éve diagnosztizált, luminális és perianális fisztulával járó Crohn betegség.

2011. májusáig mesalazine th-val egyensúlyban volt, ám ekkor komplex perianális - perineális fisztulajáratok, proctocolitis, incontinencia megjelenésével relabált. PDAI: 18 volt. Metronidazole + fistulotomia, fistulotomia hatástalan volt. MRI vizsgálatot követően: sebészeti drenázs + antibiotikum mellé immunosuppresszív + biológiai terápiát kezdtünk.

Eredmények: az indukciós protokoll végére PDAI értéke 3 -ra csökkent, jelentős javulás volt észlelhető minden paraméterben. A 12. héttől PDAI -0, a beteg remisszióban van.

Összefoglalás:

Súlyos, komplex perianális fisztula képződéssel járó Crohn betegünknek a megkezdett konzervatív antibiotikus és sebészeti kezelés nem volt hatékony.

A beteg kezelését- az állapotát pontosabban felmérő - képalkotó módszerekkel kezdtük el.

Ez alapján a sebészeti drenázs mellé antibiotikus, immunosuppresszív és biológiai terápia kombinációját adtuk, ami jelentős hatékonyságot mutatott.

A klinikai paramétereken kívül a beteg életminőség- mutatói is jelentősen javultak.

Kazuisztikánkban - képekkel és ábrákkal illusztrálva - szeretnénk alátámasztani a sebész és belgyógyász együttes munkájának - és a korai biológiai kezelés bevezetésének fontosságát a hasonló esetekben.

144

GASTRITIS STAGING IN CLINICAL PRACTICE BY OLGA (OPERATIVE LINK FOR GASTRITIS ASSESSMENT) SYSTEM – EVALUATION OF GASTRIC MUCOSAL ATROPHY AND METAPLASIA

Szabó I.¹, Illés A.¹, Gódi S.¹, Czimmer J.¹, Pár G.¹, Pakodi F.¹, Márton B.², Hegedűs L.², Kravják A.², Bogner B.², Pajor L.², Vincze Á.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Pathology, University of Pécs²

Chronic gastritis being an inflammatory condition of gastric mucosa results glandular atrophy and metaplasia leading to increased risk of gastric cancer. OLGA system has been developed by Rugge et al. to evaluate atrophy staging and to prognosticate the risk of cancer. The aim of our study was to examine the potential beneficial aspects of OLGA sampling for clinical practice.

Methods: During Jan-Jun, 2011 one hundred ten gastric biopsies were taken according to standardized biopsy mapping required for OLGA staging (2 samples from the antrum, 1 from the incisura and 2 from the stomach) and 180 by traditional way of sampling (2-3 biopsies from the antrum) for gastritis assessment. Inflammation, atrophy, OLGA staging, parietal cell hyperplasia (PSH), intestinal metaplasia (IM) and Hp infection were evaluated after H&E and Warthin-Starry staining.

Results: We found glandular atrophy categorized as OLGA-0 in 50%, -I in 36%, -II in 9%, -III in 4.5% and -IV in 0%, all very similar as described by Rugge et al. Hp was found to be present in 26% of chronic gastritis by OLGA sampling and 17% after traditional sampling. Only 73% of all Hp+ cases showed the presence of Hp at all 3 mucosal areas. IM could be detected in 29% by OLGA sampling compared to 16% after traditional sampling. Hp infection was not detected in the majority of IM+ cases (62.5% after OLGA and 74% after traditional sampling). PSH was present in 10% (11/110), all of these patients were on PPI.

Conclusion: OLGA sampling resulting almost twice as many Hp+ and IM+ cases as well as the evaluation of PSH demonstrated that 5 biopsy samples obtained by gastric mapping bear more information compared to 2 samples. The presence of IM and Hp showed inverse proportion reflecting that metaplastic areas are inhospitable to Hp. The obtained high presence of PSH might require further precaution in the indication of PPI.

145

A TEJ MIKROBIOLÓGIAI TISZTASÁGÁNAK VIZSGÁLATA

Szabó S.¹, Kerényi M.², Porkoláb A.¹, Breitenbach Z.¹, Polyák É.¹, Kisbenedek A.¹, Müller K.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet¹, Pécsi Tudományegyetem Általános orvostudományi Kar Mikrobiológiai és Immunológiai Intézet²

Célkitűzés: Kutatásunk célja, a Magyarországon kapható nyers és hőkezelt tejek mikrobiológiai tisztaságának vizsgálata, valamint az adatok összehasonlítása a jogszabály által megengedett értékekkel (1cfu/ml-5cfu/ml).

A vizsgálati anyag és módszer: A vizsgálatokat szezonálisan (július és december) végeztük. A kereskedelemben kapható 4 féle különböző csomagolású és különböző hőkezelésű, ill. nyers tejet vizsgáltunk. Véletlenszerűen választottuk ki a mintákat. A vizsgálatokat vérsagaron és eozin-metilénkék táptalajon végeztük. 37 oC hőmérsékleten történő 24 órás inkubálási idő elteltével értékeltük. A telepeket izoláltuk és további a mikrobiológiában alkalmazott standard biokémiai vizsgálatokkal a mikroorganizmusokat azonosítottuk.

Eredmények: A csomagolást vizsgálva mind télen (50 cfu/ml), mind nyáron (98,88 cfu/ml) a zacskós tejek esetén több szennyezést okozó

baktérium volt jelen, mint a dobozos tejek esetén (18,33 cfu/ml). A pasztörizációval készült tejnél mindkét évszakban vizsgált mintákban találtunk szennyeződést okozó baktériumokat, ezek a következők voltak: Coliform (80 cfu/ml), E.coli (20 cfu/ml) koaguláz negatív Staphylococcus (140 cfu/ml), Klebsiella sp és Bacillus sp. (143,3 cfu/ml). Szintén erre a tejmintára volt jellemző a legmagasabb össz szennyeződés a téli időnyben. (333, 2 cfu/ml). A nyers tejmintára a téli vizsgálat során negatív volt a kontamináció tekintetében. A szennyezettség mértékét jól mutatja az Enterobacteriaceae (100 cfu/ml) mikroorganizmusok jelenléte, melynek határértéke jogszabályi szabályozás alapján 1 cfu/ml-5 cfu/ml.

Következtetések: Az egyes tejekben a szennyezettség mértékét jól mutatják az Enterobacteriaceae mikroorganizmusok. Mind a téli, mind a nyári vizsgálat során a dobozos csomagolás esetén kevesebb csíraszám volt jellemző, a tasakos csomagoláshoz viszonyítva. A hőkezelést figyelembe véve a leghatékonyabb módszernek az Ultra magas hőmérsékleten való hőkezelés (UHT) minősült, mert mind a két időnyben vizsgált tejmintára sterilnek bizonyult.

146

SMALL BOWEL TRANSIT TIME IN PATIENTS UNDERGOING CAPSULE ENDOSCOPY: ANALYSIS OF DETERMINING FACTORS

Szalai M.¹, Kánainé V.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Horváth Z.², Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár Teaching Hospital, Győr, Hungary¹, Széchenyi István University, Department of Mathematics and Computational Sciences, Győr, Hungary²

Background and aim: The quality of a capsule endoscopy (CE) study is largely dependent upon small bowel capsule transit time (SBTT) through the small intestine. Decreased SBTT during CE impairs visualisation of the entire small bowel mucosa. In contrary, prolonged SBTT during CE may be associated with a higher diagnostic yield. We aimed to identify certain risk factors that may help to predict either rapid or delayed SBTT.

Patients and methods: A total of 54 consecutive patients undergoing CE without the use of promotility agents were reviewed for the study. Indications for CE were obscure gastrointestinal bleeding or anaemia of unknown origin. Patients received a standard bowel preparation that consisted of a low-residue diet for 24 hours, fluid intake, and ingestion of 4 l polypethylene-glycol solution swallowing the PillCam (SB2 Given Imaging capsule). SBTT was calculated by subtracting the time of first duodenal image from the time of first cecal image. Patients who experienced capsule failure in reading the cecum were excluded from the analysis. Covariates of patient demographics were analyzed to detect positive associations with SBTT.

Results: The mean SBTT was 256.9 minutes (4.3 hrs), with a range between 31 and 469 minutes. Most patients (n=37, 68.5%) recorded a SBTT of 120-350 minutes. T-probe analysis demonstrated a lack of association between SBTT and patient gender, age, quality of bowel preparation, body mass index, hospital status, comorbidity and concomitant medication. There was a trend towards longer SBTT in patients on β -blocker therapy and with an excellent bowel preparation.

Conclusions: Small bowel transit time during capsule endoscopy does not appear to be related to factors such as patient age, gender, hospital status, body mass index and quality of bowel preparation. A trend of longer small bowel transit time was detected in patient on β -blocker co-medication and with excellent bowel preparation.

147

PREVENTÍV OLTÁSOK GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKBEN – SAJÁT TAPASZTALATAINK

Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Szász N.¹, Bogsch B.¹, Schafer E.¹, Dunkel K.¹, Zsigmond F.¹, Rábai K.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Honvédkórháza, Gasztroenterológiai Osztály¹

A gyulladós bélbetegségek mai elfogadott kezelésének alapja a különböző mértékű immunsuppresszív terápia. A kezelés egyik legveszélyesebb mellékhatása a fertőző betegségek kialakulása. A tartósan immunsuppresszált betegek esetében a fertőzések megelőzése érdekében részletes nemzetközi és hazai vaccinációs ajánlás áll rendelkezésre. Ambulanciánkon és fekvőbeteg osztályunkon kérdőív, illetve ahol elérhető volt, az oltási könyv áttekintése segítségével mértük fel a betegek oltási attitűdjét, illetve a javasolt preventív oltások alkalmazási arányát. Biológiai terápia alatt

álló betegeink esetében az adatokat összevetettük a finanszírozási regiszter adataival. Kérdőív segítségével vizsgáltuk az oltási ajánlásokkal kapcsolatban a gyulladós bélbetegség gondozásában résztvevő kollegák tájékozottságát. Előadásunkban eredményeinkről számolunk be.

148

NEKROTIZÁLÓ PANCREATITIS – MINIMÁL INVAZIVITÁS, AVAGY ENDOSZKÓPOS NECROSECTOMIA – ESETBEMUTATÁS. DE KI FIZETI A RÉVÉSZT?

Szász N.¹, Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Dunkel K.¹, Rábai K.¹, Árvai L.², Karner T.², Gyökeres T.¹, Banai J.¹, MH Honvédkórház, Gasztroenterológia¹, Intenzív Osztály, Budapest²

Bevezetés: A nekrotizáló heveny hasnyálmirigy gyulladás konzervatív úton kezelhető legkedvezőbben. Amennyiben mégis intervencióra szorulunk –leginkább fertőzött nekrosis miatt–, ott a minimál invazív beavatkozások részesítendőek előnyben.

Eset: Egy osztályunkra felvett 73 éves férfi hasi panaszai hátterében az elvégzett vizsgálatok nekrotizáló akut hasnyálmirigy gyulladást igazoltak. Biliaris eredetű feltételezve ERCP-re került sor, melynek során endoszkópos papillotomiát végeztünk, tápsondát helyeztünk le. A nekrotizáló pancreatitis zajlása során számos szövődmény hátráltatta a gyógyulást, úgymint pseudocysta képződés, annak befertőződése, concomitáló pulmonalis atelectasia, Clostridium difficile fertőzés, pneumonia, septicemia. Egy alkalommal a zavart beteg centrális vénáját átvágta, a légembolia kapcsán kialakult légzésmegállás, keringés-összeomlás miatt sikeresen újraélesztettük. Ismétlődő lázas állapotok miatt több alkalommal ERCP, endoszkópos intervenció történt, melyek során a kialakult pseudocysták szájztatása, öblítő cystadrain behelyezése, valamint transzluminalis (transzduodenalis) endoszkópos necrosectomia történt. A beteg összesen 111 napot töltött kórházunkban, kezelésének költségei kifejezetten magasak voltak egy átlagos beteg ellátásához képest. CT vizsgálat 11, laborvizsgálat 53 alkalommal történt. Az antibiotikus, antifungális kezelés hozzávetőleg 400.000, az enterális táplálás mellett alkalmazott parenterális táplálás 250.000 forintba került. Emellett számtalan haemokultúra, széklettenyésztés, a nasojejunálisan alkalmazott tápszerrek, 4E vvt massza, az ismételt endoszkópos beavatkozások növelték a költségeket. Kiszámoltuk a teljes kezelés összegét, mely a biztosító által finanszírozott összeget többszörösen meghaladta. A beteg végül gyógyultan otthonába bocsátható volt, követése ambulánsan folyik, testsúly gyarapodása megindult, hasi panasza nincs.

149

MUCOCELE OF THE APPENDIX OBSERVED BY THREE DIMENSIONAL AND COLOR-DOPPLER ULTRASOUND

Székely G.¹, Siket F.¹, Szilvás Á.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

Aim: Mucocele of the appendix is a rare clinical finding, which exists without showing complaints for a long time. Our case demonstration shows the signs examines by three-dimensional ultrasound as well.

Patient and method: A 42 year old female patient was delivered to our hospital because of abdominal pain and diarrhoea. She took antibiotics for dental problems and after 10 days she had a profuse diarrhoea, which lasted for 2 weeks. Afterwards the diarrhoea stopped, but the abdominal pain remained and she had a lot of mucus in the stool. The laboratory data were normal, but the routine abdominal ultrasound showed a 35x40 mm right sided mixed echogenic mass with an echogenic rim in the region of the appendix. She had no pathological lymph nodes. Three-dimensional ultrasound showed the inner surface and the volume of this lesion, which showed the connection to the cecum. The suspected diagnosis was mucocele of the appendix.

Results: Colonoscopy was carried out, which showed focal inflammation in the left side of the colon, which proved to be a healing antibioticum associated colitis. In the cecum we saw the „volcano sign” of the appendix: the orifice seen in the centre of a firm mound covered normal mucosa and a yellowish submucosal mass. We administered metronidazol, and the patient became free of complaints. The surgical exploration was postponed.

Discussion: The mucocoele of the appendix which means a benign cystic laesion is a relatively rare disease. There are three types of this lesion: mucinosus cystadenoma, mucosal hyperplasia, mucinosus cystadenocarcinoma and a retention cyst. More rarely it can occur with endometriosis and carcinoid tumour. In most cases the patients have no symptoms and the exact diagnosis can be made by surgery. Careful handling of this lesion is recommended as spillage of the contents can lead to pseudomyxoma peritonei. The specific ultrasound signs: purely cystic lesion with anechoic fluid, hypoechoic masses with fine internal echoes can be seen. The colonoscopy signs are also specific and are of diagnostic value.

Conclusion: Authors concluded that this new combination of three-dimensional and color-Doppler ultrasound has diagnostic value in case of mucocoele of the appendix. The CT and colonoscopy support the final diagnostics which can be made by surgery.

150

A BÉLFLÓRA HELYREÁLLÍTÁSA – SZÉKLET TRANSZPLANTÁCIÓ?

Székely G.¹, Szilvás Á.¹, Szent János kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

Céltűzés, Bevezetés: A széklet mikrobiológiai állapota tükrözi a szervezet védekezőképességét és következtethetünk a beteg immunstatusára. A bélfelszín kb. 250-280 cm hosszú és kb. 300-400 m² felületű és a bél hámsejtek élettartama 48-72 óra. Napi 250 g bélfelszíni anyag jut a lumenbe és életünk során kb. 60 tonna ételt eszünk. A gastrointestinalis flóra egyensúlyi állapota mintegy 500 féle baktériumfajta együttműködésén és azok kolonizációs egyensúlyán alapul. Az egyes gyógyszerek bélflórát károsító hatását irodalmi adatok és saját tapasztalatok alapján vizsgáljuk.

Módszerek és betegek: Az antibiotikumfogyasztás és újabban a protonpumpagátló kezelés világszerte növekvő számával hozzák kapcsolatba a clostridium difficile fertőzés egyre szélesebb körű elterjedését.

E nosocomialis betegség (hosszantartó antibiotikus kezelések, intenzív osztályos kezelés) okozta pseudomembranosus colitis a kezelés ellenére 20-50%-ban recidivál. A normál bélflóra helyreállításának egyik lehetősége az egészséges donortól vett colon bélflóra bejuttatása a beteg bélrendszerébe.

Kivitelezése: colonoscopyon, vagy nasogastrikus szondán át szűrt, sós oldat bevitel (200-300 ml). Katéteres gyógybeöntés, soóldat szűrése – fagyaszttva szárítása, bélben oldódó bevonatú kapszula készítése a további alternatívák.

Szerzők esetbemutatás keretében ismertetik egy poliresistens clostridium difficile fertőzésben szenvedő 83 éves férfibeteg történetét, akinél off-label alkalmazott ismételt rifampicin+probiotikum kezelés vezetett végleges gyógyuláshoz.

Megbeszélés és következtetések: Nincs egyértelmű kezelési módszer pseudomembranosus colitis esetén: a Vancomycin, Klion, Normix (rifamixin) korábban 90%-os eredményessége jelentősen csökkent. Probiotikumok kiegészítő adása hatásosnak bizonyult, míg egyre több eset reagál jól a rifampicin+ probiotikum kezelésre. Válságos esetekben is gyógyulást értek el széklet transzplantációval.

151

A KRAS, NRAS, BRAF ÉS PIK3CA MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKÁJÁNAK JELENTŐSÉGE VASTAGBÉLDAGANATBAN SZENVEDŐ BETEGEK SZEMÉLYRE SZABOTTABB KEZELÉSÉBEN

Székely C.¹, Várkonyi E.², Pintér F.², Szabó E.², Kövesdi A.², Schwab R.², Telekes A.¹, Peták I.², Onkológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft., Budapest²

Céltűzések: A vastagbélrákok esetében használható EGFR-gátló monoklonális antitest terápia alkalmazási előiratába szereplő KRAS gén mutáció vizsgálat jelentősen csökkenti ugyan a hatástalan kezelések számát, de a KRAS vad típusú betegeknek is csak egy része válaszol a kezelésre, míg közel 50%-a terápia-rezisztens. Ezért KRAS-hoz hasonló további negatív prediktív jelentőségű molekuláris vizsgálatokra van szükség. Irodalmi adatok alapján ilyen gének a BRAF, PIK3CA és NRAS, amelyekkel kiegészítve a KRAS vizsgálatot, a EGFR-gátló kezelés hatékonysága tovább fokozható.

Módszerek: Archivált betegminták (formalinban fixált paraffinba ágyazott minták) tumorsejtmag arányának meghatározását követően 35%-os tumorsejtmag-arányt elérő mintákból DNS kivonás

végeztünk, 35% alatti aránynál laborunkban található Palm Zeiss lézer kaptatólító mikrodiszsektor rendszer segítségével a sejtmagokat közvetlenül a tárgylemezről a PCR csőbe lőjük, kihagyva a DNS extrakciós lépéseket. Két lépcsős nested PCR-rel amplifikáltuk a megfelelő génszakaszokat, melyhez saját tervezésű primereket használtunk. A PCR termékeket Sanger-reakciót követően ABI 3130 Genetic Analyzer készüléken két irányból szekvenáltuk.

Eredmények: Összesen 37 vastagbélrákban szenvedő beteg mintáját vizsgáltuk meg a fenti 4 génszakaszra. Tizenkilenc esetben (51%) találtunk EGFR-gátló kezeléssel szembeni rezisztenciát okozó mutációt. Ebből 13 mutációt (35%) a KRAS gén 2. exonjában mutattunk ki, melyek mindegyike a 12. és 13. kodont érintette. Két esetben mutattunk ki az NRAS gén 3. exonjában, két esetben a BRAF gén 15. exonjában és egy betegmintánál a PIK3-CA gén 20. exonjában mutációt. Egy betegmintában két mutációt is találtunk, melyek a BRAF és a PIK3-CA géneket érintették.

Következtetés: A KRAS vizsgálatának kiterjesztése további három génre beilleszthető a rutin molekuláris farmakodiagnosztikai vizsgálatokba a személyre szabott kezelések eredményességének fokozására.

152

BETEGUTAK HEPATOCELLULÁRIS CARCINOMÁBAN

Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Herman B.¹, Ruzsa Á.², Nagy G.³, Wattay P.⁴, Bali O.⁵, Gasztorny B.¹, Zala Megyei Kórház Belgyógyászati¹, Zala Megyei Kórház Onkológia², Zala Megyei Kórház Radiológia³, Zala Megyei Kórház Sebészet⁴, Zala Megyei Kórház Patológia⁵

Bevezetés: A primer májrák leggyakoribb formája a máj parenchyma sejtjeiből kiinduló hepatocelluláris carcinoma (HCC). Magyarországon az összes daganat 1-2%-a, évente. 1000 életet pusztít el.

Céltűzés: A megelőzés, a rizikócsoporthoz szűrés, az egyénre szabott gyógykezelés, a rehabilitáció, a gondozás a korai felfedezést, a lehető a legeredményesebb gyógyulást, a leghosszabb túlélést, a javuló életminőséget célozzák meg.

Módszerek: A szerzők a Zala Megyei Kórházban 2008.01.01.-2012.01.01. között ellátott hepatocellularis calcinomás beteg (17 férfi, 2 nő, átlagéletkor: 66, 35 év) adatait elemzik, áttekintve a betegutakat.

Eredmények: Az esetek mindössze 46%-a szűréssel, a többség panaszorientáltan került felfedezésre. Sebészeti beavatkozás történt 3 főnél (1 esetben sorafenib kezeléssel váltva), radiológia intervenció 1 betegnél, célzott sorafenib kezelést hatan kaptak. 6 beteg esetén csak BSC kerülhetett alkalmazásra. 1 fő kapott sorafenib th. után kemoterápiát. Májtranszplantációra egy esetben sem került sor. Az aktív kezelés lehetősége, és a megfigyelési idő alatti jobb túlélés a gondozásból kiemeltek köré volt jellemző.

Következtetések: Az időben való felfedezés, a cirrhoticus beteg gondozásába beépített fel évente végzett, alapos hasi Uh vizsgálat, a körjelzően magas AFP értékelése, a klinikai gyanújelekre való kellő odafigyelés mellett, az egyénre szabott tudatdiszciplinális kezelési lehetőségek elérhetővé válása javíthat a hepatocelluláris carcinoma túlélési mutatóin. A betegutak kialakítása még így sem egyszerű, jelentős klinikai összefogást és családi támogatást igényel.

153

PREVENTIVE PANCREAS STENTING: OUR RESULTS WITH PROSPECTIVELY COLLECTED DATA

Szepes A.¹, Dubravcsik Z.¹, Virányi Z.¹, Madácsy L.¹, Gastroenterology Department, Bács-Kiskun County Hospital and OMSH Ltd Endoscopic Unit, Kecskemét, Hungary¹

Introduction: The most frequent complication of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is post-ERCP pancreatitis (PEP). Its incidence in the high risk population can even reach 40%. **Aim:** To analyze the database of our working group.

Methods: We retrospectively analyzed our prospective database between 2009.05.01 and 2012.12.31. We inserted preventive pancreas stents (PPSs) in high risk patients (pts) during the ERCP procedure according to the ESGE guidelines (one of these criteria: papillectomy, known or suspected sphincter of Oddi (SO) dysfunction, pancreatic EST, precut biliary sphincterotomy, pancreatic guide wire-assisted biliary cannulation, endoscopic balloon sphincteroplasty, pancreatic intervention, SO dilatation, AND more than 2 criterias from these: female gender, previous

pancreatitis, younger age, non-dilated extrahepatic bile ducts, absence of chronic pancreatitis, normal serum bilirubin, pancreatic injection, high number of cannulation attempts, failure to clear bile duct stones). We used small caliber (5 F), short length (3-5 cm) soft PPSs. Our database were analyzed primarily for PEP according to the Cotton's criteria, and secondly for other PPS-related complications. We exclusively analyzed the data of cases with complications and attempted but failed stented pts.

Results: We tried to insert 110 PPSs out of 1320 ERCPs (8.3%). The PPS placement was successful in 96 cases (87%). In 14 pts we did not succeed to insert the PPS (11 in the first 55 /20%, and 3 from the second 55 /5.4% attempts). The overall PEP rate was 8.3% (8/96) when the PPS insertion was successful, but raised to 29% (4/14) when it was not. We had only two stent-related complications: dislodgement to the pancreas.

Conclusion: PPS placement is a safe and relatively easy intervention which has a learning curve even in experienced hands. The PEP rate could be decreased at least to one third of the cases in high risk population, therefore it must be cost-effective also, but in case of failure of PPS placement higher incidence of PEP could be expected.

154

ENDOSZONOGRÁFIA, MINT DIAGNOSZTIKUS REVIZOR

Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Farkas K.¹, Kiss T.¹, Wittmann T.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

Bevezetés: Az endoszonográfiának (EUS) a pancreas gócos betegségeinek kimutatásában és kizárásában elsődleges szerepe van. Pancreas malignomát gyakran kísér reaktív pancreatitis. Az autoimmun pancreatitis alul diagnosztizált kórkép, megjelenésében gyakran pancreas tumort utánoz.

Célkitűzés: Három eset kapcsán kívánjuk a diagnosztikus EUS szerepét bemutatni pancreas gócos elváltozásában.

Esetismertetés: Mindhárom esetben a hasi UH, CT illetve ERCP pancreas tumor mellett foglalt állást. EUS vizsgálat staging vizsgálat részeként készült. Az első betegnél az EUS krónikus pancreatitis képét látta, gócos eltérést kizárt, a további vizsgálatok autoimmun pancreatitist igazoltak. A második betegnél előre haladott pancreas tumort találtunk, az ultrahang (UH) vezérelt biopszia azonban autoimmun pancreatitist mutatott. A sebészti exploráció igazolta az adenocarcinomát. A harmadik betegnél a pancreas fej gócos eltérésén túl, diffuse infiltrált pancreast igazoltunk EUS-sel. Pancreas fej célzott, UH vezérelt core biopszia autoimmun pancreatitist igazolt. EUS-FNA vizsgálatot terveztünk.

Következtetések: A pancreas térfoglaló folyamatnál elsődleges szempont a malignitást kizárni. Az UH vezérelt szövettani vizsgálat nem mindig biztosít egyértelmű diagnózist. A diagnosztikus EUS vizsgálat nélkülözhetetlen vizsgálati módszer pancreas gócos elváltozások megerősítésében, ill. kizárására, prioritása van egyéb képalkotókkal szemben.

155

EFFICACY OF DOSE INTENSIFICATION OF ANTI-TNF THERAPY IN CROHN'S DISEASE – SINGLE CENTER EXPERIENCE

Szepes Z.¹, Farkas K.¹, Szűcs M.², Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Informatics, University of Szeged, Szeged²

Introduction: Intensification of biological therapy is recommended in case of loss of response in patients treated with TNF- α blockers. Dose escalation is performed by dose increase (from 5 mg/kg to 10 mg/kg) in case of infliximab and change to weekly dosing in case of adalimumab. The aim of this study was to assess the outcome of dose intensification in Crohn's disease (CD) patients who lost efficacy to infliximab or adalimumab therapy.

Methods: We performed a retrospective survey of patients with CD who had been treated with biologicals for at least one year period, and whose treatment had to be intensified due to loss of response. We analyzed the efficacy of the intensified regimen.

Results: Twenty nine patients were included. Twelve of them were on infliximab, 17 on adalimumab therapy. Eleven of the 17 adalimumab-treated patients received infliximab previously. After dose escalation 22.2% of the patients showed clinical response and the same proportion achieved remission. 55.6% did not show any effect. 38.9% of the patient underwent surgery (bowel resection,

colectomy or abscess drainage). None of the patients had allergic reaction after dose escalation. Myalgia, urticaria, fever, upper respiratory tract infection occurred in four patients. None of these side-effects was severe.

Conclusion: Dose intensification can result remission or clinical response in a significant proportion of CD patients. Surgical interventions are very frequent among non-responder cases suggesting that stenosis or abscess can frequently associated with non-response. The safety profile of intensified biological therapy is good.

156

ADAPTÍV MECHANIZMUSOK A GASTROENTEROLÓGIÁBAN. A VÉKONYBÉL KERINGÉSZAVARAINAK POSTCONDICIONÁLÁSSAL

Szijaártó A.¹, Ónody P.¹, Rosero O.¹, Pomizs I.¹, Dániel Á.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet²

Bevezetés: A vékonybél ischaemia-reperfüsiós (I-R) károsodása az a. mesenterica superior (AMS) occlusioja vagy keringési redistribúció 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 reperfüsió tovább súlyosbíthatja, lokális és távoli szövődeményeket okozva. A postcondicionálás (postC) acut, ischaemiás károsodással járó műtéti helyzetekben (pl.: AMS trombózis/embólia) is képes lehet a károsodás mérséklésére.

Célkitűzés: Kísérletünkben a postconditonalás hatásait vizsgáltuk patkány vékonybél I-R modellben.

Anyagok és módszerek: Hím Wistar patkányokon az AMS 60 perces kirekesztését végeztük. Az állatokat négy - áloperált, kontroll és két postconditionált (10 mp, 60 mp) - csoportra osztottuk. A postconditionált csoportokban a kirekesztést követően 3 ciklusban 60 másodperces, illetve 10 másodperces felengedés és reocclusiok ismétlése után került sor 60 perc reperfüsióra. Az állatok vérnyomását, hőmérsékletét monitorizáltuk, a vékonybél mikrocirkulációs változásait laser Doppler flowmeterrel detektáltuk. A reperfüsió utáni exsanguinációkor portális vénás vérgáz-analízist végeztünk. Vékonybél, vese, máj, és tüdő szövettani mintavétel történt, valamint vékonybél nyálkahártya kaparékából antioxidáns státus meghatározására került sor.

Eredmények: Haemodinamikai paraméterekben a 60 perces kirekesztés nem okozott jelentős változásokat, a reperfüsió első 5-10 percében megjelenő mérsékelt hypotensio mindkét csoportban rendeződött. A reperfüsiós mikrocirkulációt jellemző plató maximum a10 mp és 60 mp csoportban (PM p=0,0002; p= 0,0024) és reperfüsiós görbe alatti terület (RT p= 0,0010; p=0,0132) postC hatására szignifikánsan javult. A gyulladásos válaszjelenségek, illetve a szövetkárosodás mértéke szignifikáns módon csökkent postC hatására (IL-6 p=0,02; p=0,05); seLDH (p=0,00017; p=0,00734); seCK (p=0,00017, p= 0,0041) ; nyálkahártya redukáló képesség (p= 0,0331; p=0,651). A szövettani mintákon megtartottabb szöveti szerkezet volt látható a kontroll I-R állatok mintáihoz képest.

Következtetés: A postconditionálás javítja a vékonybél túlélési esélyét az AMS occlusioja miatt kialakult vékonybél I-R károsodás esetén. A távoli szervekre és a túlélésre gyakorolt hatás további vizsgálatokat igényel.

157

NON-HODGKIN MALIGNANT LYMPHOMA OF GASTROINTESTINAL TRACT DETECTED BY ULTRASONOGRAPHY

Szilvás Á.¹, Arató G.², Székely G.¹, Csomor J.³, Gastroenterology Dept., St . Janos Hospital, Budapest¹, Pathology Dept., St . Janos Hospital, Budapest², 1st Institute of Pathology, Semmelweis Univ., Budapest³

Introduction:

The gastrointestinal tract is the most frequent location for primary extra-nodal non-Hodgkin lymphomas. Primary NHLs located in the gastrointestinal tract account for only 1-4% of gastrointestinal malignancies. The complaints are very varied and often atypical depending on the different locations, which makes the diagnosis difficult.

Patients and Methods: A 40y old man was admitted urgently to our gastroenterology department with strong abdominal pain in the epigastric region. The laboratory examination showed normal westgreen and blood results and normal immunological and tumor marker parameters. Serum indirect bilirubin, ALAT and H.p. elevation were detected. The ultrasonography examination showed a solid mass in the postbulbar and paraaortic region of about 32x23 mm expansion. The chest X-ray and abdominal CT were negative. The upper gastrointestinal endoscopy examination showed a slightly narrowed postbulbar duodenum in the papillar region with small polypoid lesions, from which biopsy was taken. The duodenal biopsy raised the possibility of a malignant B cell lymphoma therefore the biopsy from the postbulbar duodenum was repeated. The specimens gave positive stainings for CD20, CD3 and bc12. Keratin was positive in the upper duodenal mucosa. The results proved grade-I. follicular B cell lymphoma. The patient underwent an operation with duodenal resection and after that he received chemotherapy.

Conclusion: Gastrointestinal lymphomas are an uncommon disease. There are certain risk factors for gastrointestinal lymphomas which have become known such as H.p., inflammatory bowel disease, immunosuppressive and cancer treatment. Taking into consideration that the incidence of these risk factors is on the rise, a more frequent occurrence of gastrointestinal lymphomas may also be anticipated. Non-invasive diagnostic tools such as ultrasonography may help in the detection of gastrointestinal lymphomas.

158

MÁJPÓTLÓ KEZELÉSEKKEL SZERZETT HAZAI TAPASZTALATOK GYERMEKKORBAN

Szőnyi L.¹, I. Sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

Bevezetés: A májpótló kezelések életmentő beavatkozások. Itthon is lehetőség nyílt az utóbbi években a 18 év alattiak esetében is korszerű májpótló eljárás, a MARS-kezelés (Molecular Adsorbent Recirculating System) elvégzésére. A hepatocyta transzplantáció során a májba konzervált májsejteket juttatnak infúzióval. Az eljárás 15 éves tapasztalata ellenére jelenleg is kutatási fázisában van. Az előadás a gyermekek és csecsemők esetében alkalmazott májpótló kezelésekkal szerzett hazai tapasztalatokat, eredményeket ismerteti.

Betegek, módszer: 1988-tól napjainkig 111, tizennyolc év alatti magyarországi gyermek részesült májpótló kezelésben (110 májátültetés, 3 műmáj, 1 hepatocyta transzplantáció). A műmáj kezelést követően valamennyi gyermeknél májátültetés is történt. A transzplantációt és a májsejt beültetését a Transzplantációs és Sebészeti Klinikán és külföldön, a műmáj kezelést a Transzplantációs és Sebészeti Klinikán, a Szent László Kórház Gyermekintenzív osztályán és az I. Sz. Gyermekklinikán végezték. A vizsgálat a betegek orvosi dokumentációján elemzésén alapult.

Eredmények: Napjainkig 110 magyarországi csecsemő és gyermek májátültetése történt meg, ebből 37 gyermek esetében Magyarországon, 73 csecsemőnél külföldön. A 37 itthon transzplantált gyermek közül 14, a 73 külföldön transzplantált gyermekből 5 meghalt, tehát a 110 transzplantált gyermekből 91 él. MARS-kezelést eddig három gyermeknél alkalmaztunk sikerrel. Mindhárom esetben májátültetés elvégzésére is szüksége volt. Nemzetközi kutatás keretében két éves, fulmináns májelégtelenségben szenvedő kisdied esetében egy alkalommal itthon is végeztünk hepatocyta transzplantációt. A bevitt sejtek megkezdtek működésüket, de a gyermek meghalt idegrendszeri károsodás miatt.

Következtetések: Mindhárom májpótló kezeléssel van hazai tapasztalat. A májátültetés a végállapotú májbetegség legeredményesebb kezelése. A MARS kezelés kiváló „áthidaló” megoldás fulmináns májelégtelenségben a májátültetésig. A hepatocyta transzplantáció indikációs köréből kivették a fulmináns májelégtelenséget, nem megfelelő eredményesség miatt. Jelenleg a kezelés áthidaló megoldásként jöhet szóba öröklődő anyagcsere-betegségben szenvedő betegeknél a májátültetésig.

Javaslat: Ameddig a várólistán a halálozás 15% körül van, addig ennek csökkentése érdekében fontos az innovatív májpótló kezelések hazai bevezetése.

159

VÉLETLENSZERŰEN FELFEDEZETT MÁJMETASTASIS – VAGY NEM?

Takács R.¹, Hamvas J.¹, Benedek G.², Szabó M.³, Szabó A.³, Bajcsy-Zsilinszky kh. I.Belgyógyászat Gasztroenterológia¹, Bajcsy-Zsilinszky kh. Sebészet², Bajcsy-Zsilinszky kh. Patológia³

A hasi panaszok kivizsgálása gyakran nem egyszerű feladat, a leletek sokszor félrevezető, panaszmentes betegnél nehéz megmondani, meddig erőltessük a vizsgálatokat.

V.V. 41 éves nőbeteget 2011 januárban sürgősséggel vettük fel bal vesetáji és alhasi fájdalom miatt. Panaszok hátterében konzervatív kezelésre szűnő, kisméretű üregrendszeri táulatot mutató ureterolithiasis állt. Mellékleteként hasi UH vizsgálat májban többgócú térfoglaló folyamatot vetett fel. Teljes körű vizsgálat (mellás RTG, hasi UH, Gastroszkopia, Colonoscopia, Nőgyógyászat, Urológia, mammographia)kapcsán ennek hátterében primer malignus folyamatot nem találtunk. 1. Hasi CT vizsgálat beleegyezés hiánya miatt kontrástananyag nélkül történt, ez hepar jobb lebenyben írt le metastasis gyanút, ebből UH vezérelt FNA malignitást nem igazolt. A tumor marker vizsgálatok negatívak voltak. Az 2011 áprilisában UH vezérelt core biopszia történt, mely krónikus hepatitisnek megfelelő képet igazolt. Hepatitis vírus, és immunserológia negatív volt. Ismételt képalkotó vizsgálatok kontrasztos hasi CT, MR és izotóp vizsgálat történt, melyet a multiplex metastasis gyanút megerősítették. A pozitív képalkotó leletek miatt ismételt core biopszia mellett döntöttünk. Core biopszia ismételt krónikus gyulladást igazolt. Onco-team döntés alapján 2012. februárban laparoscopia történt, mely során kis hemangiómákat találtak, a kivett minta szövettana cysta hepatis.

A beteget ambulanciánkra kontrollra visszarendeltük követjük, mert kérdés tisztázását megnyugtatónak nem tartjuk. Mi az oka képalkotók által folyamatosan leírt metastasis gyanúnak? A Core biopsziák során miért kaptunk krónikus hepatitisnek megfelelő szövettani leletet? Tényleg egészséges? „Elengedhetjük” a kezét?

160

PRIMER SCLEROTISÁLÓ CHOLANGITIS ÉS COLITIS ULCEROSA EGYÜTTES ELŐFORDULÁSA. VAJON MINDIG GONDOLUNK RÁ?

Takács R.¹, Hamvas J.², Szabó A.³, Bajcsy-Zsilinszky kh. I. Belgyógyászat- Gasztroenterológia¹, Ilka Egészségház², Bajcsy-Zsilinszky kh. Patológia³

A Primer sclerotizáló cholangitis (PSC) az epeutak ismeretlen-vélhetőleg immunpathogenetikai- eredetű idült epeúti szűkülettel járó megbetegedése, melyre szövettanilag az epeutak diffúz gyulladása-fibrosisa jellemző.

N.H. 27 éves nőbetegünket 2004-ben vizsgáltak székelési panaszok miatt, rectoscopia és széklet (??) vizsgálat negatív volt, egyéb nem történt. 2008-ban Tunéziai tartózkodást követően hasmenés, májenzim emelkedés jelentkezett. Hasi UH, vírusserológia, széklet tenyésztés, protozoon, parazita vizsgálat, negatív volt, immun serológia p-ANCA pozitivitást jelzett. 2011-ben ismételt hasmenés véres széklet. Ennek hátterében bal colonfélre terjedő colitis ulcerosát igazoltak. 2011-ben cholestatikus enzimemelkedést is észleltek de emiatt nem történt további vizsgálat. Beállított 5-ASA és buldenosid kezelés mellett a beteg panaszos maradt, majd a gyógyszeresedést abbahagyta, átmenetileg alternatív gyógymódokat vet igénybe. 2012 januárban gasztroenterológiai magánrendelésen jelentkezett,panaszok – leletek alapján autoimmun betegség gyanúja miatt osztályos felvétele történt. Colonoscopia során pancolitiszt igazoltunk, emelkedett főként cholestatikus enzimek miatt PSC fennállásának lehetőségét vetettünk fel. A gyanút ERCP vizsgálat megerősítette ezért core biopszia történt, mely a PSC-t igazolta. Beállított, „top up-step down” szteroid, 5-ASA, azathioprin, és ursodeoxycholsav terápia mellett a beteg panaszmentes,gondozásunk alatt áll.

A gasztroenterológiai magánellátást igénybevevő betegek száma megemelkedett az ellátó helyek számának növekedésével. Számos esetben az OEP finanszírozott munkahelyek túlterheltsége és körülményei miatt a súlyosabb gastroenterológiai kórképekben szenvedődő betegek számára is a várt gondos ellátást és gyógyulás reményét a magánúton felkeresett rendelések jelentik. Az esetünkben szereplő páciens korábbi és legutóbbi ellátása is zömmel saját igény alapján történt. A pontos diagnózis felállításához azonban komplex hospitalizációs ellátása volt szükséges, ezért példánk alapján kiemelkedően fontosnak tartjuk a betegutak szakma szerinti szervezésének szem előtt tartását

161

PERCUTÁN IMPLANTÁLT PALLIATÍV EPEÚTI STENT CSERÉJE ENDOSZKÓPPAL BEHELYEZETT

FÉMSTETTEL, AVAGY KÉSEI „RANDEZ-VOUS” TECHNIKA

Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Burai M.¹, Kásler M.², Szentirmay Z.³, Nagy T.⁴, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Részleg¹, Országos Onkológiai Intézet², Országos Onkológiai Intézet, Daganatpatológia³, Országos Onkológiai Intézet, Kemoterápia⁴

Az inoperabilis daganatok okozta epéüti elzáródások palliatív megoldásai közül a legmegfelelőbb az ERCP során implantált epéüti fémstent. Néhány esetben a daganat ráterjed a duodenumra, ill. a papillára beszűkítve, deformálva a területet, így az intubáció és az epéüti kanülációja lehetetlen. Mivel a megfelelő epéüti drainage elengedhetetlen a kemoterápia megkezdéséhez, ezekben az esetekben percután fémstent behelyezése javasolt. Hatékony kezelés esetén a percután fémstent migrálhat, ill. elzáródhat. Ezekben az esetekben ismételt ERCP megkísérelhető, sikeres intubáció esetén pedig fémstent implantáció kivitelezhető. Következő két eset szemlélteti a módszert. Első eset: 23 éves beteg malignus here tumor okozta epéüti szűkület palliatív megoldása céljából érkezett intézetünkbe. A nagy metasztizáló paracanthalis daganat miatt többszöri sikertelen ERCP, epéüti kanüláció után a beteget percután fémstent implantációra küldtük, mely sikeres volt, az obstrukciós paraméterek regrediáltak, kemoterápiás kezelése is hatásos volt. 1,5 hónap elteltével ALP, GGT ismét emelkedett, ultrahang epéüti tágulatot jelzett. Több lépésben ERCP-t végeztünk, a korábbi fémstentet először plastic stenttel rekanalizáltuk, majd később eltávolítottuk, majd a szűkület teljes hosszát áthidaló fémstentet implantáltunk. Az obstrukciós paraméterek rapidan regrediáltak, a beteg kemoterápiás kezelése jelenleg is folyik partialis remisszióval. Második eset: 53 éves beteg inoperabilis epéüti szűkületet okozó pancreas daganat palliatív endoszkópos megoldása céljából érkezett osztályunkra. A postbulbaris szűkület és többszöri sikertelen duodenum intubáció után a beteget percután fémstent implantációra küldtük, mely sikeres volt, gyorsan desicterizálódott. Kemoterápiás kezelése 23 hónapon keresztül zajlott, majd a daganat radiológiai képe ismételt növekedést mutatott, obstrukciós paraméterei emelkedtek. Sikeres duodenum intubáció során a percután fémstentet eltávolítottuk, majd a szűkületet endoszkóposan behelyezhető fémstenttel drenáltuk. A beteg obstrukciós paraméterei regrediáltak, desicterizálódott, kemoterápiás kezelése jelenleg is folyik. Intubációs, illetve kanülációs akadályok miatt történt percután fémstent rekanalizációját első lépésben endoszkóposan érdemes újra megpróbálni, mivel a migrált stent eltávolítható, a rekanalizáló fémstent implantációja, vagy a fémstentek cseréje biztonságosan elvégezhető.

162

DIAGNOSIS OF GASTRIC GISTS

Terzin V.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, Czako L.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹

Background: Gastrointestinal stromal tumors (GISTs) are difficult to diagnose, particularly when endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration (EUS-FNA) is not available to obtain cytological samples. However, GISTs demand a definitive diagnosis because they bear a malignant potential. The aim of this pilot study was to evaluate the clinical value of EUS and buttonhole biopsy in the diagnosis of gastric GISTs.

Methods: Data on 6 GIST patients (3 male, 3 female, mean age: 60.3 yr, range: 43-72 yr) dating from 2011 were retrospectively analyzed. Conventional radial EUS (GF-UE160, Olympus) was performed in all cases. Buttonhole biopsy was carried out in all but one patient, who was operated on because of repeated gastrointestinal bleeding. The mucosa over the mass was first cut with a needle-knife, and a deeper specimen was then taken from the submucosal lesion. The GISTs were surgically resected in all but one case, who refused operation. The EUS diagnosis and the preoperative and postoperative histological results were compared.

Results: The main symptoms were abdominal pain and occult gastrointestinal bleeding. All lesions were protruding mass lesions with a normal mucosal appearance. The GISTs were located in the fundus (1 case), the corpus (1 case) or the antrum (4 cases). The mean GIST size was 33x33 (range: 20x17 – 60x42) mm. All lesions presented on EUS as hypoechoic, inhomogenous masses with a distinct border originating from the muscularis propria layer. Cystic degeneration was observed in GISTs larger than 4 cm. Buttonhole biopsy was successful in all but one patient, where the tissue

specimens were undiagnostic. The bleeding that complicated the biopsy in 3 cases was treated endoscopically by placing hemoclips over the cut. The rate of accordance between the preoperative EUS diagnosis and the pathological diagnosis on the buttonhole biopsy was 100%. The histological result on the surgical specimen confirmed the preoperative histological diagnosis in all cases. All lesions displayed <5 mitoses/50 HPF (high power field).

Conclusions: GISTs lack the characteristic features of clinical symptoms, but diagnostic EUS is a sensitive method for their identification, and buttonhole biopsy is an effective technique for their histological diagnosis, although the bleeding rate is high.

163

MALIGNUS NYELŐCSŐ OBSTRUKCIÓ ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTEKSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK 2003-2012.

Tolmácsi B.¹, Rábai K.¹, Szamosi T.¹, Schafer E.¹, Zsigmond F.¹, Gyökere T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Honvédkórháza, Gasztroenterológiai Osztály¹

A nyelőcsőszűkületet okozó daganatok gyakran inoperabilis stádiumban kerülnek felismerésre. Az inoperabilitás oka általában a betegség előrehaladott stádiuma, a komorbiditás és az életkor. A betegek többsége ezért csak palliatív terápiában részesülhet. A legáltalánosabb és az életminőséget leginkább befolyásoló tünet a dysphagia, melynek megoldására több lehetőség is kínálkozik. A palliatív módszerek célja a nyelési problémák, a diszkomfort érzés és a fájdalom csökkentése, a kórházi ápolási idő lerövidítése, a lehető legkisebb invazivitás, a legnagyobb biztonság és hatékonyság mellett. A választandó eljárást meghatározza a tumor elhelyezkedése, mérete, stádiuma és kórszövettani típusa. Osztályunkon 2003 és 2012 között malignus nyelőcső obstrukció miatt 119 beteg esetében alkalmaztunk öntágulós fémsztenteket. Behelyezés után a nyelés minden esetben jelentősen javult. A dysphagia score a sztentbehelyezés előtt átlagosan 3,3 volt, míg a sztent behelyezése után 1,9-re csökkent. A beavatkozásokat követően két esetben észleltünk 7 napon belül migrációt. Késői szövődményként tumorbenövés 2, túlnövés 9 alkalommal, vérzéses szövődmény összesen 4 alkalommal jelentkezett. Fistulaképződést 3 esetben észleltünk. Hét napon túli sztent migráció 4 esetben következett be.

A dysphagia értékek javulása bizonyítja, hogy a fémsztentek hatékonyan javítják a betegek nyelési funkcióját. A fentiek alapján a sztentfüggő szövődmények összaránya alacsony volt. Tehát az öntágulós fémsztentekkel végzett nyelőcső-intubáció biztonságosan és eredményesen alkalmazható a malignus oesophagus obstrukció palliatív terápiájában.

164

SAFETY ADVANTAGE OF ENDO-CUT MODE OVER SPHINCTEROTOMY OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHY / ERCP/.

Topa L.¹, Balgha V.¹, Forró G.¹, Baranyai Á.¹, Sahin P.¹, Igaz I.¹, Tóth L.¹, Kórmíves C.¹, Szent Imre Hospital Dept. of Gastroenterology¹

Aim: The main complications of endoscopic sphincterotomy / EST/ are pancreatitis, hemorrhage, perforation and sepsis. Complication rate after EST occur in 8 to 10 % of patients / pts /. An automatically controlled cut system, endo-cut mode / ICC 200 ERBE /, can reduce the danger of papillary hemorrhage but may lead to pancreatitis. This study was to evaluate whether the endocut mode could reduce the complication rate of EST, hemorrhage and serum hyperamylasemia / pancreatitis/.

Materials and methods: From Jan. to Dec. 2011, 748 pts were performed ERCP in our unit. Two hundred four pts. undergoing sphincterotomy a pure cut current at a power setting of 30 watt/sec. Indications for sphincterotomy were choledocholithiasis in 75 pts / 37 % /, sphincter Oddi dysfunction or adenoma in 33 pts / 15,6 % /, pancreatic head carcinoma in 28 pts / 14 % /, distal or proximal cholangiocarcinoma in 16 pts / 8 % /, benign stricture of choledochus in 26 pts / 13 % /, juxta papillary diverticul in 21 pts / 10 % / and postoperative biliary leakage in 5 pts / 2,4 % /.

Results: Theoretically, less edema of the ampulla after a pure cutting current sphincterotomy could decrease the risk of pancreatitis although the risk of postsphincterotomy hemorrhage might be greater. Pancreatitis was defined as mild if fewer than 5 days, moderate if 5 to 14 days, and severe if more than 14 days of

hospitalization were required. Serum amylase levels were evaluated 24 h after EST. There were a total of 17 complications in 204 pts / 8,3 % /, bleeding in 13 pts / one patient required transfusion of 2 U /, and in 2 pts hyperamylasemia / 5 times higher than normal / and in 2 pts moderate pancreatitis / the average serum amylase level was 312 U/l –(normal 110 U/l) /. No major complications such as perforation or sepsis.

Conclusion: The use of endo-cut current is associated with a lower incidence of pancreatitis, the most common ERCP complication. An insufficient number of patients were studied to comment on the relative risk of hemorrhage. However, because the complication of hemorrhage is much less common than pancreatitis, endo-cut sphincterotomy is safer overall.

165

THE EFFECT OF NUTRITION STATUS AND ARGININ ON LIVER HYPERTROPHY AFTER PORTAL VEIN EMBOLIZATION

Török É.¹, Hahn O.¹, Dudás I.², Pajor P.¹, Zsirka-Klein A.¹, Kepes L.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Hungary¹, Department of Diagnostic Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University, Hungary²

Background/Purpose:

In patients with various kinds of liver tumors resection is the only treatment method, which can provide long term survival. If the residual liver (future liver remnant-FLR) after the planned resection is less than 30-40% (normal liver-cirrhosis) of the total liver, portal vein occlusion of the tumorous liver lobe can hypertrophise the contralateral lobe. A key step in this process is nitrogen monoxide (NO), which originates from L-arginine through NO synthase. The effect of nutritional status, body composition and arginine supplementation of normal feeding on the liver hypertrophy after portal vein occlusion was investigated.

Patients/Methods: Consecutive patients with liver tumors, whose remnant liver after the planned liver resection were less than 30, or 40% of the total liver volume, measured by CT-volumetry were enrolled in our study (from 2010 November- March 2012) . In addition to the traditional anthropometric (BMI) and laboratory (prealbumin, albumin, lymphocyte count, etc.) tests, bioimpedance analysis (multi-frequency device, measured parameters: extra-, intracellular water ratio, illness marker, phase angle) was also performed to assess nutritional status and body composition. Patients randomized in the arginine group received 2x200ml (2x250kcal) oral nutritional supplement (ONS), contains 2x3g arginine for the 8 weeks period of liver hypertrophy. Patients in the control group were supplemented with an ONS without arginine, but with the same calorie and content. Eight weeks after portal vein occlusion control CT-volumetry, repeated anthropometry, bioimpedance analysis, and laboratory tests were performed to determine nutritional status and body composition again.

Results: In the group of arginine supplementation liver hypertrophy rate was higher (FLRArg: 13.54% vs. FLRC: 10.64%). Among laboratory parameters -indicating nutritional status- lymphocyte count and albumin levels changes were significantly higher in the arginine group than in the control group (LymphArg: LymphC 10.1% vs. 0.7%; AlbArg: 2.4 vs. AlbC: -3.9 %, p <0.05). Patients with higher illness marker (IM r=0.79) and lower phase angle (PA r=0.75), the rates of irresectability and postoperative complications were also higher (p<0.05).

Conclusion: The nutritional status and arginine supplementation positively affects the liver hypertrophy after portal vein occlusion.

166

VIRTUAL COLON DISSECTION TOOL USED IN CT COLONOGRAPHY FOR DETECTION OF SMALL POLIPS, COMPARISON WITH A CONVENTIONAL ENDOLUMINAL VIEW.

Tóth G.¹, Euromedic Diagnosztikai Központ¹

Objectives: The aim of this study was to determine the capability and accuracy of virtual colon dissection tool to detect small colonic polyps in CT colonography.

Methods: CT colonography was performed in 500 patients . 320 patients were asymptomatic. 180 patients had an abdominal pain, or occult gastrointestinal bleeding. All patients had a conventional colonoscopy after virtual colonoscopy between 1-5 days. All patients

were scanned using 16 detector row helical CT scanner. An experienced reader evaluated the data on a dedicated CT workstation. With virtual colon dissection tool the entire inner surface of the colon can be studied at a glance without the need for navigation .

Results: Conventional colonoscopy revealed 362 colonic lesions in 50 patients. 236 lesions were smaller than 5 mm, 51 lesions were 5-10 mm and 75 were 10 mm or larger. The colon dissection mode had an overall per-lesion sensitivity of 55,6% for lesions smaller than 5 mm , 76,7% (5-10 mm) and 81 % for lesions larger than 10 mm. The endoluminal view mode had an overall per-lesion sensitivity of 36 % (< 5mm) , 74% (5-10mm) , and 95 % for lesions larger than 10 mm. The average time consumption for evaluation with the colon dissection mode was 14 min vs. 32 min with the endoluminal view mode.

Conclusion: The colon dissection mode provides a significant time advantage during evaluation of CT colonography data sets. With colon dissection mode high sensitivity can be achieved. It is especially superior in detecting lesions smaller than 5 mm.

167

ROLE OF ENDOGENOUS OPIOIDS AND PERIPHERAL MUCOSAL PROTECTIVE FACTORS IN CENTRALLY INDUCED GASTROPROTECTION

Tóth V.¹, Zádori Z.¹, Brancati S.², Németh J.³, Gyires K.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary¹, Department of Pharmaceutical Sciences, Pharmacology Section, University of Catania, Catania, Italy², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Debrecen, Nagyerdei krt. 98., 4032, Debrecen, Hungary³

Background & Aims: In the last two decades several endogenous and synthetic substances (e.g. alpha2-adrenoceptor agonists, neuropeptides, endocannabinoids) have been demonstrated to induce gastroprotection after central administration. Previously we showed that the clonidine-, cannabinoid-, substance P- and nociceptin-induced gastroprotective effects are naloxone-sensitive, indicating that the activation of opioid system is likely to be involved in these protective effects. Furthermore, we found that the endogenous μ -opioid receptor agonist endomorphin-2 (EM-2) is a highly potent gastroprotective peptide. Therefore, we aimed to analyze partly its potential role in the protective effect of the above synthetic and endogenous substances, partly the peripheral factors which may mediate the centrally-initiated mucosal protection.

Methods: The ethanol ulcer model was used. In brief, after 24 h food deprivation male Wistar rats were given acidified ethanol orally. Gastric lesions were evaluated 1 hour later. The compounds were injected intracerebroventricularly (icv.) Mucosal CGRP and somatostatin levels were determined by radioimmunoassay.

Results: 1. EM-2 (0.03-3 pmol/rat) reduced significantly the development of ethanol-induced ulcers. 2. Pretreatment with antiserum against EM-2 abolished the protective effect of clonidine (470 pmol/rat), anandamide (11.5 nmol/rat), ACEA (1.3 nmol/rat), substance P (18 pmol/rat) and nociceptin (1 nmol/rat). 3. Acidified ethanol markedly reduced the mucosal levels of CGRP and somatostatin, which was completely reversed by EM-2, anandamide and substance P.

Conclusions: These results suggest that EM-2 plays a prominent role in the regulation of mucosal protective processes initiated centrally, at least partly, by elevating the mucosal level of protective factors, like CGRP and somatostatin.

The work was supported by National Development Agency (TAMOP-4.2.1/B-09/1/KMR-2010) and the Hungarian Scientific Research Fund OTKA-75965.

168

COMPARISON OF PLASMA METHYLATED SEPT9 SCREENING MARKER IN BOTH LEFT-AND RIGHT-SIDED COLON CANCER TO GFOBT AND CEA RESULTS

Tóth K.¹, Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Schöller A.¹, Leiszter K.¹, Valcz G.², Wichmann B.¹, Sipos F.¹, Stöhr R.³, Golcher H.⁴, Schellerer V.⁴, Nagy Z.¹, Barták B.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Institute for Pathology, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Germany³, Department of Surgery, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Germany⁴

Background: Methylated SEPT9 (mSEPT9) DNA was found as a sensitive and specific biomarker for colorectal cancer (CRC) from peripheral blood. Many aspects of the biology of mSEPT9 in the plasma of CRC patients have already been explored, including relationship to CRC location, guaiac-based faecal occult blood test (gFOBT) positivity and other blood-based tumor markers.

Aims: 1, Determine the sensitivity of mSEPT9 for CRC detection in the left- and right-sided CRC. 2, Compare mSEPT9 and gFOBT positivity rates in individuals with no evidence of disease (NED) and CRC patients. 3, Compare mSEPT9 and another blood-based tumor marker, carcinoembryonic antigen (CEA) in NED and CRC patients.

Materials and Methods: Plasma samples were collected for mSEPT9 analysis from NED (n=92) and CRC (n=92) patients after colonoscopy. Total DNA was extracted and bisulfite-converted using Epi proColon kit 2.0 (Epigenomics AG, Germany). Qualitative determination of total DNA and mSEPT9 was performed using Epi proColon 2.0 real time-PCR assay. Samples were collected for gFOBT from NED (n=17) and CRC (n=22) prior the colonoscopy. Serum samples for CEA analysis were collected from NED (n=27) and CRC (n=27).

Results: mSEPT9 positivity was 15.2% (14/92) in case of NED and 95.6% (88/92) in case of CRC. Stage I CRC resulted 94% (21/25) while stage II-IV cases showed 100% mSEPT9 positivity. gFOBT was positive for 29.4% (5/17) NED and 68.2% (15/22) CRC. Elevated CEA levels were found in 14.8% (4/27) of NED and 51.8% (14/27) of CRC. Thus mSEPT9 reached the best sensitivity (95.6%) comparing gFOBT (68.2%) and CEA (51.8%). In case of specificity both mSEPT9 (84.4%) and CEA (85.2%) showed better result than gFOBT (70.6%). According to tumor location of colon, mSEPT9 was 96.4% (54/56) positive in left-sided CRC and 94.4% (34/36) in right-sided CRC. gFOBT was 83.3% (10/12) positive in left-sided CRC and 50% (5/10) in right-sided CRC. Higher CEA level detected 60.0% (9/15) in left-sided CRC and 41.7% (5/12) in right-sided CRC.

Conclusion: mSEPT9 was confirmed as a highly sensitive biomarker for the detection of CRC in blood. SEPT9 methylation level has no difference between left and right side CRC. mSEPT9 showed higher sensitivity for CRC compared to gFOBT in CRC, specially in right sided cancers. Plasma mSEPT9 showed higher sensitivity in both sides of CRC then blood CEA.

169

BÉLKÁROSODÁS: AZ ALSÓ VÉGTAGI VERŐÉRELZÁRÓDÁSOK KÖZVETETT, ILLETVE A MESENTERIÁLIS OKKLÚZIÓ KÖZVETLEN SZÖVŐDMÉNYE

Turóczy Z.¹, Rosero O.¹, Ónody P.¹, Hegedűs V.¹, Fülöp A.¹, Czígány Z.¹, Kovács T.¹, Garbaisz D.¹, Kleiner D.³, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijjártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest², Semmelweis Egyetem, Farmakognóziás Intézet, Budapest³

Bevezetés: Az arteria mesenterica superior (AMS) elzáródása a vékonybél mucosa súlyos, akár irreverzibilis ischaemiás károsodásával járhat. Alsó végtagi verőérek kirekesztések következtében a lokális ischaemiás-reperfüziós (IR) sérülés szisztémás szövődményeként kialakulhat a vékonybél károsodása. A kórfolyamat hátterében a keringési redistribúció következtében fellépő bél ischaemia állhat. Az irodalomban kevés tanulmány foglalkozik az alsó végtagi kirekesztés következtében kialakuló vékonybél károsodás mértékének vizsgálatával.

Célkitűzés: Célunk volt az alsó végtagi, illetve a szubletális AMS kirekesztés vékonybél károsodásra gyakorolt hatásainak vizsgálata, a sérülés mértékének összehasonlítása.

Módszerek: Hím Wistar patkányok (n=30) egyik csoportjában infrarenális aorta okklúzióval 3 órás bilaterális alsó végtagi, az állatok másik csoportjában 1 órás AMS okklúziót hoztunk létre, melyet mindkét csoportban 6 óra reperfüzió követett. Az áloperált csoportokban verőérek kirekesztést nem végeztünk, minden más tekintetben a fentieknek megfelelően jártunk el. Redox-homeosztázis (szabadgyök-szintek, valamint antioxidáns paraméterek: H-donációs-és redukáló-képesség, szabad SH-csoportok meghatározása) és szövettani vizsgálatok céljából a jejunum és az ileum középső szakaszaiból mintavétel történt.

Eredmények: A két áloperált csoport értékei szignifikánsan nem különböztek egymástól egyik paraméter tekintetében sem. A mucosa szabadgyök-szintjei az áloperált csoportokhoz képest (jejunum:

276,7±10,5 és 270,5±7,9; ileum: 297,6±11,5 és 305,2±11,9RLU%) szignifikánsan (p<0,05) megemelkedtek mind az AMS (jejunum: 307,8±33,5; ileum: 324,1±18,8RLU%), mind az alsó végtagi IR (jejunum: 307,0±19,9; ileum: 330,8±16,8RLU%) csoportban. A mucosa antioxidáns-szintjeit jelző paraméterek mindkét IR-ban részesült csoportban lecsökkentek az áloperált csoportokhoz képest. A két IR csoport között a redox-homeosztázis paramétereiben (a jejunum szabad SH csoportok mennyiségének kivételével) nincs szignifikáns különbség (p>0,05). A szövettani károsodás tekintetében sem látható különbség az alsó végtagi és mesenterialis okklúziós csoport között.

Következtetés: Patkányban az elektív érsebészeti kirekesztést modellező 3 órás alsó végtagi ischaemia, a szubletális (60 perc) hosszúságú mesenterialis ischaemiával összemérhető mértékű károsodást okoz a vékonybélben.

170

NUTRITIONAL STATUS OF BLIND AND VISUALLY IMPAIRED PATIENTS

Vági Z.¹, Deé K.², Lelovics Z.², Lakatos É.², 1st International Institute of Nutrition Research, Hungary¹, 2nd²

Background: According to the data of the last processed census 5.7% of the Hungarian population lives with some kind of disability, physical, mental or sensory disability, that prevents the rest of her life in the usual, traditional way of life style. 14% of them have problems with vision (blind or visually impaired). The most frequent causes of blindness or visual impairment are age-related macula degeneration, diabetes, cataract and glaucoma. Many blind or visually impaired can live with disability well, however, old blind and visually impaired have diseases beside their disability, so they nutrition needs special attention.

Aims: To describe the body mass index (BMI) and body composition of adult blind and visually impaired people. To identify the factors that influence the participants' food experiences and eating patterns.

Methods: BMI calculation from measured body height and body weight, body composition determination with bioimpedance. Determining eating patterns and how they buy food by a questionnaire.

Subjects: 125 blind/visually impaired (40.0% male, average age 60.4 ± 18.8 years; 60.0% female, average age 72.4 ± 17.9 years).

Results: The average BMI value was 26.0 ± 6.3 [kg/m²] in males, and 26.1 ± 6.0 [kg/m²] in females. Significantly more male had BMI belong to the optimal category (20.0 < BMI < 25.0) 36.0% vs. 30.7%; at the same time more males are extremely obese (4.0% vs. 0.0%). Significantly more female is at the risk of malnutrition (2.0% vs. 8.0%). Hardly one third (32.8%) of the participants had optimal BMI value. The body fat ratio is usually high also in people with optimal BMI.

Conclusion: The ratio of extremely obese males is higher than in people without visual impairment, in females the ratio of the risk at malnutrition is higher. Due to the permanent lack of necessary physical activity overweight is common in blind. The direct consequence of the higher fat mass and higher body weight is that the lean body mass is smaller in the examined blind people. Blind and visually impaired people have many difficulties in shopping food and prepare it. These difficulties affect their choice what to eat and also affect their BMI and body composition. Dietitians have an important role with disable people, so the blinds; dietitians may need special skills in the diet of blind people.

171

AUTOMATED DETECTION OF EPITHELIAL CHANGES IN COLORECTAL CARCINOMA

Valcz G.¹, Bándi I.², Wichmann B.¹, Patai A.³, Szabó D.⁴, Kiszler G.⁴, Kozlovsky M.², Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, John von Neumann Faculty of Informatics, Óbuda University, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 3D Histech Ltd., Budapest, Hungary⁴

Introduction: Colorectal cancer (CRC) associated epithelium are characterized by characteristic pathological alterations including altered crypt architecture, changes of nucleus shape, size and localization. The separation of CRC samples from normal samples

could be facilitated by the automatic detection of these morphometrical aberrations.

Aims: Our aim was to separate routinely processed normal and CRC samples using whole slide scanning technology and advanced image analysis. The image segmentation algorithm has to detect and classify tissue elements based on their histological features, like stain intensity and morphological aspect.

Materials and methods: The algorithm are build up from two different image segmentation module one of them is special for the detection and morphometrical analysis of the crypts and the other of them for cell nuclei detection on the epithelial region. Hematoxylin and eosin-stained histological sections from 20 normal mucosa and 20 CRC samples were digitalized, then automatically analyzed by an algorithm. The results were compared with the established diagnosis of an expert pathologist.

Results: Our algorithm found statistically significant differences ($p < 0.05$) in cytometric parameters between normal mucosa and CRC samples. Luminal and glandular epithelium were also successful detected on normal samples.

Conclusion: Developing pattern recognition algorithms for human pathology can promote automated prefiltration of tissue samples. Further development of dedicated parameters can lead to a very accurate separation of pathologically altered tissue samples.

172

A KEFECYTOLÓGIA SZEREPE A MALIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Varga L.¹, Sümegi J.¹, Grenda A.¹, Hajnal-Papp R.², Minik K.², Orosz P.¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, II Belgyógyászati Osztály¹, B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Patológiai Osztály²

Bevezetés: Az extrahepatikus epeúti szűkületek többségét malignus folyamat okozza. A malignitás igazolásának, a tumor típus meghatározásának egyik módszere az ERCP során vett kefecytológia.

Cél: Vizsgálatunkban az epeúti kefecytológia szenzitivitását és specifitását kívántuk meghatározni saját beteganyagunkban.

Beteganyag és módszer: 2009 január 01-től – 2011 december 31 között 77 extrahepatikus epeúti stenosisos betegnél végeztünk kefecytológiás mintavételt. Az ERCP Olympus TJF140R és Olympus JF V2 duodenoskoppal történt, a mintákat Wilson-Cook DLB-35-1.5 cytológiás kefékkel vettük. Minden cytológiás mintát 2-2 patológus vizsgált. A dignitás ellenőrzését a műtéti preparátumok illetve a kórbonctani minták hisztológiai leletei, egyes esetekben a klinikai lefolyás biztosította.

Eredmények: A 77 betegből megfelelő utánpótlási adatok hiányában 14 beteget kizártunk a vizsgálatból. A vizsgált 63 esetből 61-ben malignus, 2-ben benignus epeúti szűkületet feltételeztünk, utóbbiaknál az utánpótlás is igazolta a krónikus pancreatitis illetve a PSC kóroki szerepét. Az epeúti kefecytológia 35 esetben (57,37%) egyértelműen bizonyította a stenosis malignus voltát, 4 esetben bizonytalan (6,55%), 20 esetben álnegatív (32,78%) és 2 esetben álpozitív (3,30%) volt. Beteganyagunkban a vizsgálat szenzitivitása 75%-nak, specifitása 50%-nak bizonyult.

Következtetések: Az epeúti kefecytológia megfelelő specifitású és szenzitivitású, olcsó, gyors, biztonságos, a beteget érdemben nem terhelő diagnosztikus módszer.

173

SIGNIFICANT DECREASE IN PREVALENCE OF HELICOBACTER PYLORI AND PEPTIC ULCER DISEASE OVER A 17-YEAR PERIOD

Varga M.¹, Bittera B.¹, Láng J.¹, Juhász M.¹, Lakatos G.², Miheller P.¹, Mihály E.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Department of Oncology, Szent László Hospital, Budapest²

Background: We and others have already suggested that the incidence of Helicobacter pylori (H. pylori) negative peptic ulcer disease (PUD) has increased in the latest years.

Aims: to investigate in a retrospective study the prevalence of H. pylori and PUD and to compare etiology, gender and age distribution in PUD in 1995, 2000, 2005 and 2011.

Methods: Medical and endoscopic records were retrospectively reviewed with similar data obtained over a 17-year period at the same

endoscopic unit with regard to H. pylori status and prevalence of endoscopically proven PUD.

Results: The rate of H. pylori positivity decreased significantly from 1995 to 2011 (42% and 19% of total endoscopies, respectively, $p < 0.05$). The prevalence of PUD, compared to all endoscopic examinations decreased significantly over a 17-year period: 125 PUD were found in 1995, 141 in 2000, 99 in 2005 and 174 in 2011 (9%, 7%, 4% and 5% of total endoscopies, respectively, $p < 0.05$). The rate of H. pylori negative PUD increased significantly from the year 1995 to 2011 (13% and 49%, respectively, $p < 0.01$). No significant differences were observed with respect to age and gender distribution between H. pylori positive and negative PUD.

Conclusion: Endoscopic H. pylori prevalence has decreased significantly over a 17-year period in our academic centre. Endoscopic PUD also has decreased significantly from 1995 to 2011. In accordance with the data in literature, we found a significant increase in the incidence of H. pylori negative PUD.

174

RISK ASSESSMENT QUESTIONNAIRE TO ASSIST SCREENING FOR HCV INFECTION

Varga M.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Soós I.¹, Pink T.¹, Gastroenterology- Hepatology Departement, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹

Background: The estimated number of individuals infected with hepatitis C virus (HCV) is 123 million worldwide, however significant portion of cases are undiagnosed.

Purpose: Our aim was to develop and validate a very sensitive questionnaire for identifying individuals with HCV infection in high risk groups.

Methods: We created a (14-item) questionnaire consisting of 14 questions asking gravity based questions. For validation purposes 150 confirmed HCV-negative (blood-donors, healthcare workers, cardiologic patients) and 150 HCV-positive individuals completed the questionnaire. At first sensitivity and specificity than clinical relevance of the questionnaire was evaluated by determining diagnostic gain.

Between January 2011 and January 2012, 1200 patients completed the Questionnaire in two of our Outpatient Departments (Anesthesiology and Endoscopy). All the cases reported with high risk for HCV infection (3 points or more) were sent to anti HCV IgG ELISA blood test.

Results: On the base of analysing the data of 300 cases with known HCV status the sensitivity of the Questionnaire was 94,4% and the specificity was 87,3%. We used ROC (Receiving Operating Characteristics) for statistical analysis. 1200 patients (age 18-65) from the Outpatient Department of Anesthesiology and Endoscopy completed the Questionnaire. 174 of them belonged to high risk group (14,5%). 10 of this group were anti HCV positive ((5,7%). Two patients proved to PCR positive, one of them with low viral load. Two patients PCR test is in progress and six proved to be PCR negative.

Conclusions: Our Questionnaire is suitable to filter out patients with high risk of HCV infection. These cases should be tested for anti-HCV.

So we can find the previously undiagnosed individuals. This simple, cheap and sensitive method is suitable for screening patients, healthcare workers or even for starting a national screening program

175

EVALUATION OF THE POSSIBLE PREDICTIVE FACTORS OF IMPAIRED GASTRIC EMPTYING IN TYPE-1 DIABETIC PATIENTS

Várkonyi T.¹, Takács R.¹, Lengyel C.¹, Lázár M.², Papós M.², Pávics L.², Kempler P.³, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Nuclear Medicine, University of Szeged², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest³

Efficient prediction of impaired gastric emptying would provide a useful tool for clinicians in diabetes care to find the cause of glycemic instability. The aim of this study was to determine all factors which may influence the gastric emptying in patients (pts) with type 1 diabetes (DM). Patients, methods: 54 pts with type 1 DM were included from our outpatient department (duration: 16.6±1.59 yrs; BMI: 24.1±0.46; age: 37.1±1.74; mean±SE) The emptying of the

stomach was evaluated by a scintigraphic gastric emptying procedure. Cardiovascular reflex tests were applied for the assessment of autonomic neuropathy (AN). Sensory nerve integrity was studied with a Neurometer (Neurotron Inc., Baltimore). Results: The gastric emptying significantly correlated with several descriptive parameters of the pts (T1/2-duration: $r=0.33$, $p<0.05$; T1/2-age: $r=0.43$, $p<0.01$; T1/2-HbA1c: $r=0.27$, $p<0.05$; T1/2-BMI: $r=0.33$, $p<0.05$) Significant relationship was also found between gastric emptying and a certain autonomic dysfunction (T1/2-heart rate response to breathing: $r=0.37$, $p<0.01$; T1/2-AN score: $r=0.43$, $p<0.01$). The sensory nerve function on the upper or lower limb and the severity of digestive symptoms did not correlate the stomach motility. Conclusions: In a group of unselected type 1 diabetic outpatients the gastric emptying is more impaired in the presence of longer duration, higher age and BMI as well as worse glycemic control. The development of parasympathetic dysfunction alters the gastric motility. Our data proves the hypothesis that the careful revision of predictive factors supports the estimation of impaired stomach emptying.

176

EGY ELFELEDETT KÓRKÉP – HEMOKROMATÓZIS ESETISMERTETÉS

Varsányi M.¹, Cserepes É.², Szabó Z.³, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest¹, Nukleáris Medicina Osztály, Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest², Patológiai Osztály, Magyar Honvédség Honvédkórház, Budapest³

Az öröklődő hemokromatózis (HH) a jelenleg ismert leggyakoribb genetikai eredetű betegség. Autoszómához kötött recesszív módon öröklődik. 1996-ban Feder és mtsai. azonosítottak egy új gént (HFE) a 6. kromoszóma rövid karján, amelynek egyik pontmutációját (a 282. cisztein aminosav tirozinra történő cseréjét, C282Y) az azóta elvégzett vizsgálatok során a hemokromatózisban szenvedő betegek 64-100 %-ában homozigóta formában sikerült kimutatni. A vasszint emelkedése fokozódik, amely nagy mennyiségű vas lerakódásához és következményes szövetkárosodáshoz vezet.

Esetismertetés: 64 éves férfibeteget körzeti szűrővizsgálaton figyelemzették magasabb vércukorértékeire, mely miatt diétát tartott, később metformin kezelést kapott.

Panaszként időnkénti térdfájdalmakat említett. Fizikális vizsgálattal kisméretű hepatomegáliát említhetünk. Hasi UH vizsgálat diffúz májlaesiót és kisméretű splenomegáliát mutatott. Laboratóriumi vizsgálatokból magasabb éhomi vércukor/7.9 mmol/l/NÉ:5.6ig/, HbA1C/6.9%/NÉ6.0-ig/, ill. 52 mmol/mol/NÉ:42-ig/, jelentősen emelkedett seFe/41.2 umol/l /NÉ: 31.3ig/, transferrin sat./83.24%/NÉ:45ig/, illetve se-ferritin szint/968.7 ng/ml/ NÉ:231.7-ig/ emelkedő ki. Megemlíthetjük még a tTGigA pozitívását/43.0 U/ml /NÉ: 10-ig/ és a CA 19-9 emelkedettségét/49.3 U/ml, NÉ: 37-ig/.

A has MRI vizsgálata natívan a máj jeladását minden mérésen jelentősen csökkentetnek mutatta, amely vas jelenlétére utalt. A genetikai vizsgálat szerint a beteg mindkét HFE/ HLA-H/ génje/ allélja tartalmazza a Cys282Tyr(C282Y) pontmutációt, tehát homozigóta a vizsgált mutációra. Ezen körisménk felállítása óta diéta mellett kb. 4 hetente végzünk 400 ml-es vérboccsátásokat, ami jelentős javulást eredményezett. Esetünk további érdekessége, hogy bár ilyen jellegű panasz nem volt, de tTGigA pos. miatt mély duodenumból vékonybél biopsziát vettünk. A histológiai eredmény Marsh 3/b stádiumú Coeliákiát mutatott.

Következtetés:

- 1, Frissen felfedezett cukorbetegség esetén gondoljunk pancreas érintő rendszerbetegségre is.
- 2, Betegünk esetében a társuló Coeliákia mérsékelhette a vas korlátlan felszívódását.

177

THE EFFECT OF TOXIC FACTORS ON THE EXPRESSION AND FUNCTION OF AQPS IN A PANCREATIC DUCTAL CELL LINE

Venglovecz V.¹, Kemény L.², Rakonczay Z.³, Zvara Á.⁴, Puskás L.⁵, Hegyi P.⁶, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Laboratory of Functional Genomics, Biological Research Centre, Szeged, Hungary³

Background: Acute pancreatitis (AP) is a multicellular disease in which pancreatic ductal cells play an important role. Toxic agents inducing AP inhibit pancreatic ductal bicarbonate secretion, however, no information is available concerning their effects on the regulation of aquaporins (AQPs). Therefore, the aim of this study was to investigate the effects of ethanol, bile acids and the inflammatory mediator TNF- α on the expression of AQPs.

Methods: CAPAN-1 cells were treated with ethanol (EtOH; 1-100 mM), chenodeoxycholate (CDC; 0.1-0.5 mM), glycochenodeoxycholate (GCDC; 0.1-0.5 mM) or TNF- α (0.2, 20 ng/ml) for 6, 12, 24 and 48 hours and the expression of AQP isoforms (AQP1-12) was examined by real-time RT-PCR and immunocytochemistry. Water transport was characterized by the dye dilution technique.

Results: All 12 AQPs were expressed in the CAPAN-1 cell line to a certain degree. AQP1, 3, 5, 6 and 11 were expressed at the highest levels while AQP2 and 4 were hardly detectable. In the CDC and GCDC-treated group, the expression of AQPs decreased both at mRNA and protein levels dose- and time-dependently. 24-hour incubation with EtOH, increased, whereas TNF- α did not affect significantly the expression of AQPs. Notably, a 72-hour incubation in culture media restored the expression of AQPs in the 6- and 12-hour CDC- and GCDC-treated groups and in the 24-hour EtOH-treated group. Functional investigation of AQPs showed, that CDC inhibited the water transport.

Conclusion: The role of AQP in the pathogenesis of AP needs further investigations. Supported by OTKA, NKTH-TAMOP and MTA

178

DYSPLASIA ASSOCIATED LESION OR MASS (DALM) IN A PATIENT WITH ULCERATIVE COLITIS COMPLICATED WITH PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS

Vincze Á.¹, Hegedűs I.², Horváth Ö.³, Bogner B.², First Department of Medicine¹, Department of Pathology², Department of Surgery, University of Pecs, Hungary³

The risk of developing neoplasia is significantly increased in patients with long-standing ulcerative colitis. Intraepithelial neoplasia might arise from flat, endoscopically invisible lesions or may appear as DALM. The latter should be separated from adenoma-like mass (ALM), since the two entities require different management.

Case report: A 58-year old female patient was diagnosed with ulcerative colitis in 1996, complicated with primary sclerosing cholangitis since 2007. She presented in our clinic in April 2010 with acute cholangitis. ERCP showed a suprapapillary and a hilar bile duct stenosis, but endoscopic therapy did not succeed. Unfortunately, a severe post-ERCP pancreatitis followed this procedure, which was treated conservatively. The patient recovered from the pancreatitis and cholangitis and was continued on budesonide, mesalamine and ursodeoxycholic acid therapy. Her surveillance colonoscopy was performed in June 2011, which showed pancolitis in a chronic phase with atrophic mucosa, scar formation, loss of haustration and normal rectal mucosa. There was an elevated ulcerated inflamed soft lesion in the ascending colon with an approximate diameter of 15 mm. Histology from this lesion showed superficial erosions, stromal inflammation with retronuclear mucin vacuoles, diffuse p53 and focal CK7 positivity, which are the features of DALM. The dysplasia was considered low grade. Based on these endoscopic and histologic findings, total colectomy was offered, but the patient refused it. Follow-up colonoscopy was performed in November 2011, the size of the DALM in the ascending colon increased significantly to more than 3 cm, repeated biopsy samples showed adenocarcinoma. Staging examinations did not show distant metastases and total colectomy with ileorectal anastomosis was performed. The pathological tumor stage was pT2 pn1b (3/23) cM0, and a second flat DALM with low grade dysplasia measuring 1 cm was found in the sigmoid colon.

Conclusion: For the diagnosis of DALM endoscopic and histopathologic features should be considered together. These lesions carries significantly higher cancer risk and require more aggressive approach than ALM. Usually total colectomy is advised in case of DALM since these lesions are less amenable to endoscopic management and frequently present in multiple locations.

HAEMOBILIA: RARE CAUSE OF GASTROINTESTINAL BLEEDING. CLINICAL PRESENTATIONS, ETIOLOGY, MANAGEMENT. OUR EXPERIENCES – 10 CASE REPORTS
 Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Kardos K.², Szentpétery L.², Iványi A.³, Varga G.³, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Military Hospital, Gastroenterology¹, Radiology², 2nd Dept. of Surgery, Budapest³

Introduction: Among the rare causes of „difficult-to-diagnose-and-to-treat” gastrointestinal bleeding is the phenomenon of hemobilia, that is defined as bleeding into the biliary tree. Bleeding may be prolonged or brief, continuous or episodic, profuse or scant. Haemobilia may arise from trauma, inflammation, malignancy, iatrogenic causes or vascular anomalies and even spontaneously in the setting of coagulopathy.

Patients & Methods: Between the period of 2007 and 2012, 10 patients (age: 28-82 ys, 5 male and 5 female pts) were admitted to our department with massive hemobilia. Symptoms were upper gastrointestinal bleeding (8/10), jaundice (10/10) and/or upper abdominal pain (7/10). Here we describe 5 cases of iatrogenic hemobilia (2 cases after laparoscopic cholecystectomy, 1 case as a complication of liver biopsy, 2 cases secondary to previous ERCP procedures, such as stenting and intraductal biopsy). Three of the patients could be managed conservatively. In case of post-PTD haemobilia secondary to Klatskin tumor, surgery was required, because of rebleeding after transcatheter arterial embolization (pt required 8 units of blood transfusion). In the other case, the angiography showed the damage of the hepatic vessel and common bile duct by a clip after laparoscopic cholecystectomy, the reconstruction was done by surgery. During the perioperative time, she needed 4 units of blood transfusion. In 3 cases, hemobilia occurred secondary to secondary coagulopathy (due to comorbidities pts were treated with combined anticoagulant and antithrombotic therapy). Haemobilia was diagnosed by ERCP, during this procedure blood clots were removed in all cases, biliary decompression and restoration of bile flow was performed by temporary endobiliary stenting in 3 cases. All cases were managed conservatively with the need of transfusion (2-7 units of blood suspension and fresh frozen plasma transfusion). In 2 cases hemobilia arose from gangrenous cholecystitis, cholecystectomy and sphincterotomy was performed during ERCP.

Conclusion: Hemobilia is an uncommon problem, that is increasingly of iatrogenic origin. Angio-CT and angiography are diagnostic in the majority of cases, but side-viewing duodenoscope and ERCP are useful methods in making the diagnosis of hemobilia and also in the management and profilaxis of jaundice and cholangitis.

A SPONTÁN BAKTERIÁLIS PERITONITIS ELŐFORDULÁSA PROTONPUMPA GÁTLÓT SZEDŐ MÁJCIRRHOSISOS BETEGEKBEN

Vitális Z.¹, Tornai L.¹, Altörjay I.¹, Papp M.¹, DEOEC II: Belklinika Gasztroenterológia Tanszék¹

A májzsugorban szenvedő betegek immunvédekezése a betegség előrehaladásával párhuzamosan romlik. Ascites jelenléte esetén számolni kell a spontán bakteriális peritonitis (SPB) kialakulásával, melynek mortalitása magas. A bakteriális túlnovekedés megjelenése fokozza ezt a hajlamot. A protonpumpagátlók (PPI) a gastrointestinális kórokozókkal szembeni védekezést csökkentve segítik a baktériumok megtelepedését a vékonybélben, így hozzájárulhatnak az SPB kialakulásához.

238 különböző súlyosságú májbeteg adatait vizsgáltuk. A betegeket átlagosan 723±488 napig követtük és jegyeztük az SPB előfordulását. 103 beteg nem kapott PPI-t a vizsgált időszakban, 135 beteg a követési idő több mint felében szedte a gyógyszert.

A két csoport betegét nem különböztetjük egymástól a nemek arányát (PPI+: ffi/nő=83/52, PPI-: ffi/nő=51/52), az átlag életkort (össz:56,5±10,8; PPI+ :57,5±13,1 PPI-: 56,7±10,2) és a betegség súlyosságát tekintve [PPI+: Chila/B/C=41(30,4%)/57(42,2%)/37(27,4%); PPI-:Chila/B/C=45(43,7%)/35(34%)/45(43,7%)], valamint hasonló volt az etiológiai megoszlás is.

Értékeljük az SPB-k előfordulásának valószínűségét PPI-t szedő [31(23%)] és PPI-t nem szedő betegeinkben [10(9,7%) p=0,009

OR:2,72 KI95%1,3-6]. Logisztikus regressziós analízis alapján a PPI szedése (p=0,024, OR: 2,458, 95%KI: 1,123-5,382), a Child-Pugh C stádium (p=0,025, OR: 1,7, 95%KI: 1,070-2,703) és a társbetegségek jelenléte (p=0,043, OR: 1,868, 95%KI: 0,921-3,786) az SPB-k előfordulásának független rizikó tényezőinek bizonyultak. Cox regressziós analízissel a PPI használat (p=0,042), a Child-Pugh stádium (p<0,001) és a társbetegségek (p=0,038) szignifikáns összefüggést mutattak az első infekcióig eltelt idővel is.

Konklúzió: Májzsugorban szenvedő betegek esetén PPI adása mellett nő az SPB kialakulásának kockázata, emiatt alkalmazása megfontolást igényel.

(megjegyzés: ± = plusz-minusz)

MAGAS ILEUS RITKA OKA- BOUVERET SYNDROMA

Völgyi Z.¹, Herman B.¹, Szenes M.¹, Gasztonyi B.¹, Belgyógyászat, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹

A szerzők a magas ileus egy ritka okáról a Bouveret szindrómáról számolnak be egy eset kapcsán. A kórkép első leírójáról kapta a nevét és gyomorkimeneti obstrukciót jelent, melyet egy cholecystoduodenális vagy cholecystogastricus fistulán át a bélrendszerbe jutott epekó okoz. A kórkép elsősorban idősebb nők betegsége és alapját a gyulladt epehólyag összefekvése képezi a szomszédos bélfallal, melyekben keringési zavar talaján nekrosis, majd fistula alakulhat ki, lehetőséget biztosítva az epekónek a béltraktusba jutásra. Ennek elsődleges lokalizációja az ileum, de mintegy 1-3 %-ban a duodenumba történik (Bouveret szindróma), általában nem jellegzetes tüneteket okozva. Elsődleges diagnosztikai eszköze a panendoscopia, mely az esetek csak mintegy 10 %-ban teszi lehetővé az impactálódott epekó egyidejű kivételét, a többség műtétre szorul. Kiegészítő diagnosztikus módszer lehet a CT vagy MR., mely megmutatja a fistula pontos helyét és az epehólyag állapotát is. A kórképet egy 72 éves beteg kapcsán mutatják be, akinél különböző endoszkopos technikákkal sem sikerült a pylorusba impactált epekó eltávolítása és gastrotomia történt, melyet követően sebész magfogóval távolította el az ileust okozó képletet.

A szerzők az eset kapcsán szeretnék felhívni a figyelmet a felső ileus egy ritka okára, melyre gondolni kell elsősorban idősebb, epekóval rendelkező betegeknél, akik bélzáródás tüneteit mutatják.

AUTOMATED CLASSIFICATION OF COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CARCINOMA IN TISSUE BIOPSIES USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE BASED IMAGE EVALUATION

Wichmann B.¹, Ittész P.², Valcz G.³, Szabó D.², Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.³, Tulassay Z.³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 3DHISTECH Ltd. Budapest, Hungary², Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary³

Background: Segmentation and rule based image analysis techniques can work well on standardized specimen. In case of atypical alterations with specimen inequalities these methods can fail in detecting colorectal adenoma, carcinoma. In recent years, new artificial neural networks based image evaluation techniques raised, which should work with a higher flexibility towards the real-life histological sample, quality issues.

Aims of the study: Develop a tissue component segmentation algorithm (epithelia, lamina propria, muscles, connective tissue, fat) based on pixel derived parameters using artificial neural networks. Testing and evaluation of the WND-Charm environment for automated pixel image based classification of colorectal alterations.

Methods: 20 normal, 20 adenoma, 20 dysplasia and 20 CRC tissue specimens were digitized using a slide scanner (Pannoramic 250, 3DHISTECH Ltd, Budapest, Hungary). Images were selected randomly from the digital slides. At least 20-20 900x600 pixel images were cut out and used as training set for lamina propria which involved epithelial layer and connective tissue. Weighted Neighbor Distance, Radial Basis Functions and K-nearest neighbour classifier techniques were used. Parallel with these evaluations we started to develop a tissue segmentation algorithm based on texture and color information.

Results: WND-Charm proved to be trainable classifier, however the first results could only be used for a limited number of training and testing images. Tissue components could be separated properly using

pixel colour and texture information with our alternative algorithm. One image, around 1 MP approximately took 1 minute to get evaluated. As one digital slide consists of more than thousand images optimization of the evaluation time will be necessary.

Conclusions: Artificial neural network, pixel image based image analysis techniques can be alternatives to traditional rule and segmentation based techniques.

183

A SÚLYOS STENOTIZÁLÓ/PENETRÁLÓ CROHN-BETEGSÉG ELLÁTÁSA SORÁN TAPASZTALT SZÖVŐDMÉNYEK ÉS TÁRSBETEGSÉGEK ELLÁTÁSA ÉS JELENTŐSÉGE GYAKORLATUNKBAN

Zsigmond F.¹, Szamosi T.¹, Tolmácsi B.¹, Bogsch B.¹, Szász N.¹, Schafer E.¹, Dunkel K.¹, Rábai K.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Honvédkórháza, Gasztroenterológiai Osztály¹

A 2009. és 2012. között eltelt 3 év alatt osztályunkon, a Honvédkórház Gasztroenterológiai Osztályán összesen 144 súlyos stenotizáló és/vagy penetráló Crohn-betegségben szenvedő beteget kezeltünk. Súlyosnak tekintettük a beteg állapotát, amennyiben stenotizáló forma esetén legalább 30 cm hosszú, szignifikáns szűkülete volt igazolható a kivizsgálás során, fistulázó forma esetén pedig belső fistula- és/vagy tályogrendszer volt kimutatható. A perianalis szövődményes formákat jelenleg nem vizsgáltuk. Leggyakrabban fertőzőes szövődményekkel találkoztunk, melyek összesítve betegeink 25%-ában jelentek meg. Epekővésség az esetek 2,8%-ában, vesekővésség, illetve cirrhosis hepatis az esetek 2%-ában nehezítette az ellátást. Egyéb társuló autoimmun betegség az esetek 5,55%-ában volt tapasztalható. A betegek bármely okból bekövetkező mortalitása 2,8% volt. Összesen hat betegekben diagnosztizáltunk malignus elváltozást. Thrombophilia két betegekben volt igazolható, míg egy esetben fordult elő agyi vascularis törtézés a kórlefolyás alatt. Előadásomban áttekintem a tapasztalt szövődményeket és társuló betegségeket, valamint azok hatását a kezelésre.

SZERZŐK NÉVSORA

Á

Ábrahám S. 1*, 97

Ádám T. 2*

Ágoston L. 35

Árva I. 148, 68

A

Adamkovich N. 84

Adányi N. 112

Altörjay I. 121, 38, 180, 117

Annaházi A. 135, 3*, 133

Antal-Szalmás P. 121

Aradán M. 89

Arató G. 157

Armbruszt S. 4*

B

B.Müller K. 50

Bacsikainé Beluzsár A. 5*

Bagi G. 82

Bak M. 120

Bakcsy Magyarosi D. 6*, 127

Balázs C. 112

Balgha V. 164, 10

Bali O. 152

Bálint L. 13, 7*

Balla E. 8*

Balla B. 70

Balla E. 174

Balogh M. 94, 93

Balogh G. 116

Balogh M. 58, 103

Balogh jn. G. 9*

Balogh sn. G. 9

Banai J. 148, 176, 82, 147, 43, 138, 60, 163, 20, 136, 179, 183, 68

Bándi I. 171

Baradnay G. 97

Baranyai Á. 164, 10*

Baranyai L. 64

Baricza S. 11*

Barna Z. 67

Barták B. 139, 125, 78, 49, 12*, 182, 113, 168

Bartus M. 4

Batár P. 38

Bély M. 129

Benedek G. 159

Benkő É. 135, 13*

Berczi L. 31

Berényi B. 14*

Berki T. 123, 62

Besznyák I. 39, 15*, 107, 24

Bézirard V. 133

Bíró G. 16*

Bittera B. 173, 17*

Blázovics A. 18*, 66

Bódi P. 19*

Bodor A. 8

Bogner B. 178, 122, 144

Bogsch B. 183, 147, 20*

Bóna Á. 50

Bonyár-Müller K. 128

Borbényi Z. 84

Bördös A. 43

Bori E. 21*

Böszörményi K. 137

Bozó A. 61

Bozóné Kegyes R. 22*

Brancati S. 167

Breitenbach Z. 145

Bronckers A. 21

Bueno L. 3, 133

Burai J. 130

Burai M. 23*, 29, 161, 120

Bursics A. 129, 15, 24*, 39, 107

C

Chamdin S. 25*

Csak T. 26*

Csécs-Varga B. 52

Csefkó K. 174, 8

Csepregi A. 27*, 28*

Cserepes É. 176

Csikós D. 29*

Csomó K. 30*

Csomor J. 157

Csontos Á. 31*, 47, 101

Czakó L. 162, 32*

Czigány Z. 169

Czimmer J. 144, 33*, 142

Czirják K. 34*, 35

Czuczor V. 35*

D

Dabi Á. 36*

Danicz I. 37*

Dániel Á. 156, 115

Dank M. 137

Dávid G. 93

Dávida L. 38*

Deák A. 52

Deák J. 108

Dede K. 39*, 107, 15

Deé K. 170, 40*

Dencs Á. 124

Dezsőfi A. 41*

Ditrói K. 66

Dóczi I. 7

Dolganuc A. 26

Doros A. 51

Dubravcsik Z. 153, 9, 42*, 105, 116

Dudás I. 165, 61

Dunkel K. 183, 147, 148, 43*

E

Ecsedy G. 81

Ember I. 128

Ender F. 81

Engelhardt R. 118

Erdélyi Z. 93, 58, 103, 94

Eutamene H. 133

F

Farkas K. 59, 45*, 108

Farkas É. 44*

Farkas K. 3, 111, 119, 155, 154, 53

Fazakas J. 51

Fazekas K. 46*

Fébel H. 66

Fechner K. 121

Fehérvári I. 51, 55

Fekete A. 24

Fekete B. 31, 101, 47*

Ferrier L. 133, 3

Figler M. 65, 22, 145, 128, 4, 50

Fischer T. 152

Földesi I. 3

Foldi I. 121

Forró G. 164

Francz M. 34

Fülöp A. 169, 48*
 Fűri I. 78, 125, 49*
 Fuszko M. 135
 Futó J. 89

G

G. Kisbenedek A. 50*
 Galamb O. 98, 78, 49, 125, 139, 109
 Gámán G. 55, 51*
 Ganz M. 26
 Garami T. 52
 Garamvölgyi Z. 112
 Garbaisz D. 169, 134
 Gárdonyi M. 52*
 Gasztonyi B. 181, 152
 Gecse K. 133, 53*, 108, 3
 Geisz A. 54*
 Gelley F. 51, 55*
 Gerlei Z. 55
 Gerner P. 41
 Gervain J. 56*, 71
 Goda M. 6
 Gódné M. 80
 Gódi S. 144, 57*
 Golcher H. 168
 Golovics P. 93, 103, 94, 58*
 Gombos K. 128
 Görög D. 55, 51
 Graffits É. 52
 Gray M. 76
 Grenda A. 172
 Gubicskó-Kisbenedek A. 128
 Gyimesi G. 59*
 Gyires K. 167
 Gyökeres T. 68, 20, 82, 43, 136, 147, 183, 176, 138, 60*, 179, 163, 148, 129
 Gyorgyev K. 74
 Györke T. 61
 Gyulai R. 111

H

Hahn O. 61*, 165
 Hajnal B. 128
 Hajnal-Papp R. 172
 Halasz M. 62*
 Hamvas J. 159, 63*, 160, 2,

36, 25
 Harisi R. 64*
 Harnos F. 20
 Harsányi L. 169, 134, 14, 48, 165, 70, 115, 156
 Hartmann E. 65*, 40
 Hatvani M. 131
 Hegedűs V. 115
 Hegedűs V. 66*, 169
 Hegedűs I. 178
 Hegedűs V. 134
 Hegedűs I. 144
 Hegyi P. 106, 118, 91, 76, 54, 177, 119
 Herczeg G. 14
 Herman B. 181, 152
 Herszényi L. 101, 31, 173, 67*, 17, 47
 Ho C. 28
 Hodossy M. 68*
 Höhn T. 28
 Hollósi M. 136
 Homoky Z. 69*, 37
 Horváth Á. 103, 93
 Horváth G. 71
 Horvath E. 70*
 Horváth Z. 146
 Horváth L. 110
 Horváth Á. 94
 Horváth Z. 132
 Horváth Ö. 122
 Horváth Á. 58
 Horváth Ö. 178
 Horváth I. 8
 Hritz I. 110
 Hungarian Centres for Hepatology -. 56
 Hunyady B. 52, 123, 71*, 124

I

Igaz I. 164, 72*
 Illés A. 141, 73*, 95, 144
 Inczefi O. 3, 133
 Iszlai É. 34
 Ittész P. 182
 Iványi A. 20, 179
 Izbéki F. 3, 135, 91, 74*, 7

J

Jackel M. 20, 136
 Jakab F. 124
 Jánoki M. 75*
 Jeney A. 64
 Jn. Balogh G. 105
 Jozilan H. 70
 Judák L. 76*
 Juhász M. 67, 101, 47, 31, 173

K

Kalecz Z. 2
 Kálmán E. 141
 Kálmán J. 77*
 Kalmár A. 98, 168, 78*, 113, 125, 139, 12, 49
 Kalmárné Kubinyi I. 2
 Kánainé V. 86, 132, 146, 79*
 Kandikó K. 82
 Kapin M. 34
 Káposztás Z. 80*
 Kappelmayer J. 121
 Kardos K. 20, 179
 Kári D. 81*
 Karner T. 148
 Kásler M. 161
 Kecskédi B. 81
 Kecskés F. 82*
 Kelemen D. 122
 Kemény L. 177
 Kempler P. 175
 Kepes L. 165
 Kerényi M. 145
 Király Á. 88, 83*
 Kisbenedek A. 145
 Kisfali P. 123
 Kiss I. 85
 Kiss T. 154
 Kiss G. 132
 Kiss T. 84*
 Kiss L. 93
 Kiss G. 146, 79
 Kiss I. 59
 Kiss J. 59
 Kiss I. 85*
 Kiss L. 58, 94
 Kiss J. 85
 Kiss G. 86*
 Kiss I. 84

Kiss L. 103
 Kiszler G. 171
 Kleiner D. 66, 169, 18
 Kóbori L. 55, 51
 Kocsis I. 134
 Kocsis M. 135
 Kodys K. 26
 Kokas M. 87*, 6, 127, 90
 Kolozsvári E. 19
 Komár A. 88*
 Komáromi E. 103, 58, 94, 93
 Kőmíves C. 89*, 164
 Koós T. 68
 Koráné Patkás C. 96
 Kornyei J. 64
 Korom C. 61
 Korsós D. 81
 Kósa R. 20
 Kósa J. P. 70
 Köteles R. 19
 Kovács T. 169
 Kovács B. 50
 Kovácsné Tomasits K. 87, 90*
 Kövesdi A. 151
 Kozlovsky M. 171
 Kravják A. 144
 Krenács T. 98
 Kristo K. 64
 Kui R. 111
 Kukor Z. 30
 Kumar Singh A. 118
 Kupcsulik P. 14, 165, 70, 61
 Kursinszki L. 18
 Kurt-Jones E. 26

L

Laczkó D. 135, 91*
 Laczkóné Majer R. 92*
 Lakatos L. 103, 94
 Lakatos P. 121, 94*
 Lakatos G. 173
 Lakatos P. 103, 58
 Lakatos L. 93*
 Lakatos P. 93
 Lakatos É. 170
 Lakatos L. 58
 Lakatos P. A. 70

Landherr L. 39
 Láng I. 80
 Láng J. 17, 173
 Langhammer S. 95*
 Lásztity N. 96*
 Lázár M. 175
 Lázár G. 1, 97*
 Leiszter K. 12, 98*, 168, 125, 49, 78, 113
 Lelovics Z. 40, 65, 170
 Lengyel G. 55
 Lengyel K. 35
 Lengyel C. 175
 Lengyel G. 124
 Lengyel K. 99*
 Lestár B. 68, 20, 136
 Lippai D. 26
 Lombay B. 100*
 Lőrincz M. 96
 Lőrinczy K. 101*, 47, 31
 Lotz G. 102*, 115, 169, 48, 134, 156
 Lovász B. 103*, 94, 93, 58
 Lovay Z. 81
 Lukács M. 104*
 Lukovich P. 14

M

Madácsy L. 105*, 153, 9, 42, 104, 110, 116
 Makara M. 71
 Makhajda E. 7, 13
 Maléth J. 119, 106*
 Mandel M. 58, 94
 Márk L. 50
 Márton A. 38
 Márton B. 144
 Mátéka I. 84
 Máthé Z. 41
 Melegh B. 123
 Mersich T. 39, 15, 24, 107*
 Mester G. 94, 93, 103, 58
 Mihály E. 173, 67
 Miheller P. 55, 101, 67, 173, 47, 31
 Minik K. 172
 Miseta A. 124
 Molnár B. 12
 Molnár J. 112*
 Molnár T. 53

Molnár B. 139
 Molnár T. 111*
 Molnár C. 103
 Molnár B. 125, 168
 Molnár T. 3, 155, 154
 Molnár C. 93
 Molnár T. 133, 110*, 119, 108*, 45
 Molnár B. 109*, 171, 49
 Molnár C. 58
 Molnár B. 78, 98, 182, 113
 Molnár C. 94
 Müller K. 145
 Müllner K. 67

N

Náfrádi J. 85
 Nagy B. 131
 Nagy F. 155, 111
 Nagy T. 161
 Nagy B. 37, 69
 Nagy F. 119, 3
 Nagy É. 104
 Nagy Z. 139
 Nagy F. 154
 Nagy E. 59
 Nagy T. 120
 Nagy A. 69
 Nagy P. 107, 31
 Nagy Z. 168, 182, 49
 Nagy F. 45
 Nagy G. 152
 Nagy Z. 125
 Nagy A. 96
 Nagy Z. 113*, 137
 Nagy F. 108
 Nagy Z. 12, 78
 Nagy F. 53
 Nath B. 26
 Nemes B. 55, 51
 Nemes A. 101
 Németh A. 173, 67
 Németh J. 167
 Novák J. 114*

O

Oduncu F. 137
 Oláh T. 9
 Olah J. 64
 Ollé G. 74

Ó

Ónody P. 48, 156, 134,
115*, 169

O

Orbán K. 119
Orosz P. 172
Ottlakán Jr. A. 1

P

Pajor P. 61
Pajor L. 144
Pajor P. 165
Pák P. 116*, 105, 9
Pakodi F. 142, 57, 141, 144
Palatka K. 117*, 38
Pálincás L. 62, 123
Pallagi P. 118*
Pallagi É. 111
Pallagi-Kunstár É. 119*
Pandur T. 94, 103, 58, 93
Pap Á. 130, 120*, 161, 80,
29, 23
Papós M. 175
Papp M. 117
Papp R. 122*
Papp M. 121*, 180
Pár G. 95
Par G. 123*
Pár A. 123, 62
Pár G. 62
Pár A. 124*
Pár G. 122, 144, 124
Paragh G. 117
Paszt A. 97, 1
Patai Á. 125
Patai A. 171
Patai V. Á. 12, 113, 49,
139, 168, 125*, 78, 98
Paulovicsné Kiss M. 126*
Pávics L. 175
Pécsi G. 127*, 87, 6, 90
Peták I. 137, 151
Péter A. 55
Péterfia B. 125, 49
Petrasek J. 26
Piche T. 133
Pieler J. 97
Ping O. 15, 24
Pink T. 8, 174

Pintér T. 75
Pintér F. 151
Polreisz J. 90, 87
Polyák É. 128*, 50, 145,
135
Pomizs I. 156, 115
Porkoláb A. 145
Pörneczy B. 24, 39, 129*
Pozsár J. 161, 23, 120, 130*
Prikkel A. 131*
Prokisch J. 66
Puskás L. 177

R

Rábai K. 138, 179, 163,
183, 148, 147, 43
Rácz I. 132*, 79
Rácz F. 99
Rácz I. 146, 86
Rácz F. 35
Rakonczay Z. 76, 91, 119,
54, 177, 106
Rakonczay Jr. Z. 118
Rapcsányi A. 10
Rázga Z. 119
Regőczy H. 146, 79, 132,
86
Riederer B. 118
Rigó Jr. J. 112
Ringel Y. 133
Ringel-Kulka T. 133
Róbertné Hasúlyó E. 68
Róka R. 91, 74, 7, 3, 133*,
135
Rosero O. 169, 156, 48,
134*, 115
Rosztóczy A. 135*, 7, 133,
74, 3, 91
Róvó L. 1
Rusvai E. 124
Rusznay K. 60, 136*
Ruzsa Á. 152

S

Sahin P. 137*, 164, 89, 72
Sahin-Tóth M. 54
Salamon Á. 101
Salamon F. 39, 24
Sárváry E. 51
Schafer E. 60, 68, 148, 179,

163, 183, 147, 20, 138*
Schaff Z. 70
Schellerer V. 168
Schöller A. 12, 139*, 113,
78, 168, 125
Schumet P. 36, 25
Schwab R. 151, 137
Seidler U. 118
Serényi P. 42
Seres L. 140*
Seres I. 117
Siket F. 149
Simonka Z. 1, 97
Sipos F. 98, 109, 78
Sipos P. 19
Sipos F. 12
Sipos Z. 74
Sipos F. 49, 168
Solt J. 73, 57, 141*
Somodi K. 9
Somogyiné Kolozsvári M.
142*
Somorácz Á. 70
Soós I. 8, 174
Sovány I. 143*
Spisák S. 49, 139, 12, 113,
109, 78
Sréter L. 139
Stöhr R. 168
Sümegi J. 172
Szabó E. 151
Szabó S. 128
Szabó D. 182
Szabó S. 145*
Szabó E. 59, 29
Szabó A. 159
Szabó M. 159
Szabó I. 144*
Szabó T. 127
Szabó A. 160
Szabó I. 33
Szabó A. 54
Szabó Z. 176
Szabó S. 50
Szabó D. 171
Szabo G. 26
Szakál G. 8
Szalai M. 86, 146*, 79, 132
Szalay F. 70, 71, 124, 100
Szalayné Gazda É. 68

Szamosi T. 147*, 148, 163, 183
 Szász N. 183, 148*, 147
 Szász-Veres E. 110
 Szegedi J. 34
 Székely G. 143
 Székely C. 151*
 Székely G. 64
 Székely G. 149*, 157, 150*
 Székely H. 67
 Székely G. 16
 Szekeres V. 7
 Széll M. 54
 Szenes M. 181, 152*
 Szentirmay Z. 161
 Szentpétery F. 15
 Szentpétery L. 179
 Szepes Z. 108, 155*
 Szepes A. 105
 Szepes Z. 111, 53, 154*
 Szepes A. 141, 153*
 Szepes Z. 45, 119
 Szepes A. 42, 116
 Szepes Z. 162
 Szereday L. 123, 62
 Szijártó A. 156*, 169, 134, 48, 115, 66
 Szilágyi I. 15, 107
 Szilvás Á. 18, 157*, 150, 149
 Szipocs I. 93, 94, 58, 103
 Szőke J. 120
 Szőnyi L. 41, 158*
 Szűcs M. 111, 3, 45, 155
 Szűcsné N. 131
 Szvatek A. 82

T

Takács R. 159*, 63, 160*
 Takács M. 124
 Takács R. 36
 Takács T. 118
 Takács R. 25, 175
 Taller A. 107
 Talliánné Soós J. 87, 90
 Tamás J. 134
 Tarpay Á. 23, 120, 130, 29, 161*
 Teknős D. 15, 39
 Telekes A. 151

Telkes G. 55
 Terhes G. 108
 Terzin V. 32, 162*
 Theodorou V. 3, 133
 Tiszai A. 7, 13, 84
 Tiszlavicz L. 84, 85
 Tiszóczki É. 82
 Tóbiás B. 70
 Tolmácsi B. 147, 183, 163*
 Topa L. 164*, 72, 89, 10, 137
 Tornai I. 180, 71, 124, 121
 Török É. 165*
 Tóth K. 78
 Tóth L. 137
 Tóth K. 125
 Tóth G. 166*
 Tóth K. 168*
 Tóth G. 143
 Tóth K. 12, 119, 113
 Tóth L. 80
 Tóth V. 167*
 Tóth L. 10, 127
 Tóth K. 49, 98
 Tóth L. 164
 Tóthné Lestár A. 110
 Tresó B. 124
 Tulassay Z. 113, 171, 101, 78, 31, 182, 12, 49, 98, 139, 47, 125, 67, 109, 173, 168, 17
 Turóczy Z. 48, 169*
 Tusnádi A. 124

U

Udvardi P. 131
 Udvardy M. 121, 38

V

Vadászi K. 135
 Vági Z. 170*
 Valcz G. 78, 109, 171*, 12, 49, 125, 168, 98, 182
 Vanca T. 14
 Varga M. 8
 Varga L. 97
 Varga M. 173*, 67
 Varga G. 21
 Varga M. 174*, 17
 Varga L. 172*

Varga M. 89
 Varga G. 179
 Vári T. 2
 Várkondi E. 151
 Várkonyi T. 175*
 Varsányi M. 176*
 Velkei T. 116
 Vén L. 34
 Venglovecz V. 106, 177*, 118, 76, 119, 91
 Veréb Z. 117
 Veres G. 98
 Villai A. 26
 Villangó B. 136
 Vincze Á. 95, 178*, 124, 123, 33, 141
 Vincze A. 75
 Vincze Á. 73
 Vincze A. 62
 Vincze Á. 57, 104, 144
 Virányi Z. 153
 Visnyei Z. 179*, 20
 Vitális Z. 180*
 Vitalis Z. 121
 Völgyi Z. 152, 181*

W

Wacha J. 77
 Wattay P. 152
 Wichmann B. 182*, 171, 168, 98, 12, 49, 78, 113, 125
 Wittmann T. 91, 3, 133, 32, 45, 155, 53, 135, 111, 74, 108, 119, 154, 85, 162, 13, 7, 175, 84, 59, 118

Z

Zádori Z. 167
 Zádori G. 51, 55
 Zaid B. 59
 Zaka Z. 137
 Zalutnay A. 17
 Zentai Á. 37
 Zolnai Z. 10
 Zs.Tóth E. 120
 Zsigmond F. 179, 43, 183*, 138, 147, 163, 68
 Zsirka-Klein A. 165, 61
 Zvara Á. 177

KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönötet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 54. 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 54th Annual Meeting.

- | | | |
|---|--|---|
| • ABBOTT Laboratories Kft.
Budapest | • IZOTÓP INTÉZET Kft.
Budapest | • OMIKRON Kft.
Szentendre |
| • ALLEGRO Kft.
Budapest | • Janssen-Cilag Kft..
Budapest | • ORIFLAME.
Budapest |
| • ALFA WASSERMANN Hungary Kft.
Budapest | • JOHNSON & JOHNSON Kft.
Budapest | • ORMA 2000 Kft.
Szeged |
| • ALLINAD ELECTRO THERAPEUTIC Kft.
Budapest | • MedServ-KPS
Budapest | • PENTACORE LABORATÓRIUM SEMMELWEIS KFT.
Budapest |
| • ANAMED Kft.
Budapest | • KRKA Magyarország Kft.
Budapest | • PHYTOTEC Hungária Bt.
Budapest |
| • ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | • LISZTÉRZÉKENYEK Egyesület
Budapest | • RECKITT BENKISER Magyarország Kft.
Budapest |
| • BAYER HUNGÁRIA Kft.
Budapest | • LITERATURA MEDICA KIADÓ
Budapest | • RICHTER GEDEON Nyrt.
Budapest |
| • BOEHRINGER INGELHEIM PHARMA
Budapest | • MEDICINA Könyvkiadó Zrt.
Budapest | • ROCHE (Magyarország) Kft.
Budaörs |
| • Bristol-Myers Squibb Kft..
Budapest | • MEDICONS Kft. – Dr. Falk Pharma Képviselő
Budapest | • Sager Pharma Kft.
Budapest |
| • ELEKTRO-OXIGÉN Kft.
Budapest | • MELÁNIA KIADÓI Kft.
Budapest | • SANDOZ HUNGÁRIA Kft.
Budapest |
| • ENDOCAM Kft.
Székefehérvár | • MICROMEDICAL Kft.
Budapest | • SCHWABE Hungary Kft.
Budapest |
| • ENDO-PLUS-SERVICE Kft.
Budapest | • MSD
Budapest | • SpringMed Kiadó Kft.
Budapest |
| • FERRING MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | • NESTLÉ HUNGÁRIA Kft.
Budapest | • STRATHMANN AG&CO
Budapest |
| • HUN-MED Kft.
Budapest | • Nycomed Pharma Kft, Hungary-
a Takeda Company
Budapest | • TEVA Magyarország Zrt.
Budapest |
| • IZINTA Kereskedelmi Kft.
Budapest | • OMCH Egészségügyi Szolg. Kft.
Budapest | • Vitaminkosár Kft..
Budapest |

NOTES

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN
--

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Roche (Magyarország) Kft.	Pegasys	BII
Roche (Magyarország) Kft.	Pegasys	6
Ferring Magyarország Kft.	Picoprep	12
Strathmann AG&CO	Laluk	20
Strathmann AG&CO	Lactase	23
Alfa Wassermann Hungary Kft.	Normix	26
MSD Kft.	Victrelis	28
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa 1g	40
Strathmann AG&CO	Hegrimarin	49
Abbott Laboratories	Kreon	50
Nycomed Pharma Kft. – Takeda Company	Controloc	52
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa 1g	54
Olympus-Anamed Kft.	Evis Exera III.	58
Richter Gedeon Nyrt.	Pafenon	60
Teva Magyarország Zrt.	Rabyprex	64
Sager Pharma Kft.	Meteospasmyl	73
Sager Pharma Kft.	Meteospasmyl	74
Nycomed Pharma Kft. – Takeda Company	Controloc	76
Richter Gedeon Nyrt.	Pafeneon	B III
Richter Gedeon Nyrt.	Quamatel	B IV