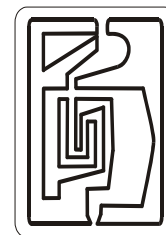


Magyar Gasztroenterológiai
Társaság
Hungarian Society of
Gastroenterology



55. Nagygyűlés

55th Annual Meeting of the
Hungarian Society of Gastroenterology

PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

Tihany, 2013. május 31. - június 4.

PROGRAM / ABSTRACTS

Tihany, May 31- 4 June, 2013
Hungary

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 55. Nagygyűlése

Program / Előadás kivonatok

Tihany, 2013. május 31 - június 4.

**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.*

2013.

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)	12
Interdiszciplináris szimpózium, Családorvosok fóruma	14
Hepatológia (előadások / posztterek)	15
Sebészet (előadások)	18
Endoszkópos asszisztensek ülése II.	19
MSD szimpózium	23
Közgyűlés / Emlékelőadások / Díjátadások	24
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei	25
Finanszírozási szimpózium	28
Kapszula Endoszkópia / Endoszkópia II. (előadások)	29
Táplálkozástudomány és dietetikát (előadások)	30
Bélbetegségek (előadások)	33
Kutatói fórum (előadások)	37
AlfaWassermann szimpózium	43
Janssen szimpózium	45
Ferring szimpózium	47
Az anyagcsere betegségeinek hatása a tápcsatorna működésére (lipid- metabolizmus, cukorbetegség, vasanyagcsere, rézanyagcsere) (főtéma) ..	48
Acut pancreatitis (referátum)	49
GERD szimpózium	49
Richter szimpózium	51
Motilitás (előadások)	53
Endoszkópia III. (előadások)	55
Pancreas (előadások)	57
Ultrahang, Gyermekgasztroenterológia (előadások)	60
Learning Center	61
Endoszkópos ultrahang (előadások)	62
Onkológia (előadások)	64
Takeda szimpózium	67
Vascular Venture szimpózium	69
KPS szimpózium	71
Legfontosabb fordulópontok az IBD gondozása során (főtéma)	72
Előrejelezhető-e a gyulladásos bélbetegségek lefolyása? (referátum)	72
MSD szimpózium	73
Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (posztterek) ..	74
Előadás kivonatok	78
Szerzők névsora	133
Kiállítók és hirdetőik	139
Hirdetések listája	140

55th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Tihany, 31 May - 4 June, 2013

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
Vegyzs u. 17-25.

2013.

CONTENTS

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

Premeetings:

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

Program:

Postgraduate Course	8
Meeting of GI nurses and endoscopy associates I.	10
Exhibitors' meeting	11
Endoscopy I. (oral presentations)	12
Interdisciplinary discussion, Forum of Family doctors	14
Hepatology (oral presentations / posters)	15
Surgery (oral presentations).....	18
Meeting of GI nurses and endoscopy associates II.	19
MSD symposium	23
General assembly, Memorial lectures, Awards	24
List of awarded gastroenterologists of HSG	25
Financing symposium.....	28
Capsula Endoscopy / Endoscopy II. (oral presentations)	29
Nutrition and dietetics (oral presentations).....	30
Bowel diseases (oral presentations).....	33
Research forum (oral presentations).....	37
AlfaWassermann symposium	43
Janssen symposium.....	45
Ferring symposium	47
The effect of metabolic disorders on the function of the digestive system – lipid metabolism, diabetes mellitus, iron metabolism, copper metabolism (main topic)	48
Acut pancreatitis (state of art lecture).....	49
GERD symposium.....	49
Richter symposium	51
Motility (oral presentations)	53
Endoscopy III. (oral presentations).....	55
Pancreas (oral presentations)	57
Ultrasound, Pediatricgastroenterology (oral presentations).....	60
Learning Center	61
Endoscopic ultrasound (oral presentations).....	62
Oncology (oral presentations).....	64
Takeda symposium	67
Vascular Venture symposium.....	69
KPS symposium	71
Decision turing points in IBD care (main topic).....	72
Is the disease course predictable in inflammatory bowel diseases? (state of art lecture) ...	72
MSD symposium	73
Challenges, Clinicopathology, Case reports (posters)	74
Abstracts	78
Alphabetic list of authors.....	133
Exhibitors and advertisers.....	139
List of advertisers	140

55TH ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

Tihany, Club Tihany ,. 1 May - 4 June, 2013

MAY. 31, FRIDAY	JÚN. 1, SATURDAY			JÚN. 2, SUNDAY			JÚN. 3, MONDAY			JÚN. 4, THUESDAY	
	8.30 –9.00 Mounting of posters									8.00 –8.30 Mounting of posters	
	9.00-12.30 MGT Postgraduate course : 1. Colorectalis carcinoma. What can we improve? 2. Ultrasound-guided interventional procedures in gastroenterology		11.00-13.00 Endoscopy nurses and associate’s meeting I.	9.00 - 12.00 “Hetényi Géza" memorial lecture "Magyar Imre" memorial lecture Lectures of honorary members Honours Simor Pál Award GENERAL ASSEMBLY			8.30 - 9.00 Ferring symposium			8.30 – 9.00 KPS symposium	
				9.00 – 11.00 The effect of metabolic disorders on the function of the digestive system – lipid metabolism, diabetes mellitus, iron metabolism, copper metabolism			9.00 – 11.00 Decision turing points in IBD care				
				11.05 – 11.35 Acut pancreatitis			11.05-11.35 Is the disease course predictable in inflammatory bowel diseases?				
From 12.00	12.30 Exhibitors meeting	12.00 - 14.00 Lunch					11.45-12.15 GERD symposium			11.40-12.40 MSD symposium	
	Ebéd						13.00-14.00 Learning Center				
	14.00-16.00 Lectures Endoscopy I.	14.00-17.30 Lectures Hepatology	14.00-15.00 Lectures Surgery 15.00-19.00 Lectures Endoscopy nurses and associates’s meeting II.	14.00-15.10 Lectures Capsule Endoscopy (Endoscopy II.) 15.10-17.30 Lectures Nutrition and dietetics	14.00 – 18.00 Lectures Bowel diseases	14.00-18.00 Lectures Research forum	14.00 - 14.30 Richter symposium			14.00 – 18.00 CHALLENGES, DILEMMAS CASE REPORTS MISCELLANEOUS POSTERS VIDEO COMMENTARY DISCUSSION	
	16.00-17.30 INTERDISCIPLI NARY SYMPOSIUM, FORUM OF GENERAL PRACTITIONERS							14.30–16.00 Lectures Motility	14.30-16.50 Lectures Pancreas		
16.30 - 18.00 Pre Meeting						16.00-17.50 Lectures Endoscopy III.	16.50-18.00 Lectures Ultrasound, Pediatricgastr oenterology	16.00-17.50 Lectures Oncology			
Roche symposium	17.30 - 18.30 MSD symposium			18.00 – 19.00 AlfaWassermann symposium			18.00 - 19.00 Takeda symposium				
				19.00 – 20.00 Janssen symposium			19.00 - 20.00 Vascular Venture symposium				

Lunch: 12.00 - 14.00

Numbers in circle indicate the lecture hall, Wimbledon Hall, Levendula Hall I. Levendula Hall II.

MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 55. NAGYGYŰLÉSE

Tihany, Club Tihany , 2013. május 31- június 4

MÁJ. 31, PÉNTEK	JÚN. 1, SZOMBAT			JÚN. 2, VASÁRNAS			JÚN. 3, HÉTŐ			JÚN. 4, KEDD		
	8.30 –9.00 Posztterek elhelyezése									8.00 –8.30 Posztterek elhelyezése		
	9.00-12.30 MGT Postgraduális képzés: 1. Colorectalis carcinoma. Mit tudnánk javítani . 2. Ultrahangvezérelt inter- venciós beavatkozások a gasztroenterológiában		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			8.30 - 9.00 Ferring szimpózium			8.30 – 9.00 KPS szimpózium		
				9.00 – 11.00 Az anyagcsere betegségeinek hatása a tápcsatorna működésére (lipid- metabolizmus, cukorbetegség, vas- anyagcsere, rézanyagcsere)			9.00 – 11.00 Legfontosabb forduló- pontok az IBD gondozása során					
				11.05 – 11.35 Acut pancreatitis			11.05-11.35 Előrejelezhető-e a gyulladásos bélbetegségek lefolyása?					
			12.00-13.00 Finanszírozás szimpózium									
REGISZTRÁLÁS	12.00 – től	12.30 Kiállítók kö- szöntése	12.00 - 14.00 Ebéd		Ebéd			11.45-12.15 GERD szimpózium			11.40-12.40 MSD szimpózium	
										13.00-14.00 Learning Center		
	14.00-16.00 Előadások	14.00-17.30 Előadások	14.00-15.00 Előadások	14.00-15.10 Előadások	14.00 – 18.00 Előadások	14.00-18.00 Előadások	14.00 - 14.30 Richter szimpózium			14.00 – 18.00 KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉLÉSEK Vegyes posztterek Video közvetítéses vita		
							Endoszkópia I.	Hepatológia	Sebészet			Kapszula Endoszkópia (Endoszkópia II.)
	16.00-17.30 INTERDISZCIP- LINÁRIS SZIM- PÓZIUM		15.00-19.00 Előadások	15.10-17.30 Előadások			Motilitás	Pancreas	Endoszkópos Ultrahang			
CSALÁDORVO- SOK FÓRUMA		Endoszkópos asszisztensek ülése II.	Táplálkozás- tudomány és dietetika			16.00-17.50 Előadások	16.50-18.00 Előadások	16.00-17.50 Előadások				
16.30 - 18.00 Pre Meeting							Endoszkópia III.	Ultrahang, Gyermekeg.	Onkológia			
	17.30 - 18.30 MSD szimpózium			18.00 – 19.00 AlfaWassermann szimpózium			18.00 - 19.00 Takeda szimpózium					
Roche szimpózium				19.00 – 20.00 Janssen szimpózium			19.00 - 20.00 Vascular Venture szimpózium					

Ebéd: 12.00 - 14.00

A körökbe írt számok az előadótérmet jelzik, Wimbledon terem, Levendula I. terem Levendula II. terem

2013. május 31. Péntek
31 May, Friday
12.00 – 20.00

Club Tihany Főépület

REGISZTRÁLÁS / REGISTRATION

2013. május 31. Péntek
31 May, Friday
16.30 – 18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ROCHE SZIMPÓZIUM / ROCHE SYMPOSIUM
PREMEETING

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday
9.00 – 12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

9.00 – 10.45

COLORECTALIS CARCINOMA. MIT TUDNÁNK JAVÍTANI? COLORECTALIS CARCINOMA. WHAT COULD WE IMPROVE?

Moderátorok: Palatka Károly, Debrecen Molnár Tamás, Szeged

- 9.00 **JELENLEGI SZŰRŐMÓDSZEREK ÉRZÉKENYSÉGE, KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGA, BUKTATÓI**
CURRENTLY USED FILTERING METHODS AND ITS SENSITIVITY, COST-EFFECTIVENESS, PITFALLS
Nagy Ferenc, Szeged
- 9.13 **KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI MODELL A MAGYAR CRC SZŰRÉSI STRATÉGIÁHOZ**
COST-EFFECTIVENESS MODEL TO THE HUNGARIAN CRC FILTERING STRATEGY
Hersényi László, Budapest
- 9.26 **FOKOZOTT RIZIKÓJÚ BETEGEK KISZŰRÉSE, GONDOZÁSA**
FILTERING AND CARING ABOUT INCREASED RISK-FACTOR PATIENTS
Tam Beatrix, Szekszárd
- 9.39 **POLYPECTOMIA - TECHNIKAI NEHÉZSÉGEK, BUKTATÓK. POSTPOLYPECTOMIÁS GONDOZÁS**
POLYPECTOMIA – TECHNICAL DIFFICULTIES, PITFALLS. POSTPOLYPECTOMICAL CARING
Molnár Tamás, Szeged,
- 9.52 **CRC VÁLTOZÓ KLINIKUMA ÉS TÜNETEI: DOGMÁK ÉS HASZNÁLHATÓ JELEK**
CRC CHANGING IN CLINICAL PRACTISE AND SYMPTOMS: DOGMAS AND USEABLE SIGNS
Palatka Károly, Debrecen
- 10.05 **COLORECTALIS TUMOROK ÉS METASZTAZISOK SEBÉSZETI ELLÁTÁSA**
SURGICAL THERAPY OF COLORECTALIC TUMORS AND METASTASES
Káposztás Zsolt, Budapest
- 10.18 **A CRC KEMO-RADIOTHERÁPIÁJA**
CHEMO-RADIOTHERAPY OF CRC
Uhercsák Gabriella, Szeged
- 10.31 **ÖSSZEGZÉS: A GONDOZÁS ÉS A KÖVETÉS KÉRDÉSEI**
CONCLUSIONS: QUESTIONS OF THE CARING AND FOLLOW-UPS
Wittmann Tibor, Szeged

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

10.45 – 12.30

ULTRAHANGVEZÉRELT INTERVENCIÓS BEAVATKOZÁSOK A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN <i>ULTRASOUND-GUIDED INTERVENTIONAL PROCEDURES</i> <i>IN GASTROENTEROLOGY</i>

Moderátorok: **Gervain Judit**, Székesfehérvár

Székely György, Budapest

10.45 BEVEZETŐ

Gervain Judit, Székesfehérvár

11.00 UH VEZÉRELT DIAGNOSZTIKUS BEAVATKOZÁSOK

ULTRASOUND-GUIDED DIAGNOSTIC PROCEDURES

Gervain Judit, Székesfehérvár

11.15 UH VEZÉRELT TERÁPIÁS BEAVATKOZÁSOK

ULTRASOUND-GUIDED THERAPEUTIC PROCEDURES

Winternitz Tamás, Budapest

11.30 TRANSRECTALIS ULTRAHANG VIZSGÁLAT

TRANSRECTAL ULTRASOUND EXAMINATION

Székely György, Budapest

11.45 KONTRASZTANYAGOS UH VIZSGÁLAT

CONTRAST-ENHANCED ULTRASOUND EXAMINATION

Jakab Zsuzsa, Budapest

12.00 UH VEZÉRELT ABLÁCIÓS KEZELÉSEK

ULTRASOUND-GUIDED ABLATION TREATMENTS

Doros Attila, Budapest

12.15 ENDOSZKÓPOS UH VEZÉRELT INTERVENCIÓS ELJÁRÁSOK

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED INTERVENTIONAL PROCEDURES

Czakó László, Szeged

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday
11.00 – 13.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

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

Üléselnökök:

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

11.00 **MEGNYITÓ**

11.05 **ET ÚJDONSÁGOK**

Simoradik Gyöngyi, Anamed Kft.

11.20 **OVER- THE – SCOPE – CLIP (OTSC) ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT ELSŐ TAPASZTALATAINK.**

Bacsainé B.¹, Borsod – Abaúj – Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház¹

11.30 **PEG IMPLANTÁCIÓ PHARYNGOCUTAN FISTULÁN KERESZTÜL**

Molnár T.¹, Tóthné Lestár A.¹, Horváth L.¹, Keresztesi M.², Vida I.², Rüll M.², Izbéki E.¹, Fejér megyei Szent György Kórház I.Belgyógyászat Endoszkópia Székesfehérvár¹, Fejér Megyei Szent György Kórház Fül-Orr-Gégészeti Székesfehérvár²

11.40 **VASTAGBÉL TUMOROK PREOPERATIV ENDOSZKÓPOS JELÖLÉSE SAJÁT VÉRREL LAPAROSKOPOS MŰTÉTEKHEZ**

Tari K.¹, Lukovich P.¹, Harsányi L.¹, Weltner J.¹, Völgyi Z.², Vecseyné Könczöl K.², Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg²

11.50 **„MI A HELYZET A GYALOGOSOKKAL?”-AVAGY HOGYAN LEGYÜNK JÓ ENDOSKOPOS ASSZISZTENSEK**

Gárdonyi M.¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, Gasztroenterológia / Endoszkópos labor¹

12.00 **NEMZETKÖZI ENDOSZKÓPOS ÉLŐSHOW (ESGE) – HÁZIGAZDA ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS SZEMMEL**

Micskó É.¹, Bezsenyi A.¹, Csorba É.¹, Holti A.¹, Toldi M.¹, Vági M.¹, Lippai G.¹, Gyökeres T.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest¹

12.10 **ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSKÉNT, NEMZETKÖZI CSAPATBAN, AVAGY MIT TANULTUNK, TAPASZTALTUNK**

Méhész E.¹, Szvatek A.¹, Kandikó K.¹, Bagi G.¹, Kecskés S.¹, Nagy A.¹, Tiszóczy É.¹, Gyökeres T.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest¹

12.20 **NEMZETKÖZI ENDOSZKÓPOS ÉLŐSHOW (ESGE) - NŐVÉR SZEMMEL**

Hódosi M.¹, Koós T.¹, Gazdag É.¹, Szita K.¹, Hasulyó E.¹, Molnár I.¹, Szász N.¹, Visnyei Z.¹, Bogsch B.¹, Tolmácsi B.¹, Schafer E.¹, Gyökeres T.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest¹

12.30 **POSZTER**

TEAM MUNKA A FELSŐ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉSEK ELLÁTÁSÁBAN Bagosi T.¹, Muszelyné J.¹, Tóth M.¹, Ádám T.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterológia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

2013. június 1. Szombat
1. June, Saturday
12.30 -tól

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE / EXHIBITORS' MEETING

Üléselnökök/Chairmen:

Hunyady Béla, Kaposvár

Hersényi László, Budapest

Szalay Ferenc, Budapest

2 **A KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE**
Welcome greeting

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

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday
14.00 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chairmen:

Gyökerez Tibor, Budapest **Takács Tamás**, Szeged **Topa Lajos**, Budapest

14.00 EVALUATION OF THE EFFECT OF SIMULATOR PRACTICE ON TRAINEES' CLINICAL ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHY PERFORMANCE

Hritz I.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Szepes Z.³, Kruglikova I.⁴, Funch-Jensen P.⁴, Madácsy L.², Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György University Teaching Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, Department of Gastroenterology and OMCH Endoscopy, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Hospital, Kecskemét, Hungary², 1st Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Hungary³, Department of Gastroenterology, Aalborg University Hospital, Denmark⁴

14.10 PROPHYLACTIC PANCREATIC-STENT PLACEMENT FOR THE PREVENTION OF POST-ERCP PANCREATITIS IN PATIENTS WITH HIGH RISK OF COMPLICATIONS: PROSPECTIVE, MULTICENTER, CONTROLLED STUDY

Madácsy L.¹, Dubravcsik Z.¹, Hritz I.², Szepes A.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, Hungary¹, 1st Department of Internal Medicine, Fejér County Szent-György Hospital, Székesfehérvár, Hungary²

14.20 ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR POST-ERCP PANCREATITIS IN PATIENTS WHO UNDERWENT PROPHYLACTIC PANCREATIC DUCT STENTING – RESULTS OF A PROSPECTIVE, MULTICENTER, CONTROLLED STUDY

Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Hritz I.², Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, 1st Department of Internal Medicine, Fejér County Szent-György Hospital, Székesfehérvár²

14.30 MIGRATED BILIARY PLASTIC STENT REMOVAL WITH A SMALL CALIBER NASOGASTROSCOPE FROM A PATIENT AFTER BILLROTH II. RESECTION - FIRST CASE REPORT

Szepes A.¹, Dubravcsik Z.¹, Budai A.¹, Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and Endoscopy Unit of OMCH Hungary Ltd, Kecskemét, Hungary¹

14.40 ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY FOR ADENOMAS OF THE AMPULLA OF VATER

Czakó L.¹, Terzin V.¹, Báthori Á.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

14.50 A SPONTÁN PERIPAPILLÁRIS FISTULÁK ELŐFORDULÁSA ÉS KEZELÉSE

Völgyi Z.¹, Szenes M.¹, Herman B.¹, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg¹

Üléselnökök/Chairmen:

Madácsy László, Kecskemét

Orosz Péter, Miskolc

Szepes Attila, Kecskemét

15.00 ERCP AFTER GASTRIC RESECTION – OUR EXPERIENCES IN 49 PATIENTS

Andrási P.¹, Rábai K.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology, Budapest¹

15.10 PREOPERATÍV STENTELÉS – HÍD A MŰTÉTIG

Szegedi L.¹, Ágoston S.¹, Rácz F.¹, Vén L.¹, Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat. Nyíregyháza¹

15.20 ENDOSCOPIC PALLIATION OF INOPERABLE KLATSKIN TUMOUR

Sahin P.¹, Futó J.², Topa L.¹, Department of Gasztroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹, Intensiv Care, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University²

15.30 „RENDEZVOUS” TECHNIKA A KOMPLIKÁLT EPEÚTI SZŰKÜLETEK MEGOLDÁSÁRA – ESETBEMUTATÁS.

Szmola R.¹, Szijártó A.³, Szűcs Á.³, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Káposztás Z.², Dubóczki Z.², Burai M.¹, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Osztály¹, Országos Onkológiai Intézet, Onkológiai Sebészeti Centrum², Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika³

15.40 ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY (EUS)-GUIDED CYSTOGASTROSTOMY WITH COVERED SELF-EXPANDABLE METAL STENT (SEMS) FOR SIMPLE LIVER CYST OR ABSCESS.

Pap Á.¹, Tarpay A.¹, Szmola R.¹, Burai M.¹, Pozsár J.¹, Invasive Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest¹

15.50 BILIARY TYPE SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION: SYMPTOMATIC OUTCOMES AND COMPLICATIONS AFTER ERCP AND ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY

Szepes A.¹, Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology and Endoscopy, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday
16.00 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**VÉRALVADÁSGÁTLÁS INTERDISZCIPLINÁRIS KÉRDÉSEI,
ANTIKOAGULÁNS KEZELÉS MINDENNAPI KIHÍVÁSAI**
*INTERDISCIPLINAR QUESTIONS OF ANTICOAGULATION,
EVERYDAY CHALLENGES OF ANTICOAGULANT THERAPY*
A Richter Gedeon szponzorálásával
Sponsored by Richter Gedeon

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

Üléselnökök/Chairmen: **Bálint Levente**, Budapest **Gyökeres Tibor**, Budapest

BEVEZETŐ

INTRODUCTION

Bálint Levente, MGT Háziiorvosi szekció

**VÉRALVADÁSI ZAVAROK ÉS ANTIKOAGULÁNS KEZELÉS
MÁJBETEGEKBEN**

*COAGULOPATHY AND ANTICOAGULANT TREATMENT IN PATIENTS WITH LIVER
DISORDERS*

Gervain Judit, Székesfehérvár

**VÉRALVADÁSGÁTLÓ KEZELÉS MAGAS GASZTROINTESTINÁLIS
VÉRZÉSRIZIKÓJÚ BETEGEKBEN (ULCUS, IBD, GI TUMOROK)**

*ANTICOAGULANT THERAPY IN PATIENTS WITH HIGH GASTROINTESTINAL
BLEEDING RISK (ULCER, IBD, GASTROINTESTINAL TUMORS)*

Gyökeres Tibor , Budapest

**ÚJ ANTIKOAGULÁNSOK A LÁTHATÁRON, JOBB BETEGCOMPLIANCE,
KEVESEBB GASZTROINTESTINÁLIS MELLÉKHATÁS?**

*NEW ORAL ANTICOAGULANTS ON THE HORIZONT, BETTER COMPLIANCE,
LESS SIDE EFFECT?*

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

**INVAZÍV ENDOSCOPOS VIZSGÁLATOK VÉRALVADÁSGÁTLÓT (TAG,
OAC) SZEDŐ BETEGEKBEN**

*INVASIV ENDOSCOPIC EXAMINATIONS IN PATIENTS TAKING ANTICOAGULANT
THERAPY (TAG, OAC)*

Hritz István, Székesfehérvár

Diszkusszió, zárás, tesztkérdések /Discussion

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday
14.00 – 17.20

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: Tornai István, Debrecen Pár Alajos, Pécs

14.00 A HCV INFEKCIÓ KEZELÉSÉNEK PERSPEKTÍVÁI

Ferenci Péter, Bécs, Ausztria

14.30 HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÖTT CIRRHOSISOS BETEGEK KEZELÉSÉVEL NYERT REAL-LIFE ADATOK. A BÁZISTERÁPIA JELENTŐSÉGE A HÁRMAS KOMBINÁCIÓK IDEJÉN

Tornai I.¹, Nagy I.², Pálvölgyi A.², Bányai T.³, Lakatos P.³, Martyn T.³, Lombay B.⁴, Váczi Z.⁵, Tusnádi A.⁶, Lesch M.⁷, Budai A.⁸, Jancsik V.⁹, Weisz G.⁹, Csefkó K.¹⁰, Varga M.¹⁰, Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Szegedi Tudományegyetem, I. Belklinika, Szeged², Pándy Kálmán Kórház, Infektológiai osztály, Gyula³, Szent Ferenc Kórház, Belgyógyászati osztály, Miskolc⁴, BAZ megyei Kórház, II. Belgyógyászat, Miskolc⁵, Hetényi Géza Kórház, Infektológiai osztály, Szolnok⁶, Jósa András Kórház, Nyíregyháza⁷, Megyei Kórház, Belgyógyászati osztály, Kecskemét⁸, Kenézy Gyula Kórház, Infektológiai osztály, Debrecen⁹, Réthy Pál Kórház, Gasztroenterológiai osztály, Békéscsaba¹⁰

14.40 ON-TREATMENT AND PROJECTED SUSTAINED VIRAL RESPONSES WITH BOCEPREVIR-BASED TRIPLE THERAPY IN PREVIOUS TREATMENT-FAILURE HCV PATIENTS WITH ADVANCED FIBROSIS OR CIRRHOSIS. INTERIM ANALYSIS OF THE HUNGARIAN NAMED PATIENT PROGRAM COHORT.

Hunyady B.¹, Abonyi M.², Csefkó K.³, Haragh A.¹, Horváth G.⁴, Jancsik V.⁵, Makara M.⁶, Makkai E.⁷, Müller Z.⁸, Ozsvár Z.⁸, Ribiczey P.⁹, Sipos B.¹⁰, Szabó O.¹¹, Szalay F.², Szentgyörgyi L.¹², Újhelyi E.¹³, Varga M.³, Weisz G.⁵, and the Hungarian Boceprevir Named Patient Program⁰, Department of Gastroenterology, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, First Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest², Third Department of Medicine, Réthy Pál Hosital, Békéscsaba³, Hepatology Center of Buda, Budapest⁴, Outpatient Clinic, Kenézy Hospital, Debrecen⁵, Outpatient Clinic, Szent László Hospital, Budapest⁶, Department of Infectology, Magyar Imre Hospital, Ajka⁷, Department of Infectology, Szent György Hospital, Székesfehérvár⁸, Department of Infectology, Zala Megyei Hospital, Zalaegerszeg⁹, First Department of Medicine, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza¹⁰, Third Department of Medicine, Szent László Hospital, Budapest¹¹, Infectology and Hepatology Outpatient Clinic, Szent Borbála Kórház, Tatabánya¹², Fifth Department of Medicine, Immunology Laboratory, Szent László Hospital, Budapest¹³

14.50 B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA (B-NHL) IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C. A REPORT OF 5 CASES

Nagy I.¹, Pálvölgyi A.¹, Modok S.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, University of Szeged, Hungary²

15.00 25- HYDROXYVITAMIN D LEVELS IN HUNGARIAN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

Lombay B.¹, Szalay F.², Borsod County Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest²

Üléselnökök/Chairmen: **Lengyel Gabriella**, Budapest **Hunyady Béla**, Kaposvár

15.20 RETROSPECTIVE CASE SERIES ANALYSIS OF PATIENTS TREATED WITH LIVER CIRRHOSIS AT OUR SPECIALIST CARE CENTRE BETWEEN 2006-2011

Gajdán L.¹, Lambert M.¹, Nyikos O.¹, Mag M.¹, Gervain J.¹, Hepato-Pancreatology Sub-Department, I. Department of Internal Medicine, Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹

15.30 LIVER STIFFNESS MEASUREMENT SELECTS PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES AT RISK OF BEARING LARGE OESOPHAGEAL VARICES

Pár G.¹, Trosits A.¹, Pakodi F.¹, Szabó I.¹, Czimmer J.¹, Illés A.¹, Gódi S.¹, Bajor J.¹, Sarlós P.¹, Kenyeres P.¹, Vincze Á.¹, Pár A.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹

15.40 ASSOCIATION OF MICRORNA EXPRESSION AND LIVER FIBROSIS DETECTED BY FIBROSCAN AND HISTOLOGY

Halász T.², Horváth G.³, Pár G.⁴, Schaff Z.¹, Lendvai G.¹, Second Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Pathology, Military Hospital, Budapest, Hungary², Hepatology Center of Buda, Hungary³, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

15.50 STUDY OF VITAMIN D METABOLISM AND SIGNALING IN HUMAN HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND SURROUNDING LIVER TISSUES

Horváth E.¹, Balla B.¹, Kósa J.¹, Lakatos P.¹, Lazáry Á.¹, Németh D.¹, Jozilan H.¹, Somorácz Á.², Korompay A.², Gyöngyösi B.², Borka K.², Kiss A.², Kupcsulik P.³, Schaff Z.², Szalay F.¹, 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University¹, 2nd Dept. of Pathology², 1st Dept. of Surgery³

16.00 ACUTE LIVER FAILURE IN HUNGARIAN WILSON DISEASE PATIENTS

Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Horváth E.¹, Krolopp A.¹, Schuller J.², Tamási P.³, Kóbori L.⁴, Fazakas J.⁴, Nemes B.⁴, Gerlei Z.⁴, Görög D.⁴, Fehérvári I.⁴, Langer R.⁴, Szathmári M.¹, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest¹, United Saint Stephen and Saint Laszlo Hospital, Budapest², Péterfy Sándor Hospital, Budapest³, Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University, Budapest⁴

16.10 METHODS OF CORRECTING INTESTINE DYSBIOS AND THEIR INFLUENCE ON THE DYNAMICS OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY AMONG PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Szircsák E.¹, Ruszin L.¹, Petricskó O.¹, Ivacsevszkij M.¹, Ungvári Nemzeti Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Tanszék¹

16.20 A PROTONPUMPA GÁTLÓ KEZELÉS HATÁSA A MÁJCIRRHOSIS KIMENETELÉRE.

Vitális Z.¹, Tornai T.¹, Papp M.¹, Debreceni Egyetem OEC Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológia Tanszék¹

16.30-17.20

Hepatológiai Szekció Közgyűlése

Hepreg megbeszélés

Konszenzus kialakítása

2013. június 2. Szombat
2 June, Saturday
14.00 – 15.00

Levendula II terem
Levendula Hall II

SEBÉSZET / SURGERY
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Harsányi László**, Budapest

Bálint András, Budapest

14.00 EPEÚTI SÉRÜLÉSEK CHOLECYSTECTOMIA SORÁN OSZTÁLYUNK 5 ÉVES ANYAGÁBAN (2007-2011)

Kári D.¹, Polányi C.¹, Kesserű B.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹, Sebészeti, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest¹

14.10 MINIMÁLISAN INVAZÍV LEHETŐSÉGEK AZ AKUT NEKROTIZÁLÓ PANCREATITIS SEBÉSZI KEZELÉSÉBEN – ESETISMERTETÉS

Dorogi B.¹, Dubóczki Z.¹, Mészáros P.¹, Tarpay Á.¹, Szmola R.¹, Pozsár J.¹, Pap Á.¹, Káposztás Z.¹, Viscerális sebészeti és invazív gasztroenterológiai részleg - Országos Onkológia Intézet¹

14.20 GIST TUMOROK MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE A SEBÉSZ SZEMSZÖGÉBŐL

Dubóczki Z.¹, Mészáros P.¹, Pozsár J.¹, Burai M.¹, Papp Á.¹, Tóth L.¹, Káposztás Z.¹, Daganatsebészeti Centrum, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹

14.30 PERFORÁLT, FOURNIER GANGRAENÁT OKOZÓ RECTALIS CARCINOMA RADIKÁLIS SEBÉSZI KEZELÉSE, GLUTEALIS MUSCULOCUTAN LEBENY LÁGYRÉSZPÓTLÁSSAL

Merkel K.¹, Baranyai Z.¹, Jósvay J.², Nász H.³, Bálint A.¹, Fővárosi Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil¹, Fővárosi Szent Imre Kórház, Plasztikai Sebészeti Profil², Fővárosi Szent Imre Kórház, Képző Diagnosztikai Osztály³

14.40 SÚLYOS SZEPTIKUS ÁLLAPOTOT OKOZÓ FOURNIER GANGRAENA KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Lukász P.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház¹

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday
15.00 – 19.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

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

Üléselnökök:

Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár **Paulovicsné Kiss Melinda**, Pécs
Molnár Tiborné, Székesfehérvár

- 15.00 **MITŐL TISZTÍT JÓL EGY JÓ ÍZŰ BÉLTISZTÍTÓ?**
Kokas Mariann, Karolina Kórház, Gasztroenterológia, Mosonmagyaróvár
- 15.15 **C. DIFFICILE FERTŐZÖTT BETEGEK KÖRÜLTEKINTŐ VIZSGÁLATA**
Seres L.¹, Bugát Pál Kórház- Gyöngyös¹
- 15.25 **ENDOSZKÓPOS MUKOZEKTÓMIA**
Langhammer S.¹, Dr.Vincze Á.², Langhammer Szilvia Pte.I.Belklinika Pécs Endoszkópos Labor¹, Dr.Vincze Áron PTE.I.Belklinika Pécs Endoszkópos Labor²
- 15.35 **A BETEGEK(TÁJÉKOZTATOTT?) BELEEGYEZÉSE. VALÓBAN TÁJÉKOZOTT? HAZAI GYAKORLAT AZ ENDOSZKÓPOS LABOROKBAN**
Kabai A.¹, Gasztroenterologia¹, Kátai Gábor Kórház², Karcag³
- 15.45 **ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VEZÉRELT PSEUDOCYSTOGASTROSTOMIA KETTŐS VEZETŐDRÓTOS TECHNIKÁVAL - TAPASZTALATAINK**
Farkas É.¹, Somogyi E.¹, Tóthné Pismán K.¹, Magyariné Muhi M.¹, Bosnyák A.¹, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Kft. Endoszkópos Laboratóriuma, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét¹
- 15.55 **EGY RITKA KÓRKÉP – GYOMOR PHLEGMONE**
Bábics I.¹, Dr. Szeriné Lakó K.¹, Kiss G.¹, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Endoszkópos Labor¹
- 16.05 **PERCUTÁN ENDOSKOPOS GASTROSTOMÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ ELMÚLT 10 ÉVBEN**
Kádár T.¹, Szilágyi S.¹, Budai J.¹, Iszáka A.¹, Bányainé Bodonyi K.¹, Gurzó Z.¹, Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház Endoszkópos Labor¹
- 16.15 **EGY ÉV ALATT TÁPCSATORNAI FALATELAKADÁS VAGY IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS KAPCSÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK BEMUTATÁSA**
Varga R.¹, Tóthné Lestár A.¹, Hritz I.¹, Izbéki F.¹, I.Belgyógyászat, Endoszkópos Laboratórium, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Székesfehérvár¹

16.25 **POST-ERCP-S PANCREATITIS MEGELŐZÉSE TÖBB TECHNIKA KOMBINÁLÁSÁVAL SÉRÜLÉKENY PANCREAS TUMOROS BETEGEK ESETÉN**
Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Szmola R.¹, Pap Á.¹, Onkológiai Sebészeti Centrum
 Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Osztály¹

16.35 **A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT JELENTŐSÉGE AZ EMÉSZTŐSZERVI DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEKBEN**
Ácsné Tóth A.¹, Wacha J.¹, Török É.¹, Weltner J.¹, Tari K.¹, Harsányi L.¹, Lukovich P.¹,
 Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹

16.45 SZÜNET

17.10 **KÖZGYŰLÉS**

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday
17.30 - 18.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnök: **Pár Alajos**, Pécs

A HEPATITIS C HÁRMAS KEZELÉSE ELŐREHALADOTT FIBROSISBAN
Varga Márta, Békéscsaba

HEMATOLÓGIAI MELLÉKHATÁSOK A HÁRMAS KEZELÉSEK KAPCSÁN
Rókusz László, Budapest

HOGYAN KOMMUNIKÁLJUNK A BETEGGEL?
Pilling János, Budapest

DISZKUSSZIÓ

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
9.00 –12.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELOADÁS
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

A gyulladásoos bélbetegségek epidemiológiája és kórlefolyása
Epidemiology and disease course of IBD
Lakatos László, Veszprém

MAGYAR IMRE EMLÉKELOADÁS
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

Genetikai rizikó faktorok krónikus pankreatitiszben
Advances in the genetics of chronic pancreatitis
Szmola Richárd, Budapest

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS
STATE OF ART LECTURES

Anna Gukovskaya, Los Angeles, USA
Molecular Mechanisms of Pancreatitis: Organelles Going Awry

Mark Hull, Leeds, United Kingdom
National Integration in European Gastroenterology

Arun Sanyal, Richmond, USA
Long term safety and efficacy of rifaximin for the treatment of end stage liver disease

Erwin Santo, Tel Aviv, Israel
SpyGlass

Rainer Schöfl, Linz, Austria
Early Gastrointestinal Malignancies

* * *

A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA

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

A SIMOR PÁL ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA

VARRÓ VINCE KÖSZÖNTÉSE, KÖNYVBEMUTATÓ

* * *

K Ö Z G Y Ű L É S
GENERAL ASSEMBLY

- | | |
|---------------------------|--|
| I. Elnöki megnyitó | IV. Ellenőri jelentés |
| II. Főtitkári beszámoló | V. Vita az elhangzott beszámolókról felett |
| III. Pénztárosi beszámoló | VI. Zárszó |

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 MALFERTHEINER	(D)	2000
Dr. F.VILARDELL	(E)		Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000
Dr. D. MÜTING	(D)		Dr. A.S. PENA	(NL)	2000
Dr. L.DEMPLING	(D)		Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000
Dr. H.MANSUROV	(SU)		Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001
Dr. A.UGOLEV	(SU)		Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001
Dr. M.SIURALA	(FL)		Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)		Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001
Dr. L.LAMBLING	(F)		Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002
Dr. E.GÜLZOW	(D)		Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1985	Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002
Dr. HERBERT FALK	(D)	1985	Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002
Dr. SERGE BONFILS	(F)	1985	Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	1986	Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	1986	Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	1986	Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	1987	Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. ROLF MADAUS	(D)	1987	Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	1987	Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. F.G. RENGER	(D)	1987	Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	1988	Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. HERIBERT THALER	(A)	1988	Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	1988	Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	1989	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	1989	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	1989	Dr. MICHAEL PETER MANNS	(D)	2006
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	1990	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	1990	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	1990	Dr. LÁSZLÓ G BOROS.	(USA)	2007
Dr. HARALD HENNING	(D)	1991	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	1992	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. PETER FERENCI	(A)	1992	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. FRIEDRICH	(D)	1993	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
HAGENMÜLLER			Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	1993	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	1993	Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	1994	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	1994	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	1995	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	1995	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2010
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	1996	Dr. HERBERT LOCHS	(A)	2010
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	1996	Dr. ÖRDÖG TAMÁS	(USA)	2010
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	1997	Dr. CHRISTOPH RINK	(D)	2010
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	1997	Dra. ANGELS GINÈS	(ES)	2011
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	1997	Dr. HEINZ HAMMER	(A)	2011
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	1998	Dr. MICHAEL A. GRAY	(UK)	2011
Dr. P. FUNCH-JENSEN	(D)	1998	Dr. URSULA SEIDLER	(D)	2012
Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998	Dr. ANNA GUKOVSKAYA	(USA)	2013
Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998	Dr. MARK HULL	(UK)	2013
Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999	Dr. ERWIN SANTO	(IL)	2013
Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999	Dr. ARUN SANYAL	(USA)	2013
Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999	Dr. RAINER SCHÖFL	(A)	2013
Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999			

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. IHÁSZ MIHÁLY	1988
Dr. VARRÓ VINCE	1961	Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1989
Dr. FORNET BÉLA	1962	Dr. LAPIS KÁROLY	1990
Dr. GÖMÖRI PÁL	1963	Dr. SIMON LÁSZLÓ	1991
Dr. PETRI GÁBOR	1964	Dr. BALOGH ISTVÁN	1992
Dr. HÁMORI ARTHUR	1965	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	1993
Dr. SÓS JÓZSEF	1966	Dr. BAJTAI ATTILA	1994
Dr. JULESZ MIKLÓS	1968	Dr. KISS JÁNOS	1995
Dr. KELEMEN ENDRE	1969	Dr. PAPP JÁNOS	1996
Dr. JÁVOR TIBOR	1970	Dr. LONOVICS JÁNOS	1997
Dr. IVANICS GYÖRGY	1971	Dr. TULASSAY ZSOLT	1998
Dr. CSERNAY LÁSZLÓ	1972	Dr. PÁR ALAJOS	1999
Dr. RÁK KÁLMÁN	1973	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2000
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1974	Dr. SZALAY FERENC	2001
Dr. SZARVAS FERENC	1975	Dr. PAP ÁKOS	2002
1976-ban nem adtuk ki		Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2003
Dr. WINTER MIKLÓS	1977	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2004
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1978	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2005
Dr. PETRÁNYI GYULA	1979	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2006
Dr. HOLLÁN ZSUZSA	1980	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2007
Dr. ECKHARDT SÁNDOR	1981	Dr. BANAI JÁNOS	2008
Dr. PREISICH PÉTER	1982	Dr. WITTMANN TIBOR	2009
Dr. MÓZSIK GYULA	1983	Dr. OLÁH ATTILA	2010
Dr. PAPP MIKLÓS	1984	Dr. VARGA GÁBOR	2011
Dr. GÁTI TIBOR	1985	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2012
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1986	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2013
Dr. FEHÉR JÁNOS	1987		

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. OSZTROGONÁCZ 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
		2013.	Dr. SZMOLA RICHÁRD

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. TULASSAY ZSOLT	2002
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. LONOVICS JÁNOS	2002
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. KISS JÁNOS	2004
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. PÁR ALAJOS	2004
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. WITTMANN TIBOR	2005
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. TÁRNOK FERENC	2006
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. VÁRKONYI TIBOR	2006
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. DÁVID KÁROLY	2006
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2007
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	Dr. LÍBOR JÁNOS	2007
Dr. PREISICH PÉTER	1994	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2008
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	Dr. NAGY FERENC	2008
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	Dr. BERÓ TAMÁS	2009
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2009
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	Dr. KUPCSULIK PÉTER	2009
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	Dr. DALMI LAJOS	2009
Dr. SZALAY FERENC	1997	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2010
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2010
Dr. FEHÉR JÁNOS	1998	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2011
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999	Dr. SOLT JENŐ	2011
Dr. SZEKENI ÁGNES	1999	Dr. OROSZ PÉTER	2012
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000	Dr. TORNAI ISTVÁN	2012
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000	Dr. HUNYADY BÉLA	2013
Dr. PAPP JÁNOS	2001	Dr. PÁK GÁBOR	2013
Dr. SIMON LÁSZLÓ	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

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
12.00 - 13.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**AZ ELMÚLT EGY ÉV KÜZDELMEI, PÁLYÁZATI
LEHETŐSÉGEK, FEJLESZTÉSI TERVEK**
FINANSZÍROZÁS SZIMPÓZIUM / FINANCING SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chairmen:

Gurzó Zoltán, Gyula

Wittmann Tibor, Szeged

Novák János, Gyula

**12.00 2014-2020-AS TERVEZÉSI IDŐSZAK UNIÓS TÁMOGATÁSI
PROGRAMJAINAK BEMUTATÁSA**

Pál Gabriella, GYEMSZI

**12.15 MAGÁN GASZTROENTEROLÓGIAI SZAKRENDELÉS, ENDOSZKÓPOS
LABOR MŰKÖDÉSE (költségelemzés, pályázati lehetőségek)**

László András, Budapest

**12.30 A 2014-2020. ÉVEK KÓRHÁZ FEJLESZTÉSI TERVE- HOGYAN, MERRE
TOVÁBB GASZTROENTEROLÓGIA?**

Dávid Gyula, Veszprém

12.45 SZAKMAI KOLLÉGIUM KÜZDELMEI AZ ELMÚLT EGY ÉVBEN

Novák János, Gyula

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
14.00-15.10

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ENDOSZKÓPIA II. / ENDOSCOPY II.

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Madácsy László, Kecskemét

Pák Gábor, Esztergom

Rácz István, Győr

14.10 OUR FIRST EXPERIENCE OF CAPSULE ENDOSCOPY FOR SUSPECTED SMALL INTESTINE DISORDERS

Rácz B.¹, Crai S.¹, Veress E.¹, Ilyés S.¹, Szalai L.¹, Fazekas I.¹, Gurzó Z.², Novák J.¹,
Pándy Kálmán County Hospital, Department of Gastroenterology¹, Endoscopic Labor²

14.20 APPLICATION OF TRANSNASAL CAPSULE ESOPHAGOSCOPE (E.G SCAN) IN PATIENTS WITH UPPER GI BLEEDING: A PILOT TRIAL OF FEASIBILITY, SAFETY, AND UTILITY TO PREDICT HIGH RISK ENDOSCOPIC LESIONS

Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Pák P.², Benkő E.¹, Vadászi K.¹, Wittmann T.¹, Madácsy L.³,
1st. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Hungary.¹, Department of Internal Medicine, Vaszary Kolos Hospital, Esztergom², 2nd. Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest³

14.30 MAGNETIC MANEUVERING OF CAPSULE ENDOSCOPY: PRELIMINARY PHANTOM TESTS IN AN EXPERIMENTAL COLONIC MODEL

Pák P.¹, Balogh G.³, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Madácsy L.², Belgyógyászati Osztály, Vaszary Kolos Kórház, Esztergom¹, Gasztroenterológiai Osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét², Sebészeti Osztály, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár³

14.40 MUCOSAL HEALING EFFECT OF MESALAZINE GRANULES IN NAPROXEN-INDUCED SMALL BOWEL ENTEROPATHY

Szalai M.¹, Kovács V.¹, Regőczi H.¹, Kiss G.¹, Horváth Z.², Rácz I.¹, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Department of Gastroenterology¹, Széchenyi István University, Department of Mathematics and Computer Sciences²

14.50 IMPROVEMENT OF COLONIC CLEANLINESS AND TRANSIT TIME WITH PICOPREP BASED COLONIC PREPARATION PROTOCOL DURING COLONIC CAPSULE ENDOSCOPY: QUANTITATIVE COMPUTER ANALYSIS OF MUCOSAL VISIBILITY BASED ON THE SPECTRAL ANALYSIS OF THE COLOR INTENSITY DISTRIBUTION OF THE COLOR BAR – A RANDOMIZED PROSPECTIVE STUDY

Balogh G.¹, Pák P.², Nagy L.³, Madácsy L.⁴, Department of Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, Department of Internal Medicine, Vaszary Kolos Hospital, Esztergom², Endo-Kapszula Outpatient Unit, Székesfehérvár³, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét⁴

15.00 KAPSZULÁS ENDOSZKÓPOS KÖRKÉP; GYŐR 2012

Kovács V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Regőczi H.¹, Rácz I.¹, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia, Győr¹

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
15.10 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnök/Chairmen: **Figler Mária**, Pécs **Székely György**, Budapest

**15.10 ENTEROKUTÁN SIPOLLYAL SZÖVŐDÖTT RÖVIDBÉL SZINDRÓMÁS
BETEG: ESETISMERTETÉS**

Horváth M.¹, Rácz S.¹, Sahin P.², Bede A.³, Ecsedy G.⁴, Fuszek P.¹, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Gasztroenterológiai Osztály¹, Szent Imre Kórház Gasztroenterológiai Profil², Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Intenzív Terápiás Osztály³, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Sebészeti Osztály⁴

**15.20 CUSTOMISED NUTRITION THERAPY IN THE TREATMENT OF CROHN'S
DISEASE-RELATED MALIGNANT BOWEL DISEASES**

Kömíves C.¹, Molnár A.³, Varga M.¹, Bíró I.¹, Fejér C.¹, Uhlyarik A.², Szász N.², Banai J.², Sahin P.¹, Topa L.¹, Szent Imre Hospital, the teaching hospital of the Medical School of University of Pécs¹, Honvédkórház, the Military Hospital of the Hungarian Defence Forces², Association of Hungarian Crohn-Colitis Patients³

**15.30 VASTAGBÉL BAKTÉRIÁLIS KOLONIZÁCIÓ ÉS TÁPLÁLKOZÁSI
SZOKÁSOK**

Székely G.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

**15.40 MARGARINOK EGÉSZSÉGRE GYAKORLOT HATÁSA A TRANSZ-ZSÍRSAV
ÉS SZTERIN TARTALMUK ALAPJÁN**

Armbruszt S.¹, Gulyás M.¹, Figler M.¹, Schaffer B.², Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹, Pécsi Milker Kft.²

**15.50 FRISS NYERSANYAGOK KÁLIUM TARTALMÁNAK CSÖKKENTÉSE
KÜLÖNBÖZŐ ÉTELKÉSZÍTÉSI ELJÁRÁSOKKAL**

Breitenbach Z.¹, Horváth K.¹, Sz. Szabó S.¹, Polyák É.¹, G. Kisbenedek A.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet Pécs¹

16.00 A ZELLER KLINIKAI DIETETIKAI VIZSGÁLATA

Gubicskóné Kisbenedek A.¹, Jekkel A.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Breitenbach Z.¹, Szabó Z.¹, Ungár T.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Táplálkozástudományi és Dietetikai tanszék¹

**16.10 THE REAL NUTRITIONAL VALUE OF BREAD AND BAKERY PRODUCTS
COMPARED IN THE NUTRIENT TABLE**

Asztalos Á.¹, Figler M.², Sz. Szabó S.³, University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs¹, University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs², University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs³

16.20 ANALYTICAL CHEMISTRY EXAMINATION OF GRAPE POMACE EXTRACT

Szabó Z.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Raposa B.², Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Táplálkoástudományi Intézet, Táplálkoástudományi és Dietetikai Tanszék¹, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet²

16.30 AZ ISCHAEMIAS SZÍVBETEGSÉGBEN SZENVEDŐ BETEGEK TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOTÁNAK ELEMZÉSE

Polyák É.¹, Molnár K.¹, G. Kisbenedek A.¹, Szabó S.¹, Breitenbach Z.¹, Szabó Z.¹, Figler M.¹, PTE ETK Fizioterápiás és Táplálkoástudományi Intézet Táplálkoástudományi és Dietetikai Tanszék¹

16.40 MANGELERNÄHRUNGS-SCREENING BEI HOSPITALISIERTEN PATIENTEN

Kiss A.¹, Lelovics Z.², Internationale Institut für Ernährungsforschung¹ „Moritz Kaposi” Krankenhaus, Kaposvár²

16.50 A KÜLÖNBÖZŐ TÁPSZERES SZUPPLEMENTÁCIÓK HATÁSAI VENA PORTAE OCCLUSIÓS TECHNIKÁK ALKALMAZÁSÁT KÖVETŐEN, MÁJTUMOROS BETEGEKEN.

Török É.¹, Hahn O.¹, Pajor P.¹, Zsirka-Klein A.¹, Dudás I.², Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest²

17.00 THE LATEST RESULTS OF NUTRITIONAL STATUS SCREENING AMONG PEOPLE LIVING IN SOCIAL HOMES AND THE INDICATIONS OF SUPPLEMENTARY, FORMULA FEEDING

Hartmann E.¹, Figler M.¹, Lelovics Z.², Institute of Human Nutrition and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Hungary¹, “Moritz Kaposi” General Hospital, Kaposvár, Hungary²

17.10 THE NUTRITIONAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES, IMPAIRMENT AND HANDICAP

Lelovics Z.¹, Vági Z.², Hartmann E.², 1st "Moritz Kaposi" General Hospital, Kaposvár¹, 2nd International Institute of Nutrition Research, Hungary²

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
14.00 –18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Hersényi László, Budapest

Lakatos Péter, Budapest

Molnár Tamás, Szeged

14.00 IBD IN ROMANIA 2003-2013 TEN YEARS AFTER

Mircea Diculescu, Bucarest, Romania.

14.20. ADALIMUMAB ALKALMAZÁSA GYERMEKKORI CROHN BETEGSÉG KEZELÉSÉBEN

Veres G.¹, I. Sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

14.35 IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMA, VAGY MÉGSEM???

Wacha Judit, Budapest

14.50 SHORT-TERM EFFICACY OF ADALIMUMAB IN ULCERATIVE COLITIS: A MULTICENTRE, PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Palatka K.², Lakner L.³, Hegede G.⁴, Szabó A.⁵, Rácz I.⁵, Miheller P.⁶, Lőrinczy K.⁶, Szepes Z.¹, Juhász M.⁶, Tóth Z.⁶, Gábor Z.⁷, Zsigmond F.⁸, Nagy F.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen², County Hospital Vas, Markusovszky Hospital, Szombathely³, Péterfy Sándor Street Hospital-Clinic, Budapest⁴, Petz-Aladár County Teaching Hospital, Győr⁵, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁶, Department of Gastroenterology, Semmelweis Health Centre of Miskolc, Miskolc⁷, Department of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest⁸

15.00 CLINICAL EXPERIENCES WITH INFLIXIMAB AND ADALIMUMAB IN A SINGLE CENTRE COHORT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Csöndes M.¹, Szabó A.¹, Kárász T.¹, Pekárdi S.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár County Hospital, Győr¹

Üléselnökök/Chairmen: Nagy Ferenc, Szeged

Miheller Pál, Budapest

15.10 CSÖKKENT CSONTSÚRÚSÉG DERMATITIS HERPETIFORMISBAN

Fekete B.¹, Lőrinczy K.¹, Zagoni T.¹, Juhász M.¹, Kocsis D.¹, Fekete B.¹, Csontos Á.¹, Terjék O.¹, Szabó A.¹, Tulassay Z.¹, Tóth M.¹, Miheller P.¹, Gasztroenterológia, SE II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹

15.20 A SZÉNHIDRÁT ANYAGCSERE VÁLTOZÁSA BIOLÓGIAI TERÁPIÁBAN RÉSZESÜLŐ GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKBEN

Csontos Á.¹, Lőrinczy K.¹, Székely H.¹, Reismann P.¹, Patócs A.¹, Fekete B.¹, Terjék O.¹, Szabó A.¹, Hersényi L.¹, Somogyi A.¹, Tulassay Z.¹, Miheller P.¹, Gasztroenterológia, SE II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹

15.30 PREVALENCE AND PREDICTORS OF HOSPITALIZATION AND RE-HOSPITALIZATION IN CROHN'S DISEASE IN A POPULATION BASED INCEPTION COHORT BETWEEN 2000-2012

Golovics P.¹, Mandel M.¹, Lakatos L.², Lovász B.¹, Végh Z.¹, Szita I.², Mester G.³, Balogh M.³, Molnár C.⁴, Komáromi E.⁵, Mohás A.¹, Szilágyi B.¹, Fekete S.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 Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁴, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁵

15.40 ÚJ LEHETŐSÉGEK A CLOSTRIDIUM DIFFICILE OKOZTA FERTŐZÉSEK KEZELÉSÉBEN, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A SZÉKLETTRANSZPLANTÁCIÓRA

Nagy G.³, Várvölgyi C.¹, Balogh Z.¹, Orosi P.², Paragh G.¹, Belgyógyászati Intézet, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen¹, Kórházhygiéne és Infekciókontroll Tanszék, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen², Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc³

15.50 HLA DQ2 HOMOZIGÓTASÁG ÉS A KLINIKAI KÉP KAPCSOLATA LISZTÉRZÉKENYSÉGBEN

Bajor J.¹, Török Z.¹, Sáfrány B.², Szilvási A.³, Vincze Á.¹, Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs¹, Országos Vérellátó Szolgálat, Pécsi Regionális Vérellátó Központ, Pécs², Országos Vérellátó Szolgálat, Transzplantációs Immungenetikai Laboratórium, Budapest³

16.00 RISK OF COLORECTAL CANCER IN CD PATIENTS WITH COLONIC INVOLVEMENT AND STENOSING DISEASE. 1977-2012. RESULTS FROM A POPULATION-BASED STUDY.

Lovász B.¹, Lakatos L.², Golovics P.¹, David G.², Pandur T.², Erdelyi Z.², Mester G.³, Balogh M.³, Szita I.², Molnár C.⁴, Komáromi E.⁵, Végh Z.¹, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis University, 1st Department of Medicine, Budapest¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁴, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁵

16.10 IMMUNE RESPONSE TO INFLUENZA VACCINE AND FREQUENCY OF INFLUENZA VIRUS INFECTION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ON MAINTENANCE IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY

Bálint A.¹, Farkas K.¹, Terhes G.², Kunstár É.¹, Urbán E.², Bata Z.³, Szűcs M.⁴, Nagy E.¹, Szepes Z.¹, Miheller P.⁵, Lőrinczy K.⁵, Lakatos P.⁶, Lovász B.⁶, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute of Clinical Microbiology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged⁴, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶

16.20 A PET-CT SZEREPE A CROHN-BETEGSÉG AKTIVITÁSÁNAK JELLEMZÉSÉBEN

Palatka K.¹, Lovas S.¹, Dávida L.¹, Fedinecz N.³, Garai I.³, Altörjay I.¹, Galuska L.², Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Nukleáris Medicina Intézet², SCANOMED Kft³

16.30 THE ROLE OF MR ENTEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF IBD AND OTHER SMALL BOWEL DISEASES FROM A GASTROENTEROLOGIST PERSPECTIVE.

Varga M.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Tasnádi T.², 3rd Department Internal Medicine - Gastroenterology, dr Rethy Pal Hospital, Bekescsaba¹, Radiology²

Üléselnökök/Chairmen: **Lakatos László**, Veszprém **Palatka Károly**, Debrecen

16.40 LONG-TERM OUTCOME OF PERIANAL AND ENTEROCUTANEUS FISTULIZING CROHN'S DISEASE TREATED WITH TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA (TNF-A) ANTAGONISTS

Bor R.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Szűcs M.², Baradnay G.³, Ábrahám S.³, Lázár G.³, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary³

16.50 STEROID PULSE THERAPY IS FAVOURABLE THAN THE CONVENTIONAL ONE IN PREVENTING THE INCREASE OF BODY FAT PERCENTAGE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE RECEIVING SHORT COURSE OF CORTICOSTEROID THERAPY

Farkas K.¹, Valkusz Z.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Szűcs M.², Bálint A.¹, Bor R.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged²

17.00 CSONTTÖRÉSI KOCKÁZAT MÉRÉSE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN

Terjék O.¹, Lőrinczy K.¹, Csontos Á.¹, Lakatos P.², Salamon Á.³, Nemes A.³, Fekete B.¹, Tóth M.¹, Szabó A.¹, Horváth C.², Tulassay Z.¹, Miheller P.¹, Semmelweis Egyetem, II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest², Tolna Megyei Balassa János Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Szekszárd³

17.10 LONG-TERM INCREASE OF SERUM CHOLESTEROL LEVEL IN ULCERATIVE COLITIS PATIENTS TREATED WITH CYCLOSPORINE: AN UNDERDIAGNOSED SIDE EFFECT FREQUENTLY ASSOCIATED WITH OTHER DRUG-RELATED COMPLICATIONS

Szepes Z.¹, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Szűcs M.², Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary²

17.20 LEVELS OF ANTI-DOUBLE-STRAND DNA BUT NOT ANTINUCLEAR ANTIBODIES ARE ASSOCIATED WITH TREATMENT EFFICACY AND ADVERSE OUTCOMES IN IBD PATIENTS TREATED WITH ANTI-TNF

Kiss L.¹, Lovász B.¹, Farkas K.², Végh Z.¹, Molnár T.², Palatka K.³, Papp M.³, Mohás A.¹, Szilágyi B.¹, Fekete S.¹, Mandel M.¹, Golovics P.¹, Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³

17.30 THE DIAGNOSTIC ACCURACY OF FECAL CALPROTECTIN IN POUCHITIS

Molnár T.¹, Földesi I.¹, Farkas K.¹, Lázár G.², Tiszlavicz L.³, Szűcs M.⁴, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged², Department of Pathology, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged³, Department of Science and Informatics, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged⁴

17.40 WORK DISABILITY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. PRELIMINARY REPORT FROM TWO REFERRAL CENTERS

Lovasz B.¹, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Golovics P.¹, Vegh Z.¹, Farkas K.², Molnar T.², Balint A.², Mohas A.¹, Szilagyi B.¹, Fekete S.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis University, 1st Department of Medicine, Budapest¹, Szeged, 1st Department of Medicine, Szeged²

17.50 A SZÉRUM TNF-ALFA SZINT VÁLTOZÁSOK INFLIXIMAB INFÚZIÓK SORÁN CROHN BETEGSÉGBEN.

Gelley A.¹, Boros A.², Nagy E.¹, Balázs C.¹, Miheller P.³, Tulassay Z.³, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest¹, Károlyi Sándor Kórház, Budapest², Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika, Budapest³

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
14.00 – 18.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

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

14.00 DIFFERENT ACTIVATING EFFECT OF GENOMIC DNA FROM NORMAL AND TUMOROUS EPITHELIAL CELLS ON HT-29 CARCINOMA CELLS, HDF-ALPHA FIBROBLASTS AND PERIPHERAL MONONUCLEAR BLOOD CELLS

Füri I.¹, Sipos F.¹, Spisák S.², Patai Á.¹, Wichmann B.², Müzes G.¹, Galamb O.², Valcz G.¹, Kalmár A.¹, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Barták B.¹, Nagy Z.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

14.12 FOGZACSKÓ ÉS FOGGYÖKÉRHÁRTYA EREDETŰ ÖSSEJTEK IMMUNFENOTÍPUSÁNAK, PROLIFERÁCIÓS ÉS OSZTEOGÉN DIFFERENCIÁCIÓS KÉPESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA

Hegedűs O.¹, Reider H.¹, Perczel-Kovács K.¹, Nagy K.¹, Rácz R.¹, Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest, Magyarország¹

14.24 URSODEOXYCHOLATE AMELIORATES THE EFFECT OF CHENODEOXYCHOLATE-INDUCED CELL INJURY ON PANCREATIC DUCTAL EPITHELIA

Katona M.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Rázga Z.³, Venglovecz V.², 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

14.36 ANALYSING THE EFFECT OF IMIDAZOLINE RECEPTOR AGONISTS AND ANTAGONISTS ON THE GASTRIC MOTILITY IN MICE

Réfi E.¹, Szabó E.¹, Fehér Á.¹, Tóth V.¹, Lutz H.², Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary¹, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology and Toxicology, University of Freiburg, Freiburg, Germany²

14.48 CHARACTERISTIC MIRNA ALTERATIONS IN ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

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

SZÜNET

15.10 A PARKINSON'S DISEASE 7 (PARK7) SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA GYERMEKKORI CÖLIÁKIÁBAN

Sziksz E.¹, Vörös P.², Himer L.¹, Ónody A.², Pap D.², Lippai R.², Frivolt K.³, Szebeni B.¹, Györffy H.⁴, Fekete A.⁵, Molnár K.², Veres G.², Arató A.², Tulassay T.¹, Vannay Á.¹, Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Budapest¹, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², Gyermekgyógyászati Klinika, Comenius Orvostudományi Egyetem, Bratislava, Slovakia³, II.sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest⁴, „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Budapest⁵

15.22 AMELOBLASZTOK BIKARBONÁT TRANSPORTFOLYAMATAINAK FUNKCIONÁLIS VIZSGÁLATA ÚJ, IN VITRO MODELLBEN

Bori E.¹, Angler D.¹, Sinka D.¹, Rácz R.¹, Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest, Magyarország¹

15.34 THE STRAIN DEPENDENCY OF L-ARGININE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN MICE

Kui B.¹, Balla Z.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

15.46 ANALYSING THE ROLE OF ALPHA2-ADRENOCEPTORS IN THE DEVELOPMENT OF DEXTRAN SULPHATE SODIUM-INDUCED MURINE COLITIS

Tóth V.¹, Fehér Á.¹, Zádori Z.¹, Holzer P.², Gyires K.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary¹, Research Unit of Translational Neurogastroenterology, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of Graz, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz, Austria²

15.58 INCREASED CYTOTOXIC POTENTIAL OF CD160 RECEPTOR POSITIVE NATURAL IMMUNE CELLS IN CHRONIC HCV INFECTION

Barakonyi A.¹, Odpadlik C.², Kőszegi B.³, Czéh Á.³, Vincze Á.⁴, Pár A.⁴, Pár G.⁴, Department of Medical Microbiology and Immunology, Clinical Centre, University of Pécs, Pécs,¹ János Szentágothai Research Centre, Pécs,² Soft Flow Hungary Ltd., Pécs³, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs⁴

SZÜNET

16.20 METAGENOME ANALYSIS OF PLASMA DERIVED CFDNA IN HEALTHY PATIENTS AND COLON DISEASES

Barták B.¹, Spisák S.², Solymosi N.³, Ittész P.³, Bodor A.³, Kondor D.³, Vattay G.³, Nagy Z.¹, Kalmár A.¹, Schöller A.¹, Sipos F.¹, Galamb O.¹, Tulassay Z.², Csabai I.³, Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Department of Physics of Complex Systems, Eötvös University, Budapest, Hungary³

16.32 THE NON-CONJUGATED BILE ACID CHENODEOXYCHOLATE INHIBITS THE ION TRANSPORTER ACTIVITIES 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, 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

16.44 AZ INTERLEUKIN-24 (IL-24) SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN (IBD)

Ónody A.¹, Sziksz E.², Himer L.², Pap D.¹, Szebeni B.², Bernáth M.¹, Veres-Székely A.¹, Kovács K.¹, Molnár K.¹, Ruszkó V.³, Veres G.¹, Arató A.¹, Tulassay T.¹, Vannay Á.², I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Budapest², Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr³

16.56 COELIAKIA ÉS SJÖGREN SZINDRÓMA

Marton R.¹, Juhász M.², Csomó K.³, Bogdán S.¹, Semmelweis Egyetem, Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinika¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika², Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék³

17.08 BENEFICIAL THERAPEUTIC EFFECTS OF INTRAVENOUSLY ADMINISTERED FREE-CIRCULATING DNA OF COLITIC ORIGIN IN A MURINE MODEL OF DSS-COLITIS

Sipos F.¹, Múzes G.¹, Fűri I.¹, Wichmann B.¹, Spisák S.², Germann T.³, Constantinovits M.³, Barták K.¹, Valcz G.¹, Kalmár A.¹, Krenács T.⁴, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

17.20 PREVENTIVE INTRAVENOUS ADMINISTRATION OF FREE-CIRCULATING DNA OF COLITIC ORIGIN IN DSS-COLITIC MICE

Múzes G.¹, Sipos F.¹, Fűri I.¹, Wichmann B.¹, Spisák S.², Germann T.³, Constantinovits M.³, Nagy Z.¹, Valcz G.¹, Kalmár A.¹, Krenács T.⁴, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

POSZTEREK

megvitatásuk a szünetekben, illetve a szekció előtt és után

Poszterbírálok: Molnár Béla, Budapest Varga Gábor, Budapest

1. **TIME-DEPENDENT CHANGES IN INFLAMMATORY MARKERS IN A RAT MODEL OF COLITIS BY LEISURE SPORT ACTIVITY**
Szalai Z.¹, Kupai K.¹, Magyariné Berkó A.¹, Pósa A.¹, Szabó R.¹, Varga C.¹, 1st Dept. of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

2. **NEUROIMMUNOMODULATION IN THE ORAL MUCOSA OF THE DIABETIC RAT**
Kispélyi B.¹, Lohinai Z.², Altdorfer K.³, Fehér E.³, Department of Prosthodontics, Semmelweis University, Budapest¹, Department of Conservative Dentistry, Semmelweis University, Budapest², Department of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest³

3. **DNA METHYLATION ANALYSIS OF PROSTAGLANDIN D2 RECEPTOR (PTGDR) GENE IN COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE**
Kalmár A.¹, Pétefia B.¹, Hollósi P.², Spisák S.³, Galamb O.³, Wichmann B.³, Valcz G.³, Patai V. Á.¹, Schöller A.¹, Füri I.¹, Barták B.¹, Nagy Z.¹, Tulassay Z.³, Molnár B.³, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Molecular Medicine Research Unit, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
18.00 - 19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ALFA WASSERMANN SZIMPÓZIUM / ALFA WASSERMANN SYMPOSIUM

18.00 NEW AASLD/EASL HEPATIC ENCEPHALOPATHY GUIDELINES

Peter Ferenci, Bécs, Austria

**18.20 LONG TERM SAFETY AND EFFICACY OF RIFAXMIN- α FOR THE
TREATMENT OF END STAGES OF LIVER DISEASES**

Arun Sanyal, Richmond, USA

18.40 HUNGARIAN GUIDELINE OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY

Hunyady Béla, Kaposvár

**18.50 RIFAXMIN- α , THERAPEUTIC USAGE BEYOND HEPATIC
ENCEPHALOPAT**

Szalay Ferenc, Budapest

2013. június 2. Vasárnap
2 June, Sunday
19.00 - 20.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
8.30 - 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ÚJ DIGITÁLIS SEGÉDESZKÖZÖK A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN FERRING SZIMPÓZIUM/ FERRING SYMPOSIUM

ONLINE ENDOSZKÓPOS ATLASZ MAGYARORSZÁGON

Demeter Pál, Budapest

MOBIL ALKALMAZÁS GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK RÉSZÉRE

Miheller Pál, Budapest

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**AZ ANYAGCSERE BETEGSÉGEINEK HATÁSA A
TÁPCSATORNA MŰKÖDÉSÉRE (LIPID-METABOLIZMUS,
CUKORBETEGSÉG, VASANYAGCSERE, RÉZANYAGCSERE) /
THE EFFECT OF METABOLIC DISORDERS ON THE FUNCTION OF
THE DIGESTIVE SYSTEM – LIPID METABOLISM, DIABETES
MELLITUS, IRON METABOLISM, COPPER METABOLISM
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)**

Moderátor: Altorjay István, Debrecen

- 9.00 **A LIPID ANYAGCSERE ÁTTEKINTÉSE**
GENERAL OVERVIEW OF LIPID METABOLISM
Balogh Zoltán
- 9.15 **A LIPID ANYAGCSERE JELENTŐSÉGE A MÁJBETEGSÉGEK TERÜLETÉN,
KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A ZSÍRMÁJRA ÉS A NASH-RA**
*THE SIGNIFICANCE OF LIPID METABOLISM IN CONNECTION TO LIVER
DISORDERS, ESPECIALLY FATTY LIVER AND NON-ALKOHOLIC
STEATOHEPATITIS*
Tornai István, Debrecen
- 9.30 **A TÁPANYAGOK ÉS A BÉLFLÓRA ÖSSZEFÜGGÉSEINEK ÚJABB
FELISMERÉSEI.**
*NEW DATA ABOUT THE CONNECTION OF NUTRIENTS AND THE INTESTINAL
BACTERIAL FLORA*
Rajnavölgyi Éva, Debrecen
- 9.45 **AZ ÖRÖKLETES ANYAGCSERE BETEGSÉGEK GYERMEKKORI ÉS
FELNŐTTKORI VONATKOZÁSAI**
*SIGNIFICANCE OF INHERITED METABOLIC DISORDERS IN CHILDREN AND
ADULT POPULATION*
Szőnyi László, Budapest
- 10.00 **A CUKORBETEGSÉG OKOZTA TÁPCSATORNAI MOTILITÁSZAVAROK**
MOTILITY DISORDERS OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN DIABETES MELLITUS
Izbéki Ferenc, Szeged
- 10.15 **A CUKORBETEGSÉG ÉS AZ EPEBETEGSÉGEK ÖSSZEFÜGGÉSEI**
DIABETES MELLITUS AND BILIARY DISORDERS
Orosz Péter, Miskolc
- 10.30 **A VASANYAGCSERÉVEL KAPCSOLATOS ÚJABB FELISMERÉSEK
JELENTŐSÉGE A MÁJ, PANCREAS VONATKOZÁSÁBAN**
*NEW DATA ABOUT IRON METABOLISM, ESPECIALLY REGARDING THE LIVER
AND PANCREAS*
Vincze Áron, Pécs

10.45 **A RÉZANYAGCSERE ZAVARAINAK JELENTŐSÉGE**
DISTURBANCES OF COPPER METABOLISM
 Szalay Ferenc, Budapest

11.05 – 11.35

AKUT PANCREATITIS
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök:

Előadó/Lecturer: **Hegy Péter**, Szeged

11.45 - 12.15

A GERD NYITOTT KÉRDÉSEI
THE OPENED QUESTIONS ABOUT THE GERD
SZIMPÓZIUM/ SYMPOSIUM

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

Előadó: **Hersényi László**, Budapest

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
14.00 - 14.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök: **Tulassay Zsolt**, Budapest **Wittmann Tibor**, Szeged

A GERD OSZTÁLYOZÁSÁNAK NEHÉZSÉGEI

CLASSIFICATION OF GERD: DIFFICULTIES AND CHALLENGES

Hersényi László, Budapest

A GERD KEZELÉSI STRATÉGIÁI A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

GERD TREATMENT STRATEGIES OF HUNGARIAN FAMILY PHYSICIANS

Kalabay László, Budapest

SAVCSÖKKENTŐ TERÁPIA A GYÓGYSZERFORGALMI ADATOK TÜKRÉBEN

ACID-REDUCING THERAPY IN THE LIGHT OF DRUG SALES DATA

Rosztóczy András, Szeged

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
14.30 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MOTILITÁS / MOTILITY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Wittmann Tibor**, Szeged **Király Ágnes**, Pécs

14.30 LAPAROSCOPOS OESOPHAGO-CARDIOMYOTOMIA AZ ACHALASIA KEZELÉSÉBEN

Bálint A.¹, Máté M.¹, Rózsa B.¹, Spiller G.¹, Brenner B.¹, Fővárosi Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil¹

14.40 PROGRESSION OF DIFFUSE ESOPHAGEAL SPASM TO ACHALASIA: REPORT OF A RARE CASE

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

14.50 COMPARISON OF OESOPHAGEAL FUNCTION IN PATIENTS WITH ACID AND NON-ACID REFLUX

Izbéki F.¹, Rudas A.¹, Wágner I.¹, Légner A.², Hritz I.¹, Altörjay Á.², 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár¹, Department of Surgery, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár²

15.00 EFFECTS OF NON-CONJUGATED BILE ACID ON THE ACID-BASE TRANSPORTERS OF THE HUMAN ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS

Laczkó 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 Internal Medicine, University of Szeged, Hungary.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary²

15.10 IMMUNOHISTOCHEMICAL ANALYSIS OF PROTEASE ACTIVATED RECEPTOR-2 (PAR2) AND CYCLOOXYGENASE-2 (COX2) CO EXPRESSION IN BARRETT ESOPHAGUS

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

Üléselnökök/Chairmen: **Izbéki Ferenc**, Szeged **Rosztóczy András**, Szeged

15.20 MMP-9, A NEW FECAL BIOMARKER IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FUNCTIONAL AND ORGANIC GASTROINTESTINAL PATHOLOGIES

Annaházi A.¹, Ábrahám S.², Molnár T.¹, Farkas K.¹, Rosztóczy A.¹, Inczefi O.¹, Földesi I.¹, Eutamene H.³, Theodorou V.³, Bueno L.³, Lázár G.², Wittmann T.¹, Róka R.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged², Toxalim UMR 1331 INRA/INP/UPS, Neuro-Gastroenterology and Nutrition Unit, Toulouse, France³

15.30 DETERMINANTS OF IMPAIRED GASTRIC EMPTYING IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Várkonyi T.¹, Fehértemplomi K.¹, Takács R.¹, Lengyel C.¹, Lázár M.¹, Papós M.¹, Pávics L.¹, Kempler P.¹, Wittmann T.¹, 1st Dept. of Internal Medicine University of Szeged, Dept. of Nuclear Medicine University of Szeged and 1st Dept. of Internal Medicine Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

15.40 HELICOBACTER PYLORI PREVALENCE REMAINS HIGH IN MIDDLE AGED HEALTHY, SOUTH-EAST HUNGARIAN, RURAL MALES

Bálint L.¹, Tiszai A.¹, Dóczy I.², Szekeres V.³, Róka R.¹, Izbéki F.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, 1st. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Hungary.¹, Department of Clinical Microbiology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary³

15.50 THE CHANGING PREVALENCE OF H. PYLORI INFECTION IN DYSPEPTIC PATIENTS: A RETROSPECTIVE ENDOSCOPIC STUDY, 1997-2012

Buzás G.¹, Lotz G.², Schneider F.³, Józan J.⁴, Ferencváros Health Centre, Gastroenterology¹, 2nd Institute of Pathology, Semmelweis University², Cell Diagnostics Ltd³, Institute of Physiology, Semmelweis University⁴

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
16.00-17.50

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ENDOSZKÓPIA III. / ENDOSCOPY III.

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Altörjay István, Debrecen Gurzó Zoltán, Gyula Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

**16.00 ROLE OF PULSEOXIMETRY MONITORING DURING
GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY WITH SEDOANALGESIC
PREMEDICATION**

Döbrönte Z.¹, Szenes M.², Gasztonyi B.², Csermely L.³, Kovács M.⁴, Lakatos L.⁵,
Lakner L.¹, Mester G.⁶, Pandur T.⁵, Patai A.⁷, Pák P.⁴, Pécsi G.⁸, Rácz I.⁹, Sarang K.¹,
Stöckert A.⁷, Székely A.¹⁰, Varga Szabó L.¹¹, Toldy E.¹², Vas megyei Markusovszky
Kórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály¹, Szombathely, Zala Megyei
Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg², Területi Kórház, Krems³, Vaszary
Kolos Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Esztergom⁴, Csolnoky Ferenc Megyei
Kórház, Belgyógyászati Osztály, Veszprém⁵, Gróf Esterházy Kórház, Belgyógyászati
Osztály, Pápa⁶, Erzsébet Kórház, Belgyógyászati Osztály, Sopron⁷, Karolina Kórház,
Gasztroenterológiai Osztály, Mosonmagyaróvár⁸, Petz Aladár Megyei Kórház, I.
Belgyógyászati Osztály, Győr⁹, Batthyány Kázmér Szakkórház, Belgyógyászati
Osztály, Kibér¹⁰, Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet, Dunaújváros¹¹

**16.10 TELJES INTRAVÉNÁS ANESZTÉZIÁBAN VÉGZETT ENDOSZKÓPOS
BEAVATKOZÁSAINK A MOSONMAGYARÓVÁRI KAROLINA
KÓRHÁZBAN. AZ ELSŐ 127 VIZSGÁLAT**

B.Magyarosi D.¹, Tóth L.¹, Szabó T.¹, Pécsi G.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Karolina
Kórház, Mosonmagyaróvár¹

**16.20 MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING – IS THERE
A „WEEKEND OR NIGHT” EFFECT?**

Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Rusznay K.¹, Varsányi M.¹, Zsigmond F.¹, Rábai K.¹,
Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ
Gasztroenterológia¹

**16.30 PANTOPRAZOLE BEFORE ENDOSCOPY IN PATIENTS WITH
GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING: DOES THE DURATION OF
INFUSION AND ULCER LOCATION INFLUENCE THE EFFECTS?**

Dancs N.¹, Szalai M.¹, Kárász T.¹, Szabó A.¹, Csöndes M.¹, Horváth Z.², Rácz I.¹, Petz
Aladár County and Teaching Hospital, Department of Gastroenterology¹, Széchenyi
István University, Department of Mathematics and Computer Sciences²

**16.40 GASTRAL ANTRAL VASCULAR ECTASIAS – SUCCESSFUL LONG-TERM
RESULT WITH COMPLEX ENDOSCOPIC TREATMENT, INCLUDING
BAND LIGATION AND HPU/APC**

Rusznay K.¹, Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Medical Centre
Hungarian Defence Forces, Gastroenterology, Budapest¹

16.50 CHALLENGE OR DAILY ROUTINE? 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

Üléselnökök/Chairmen:

Lakner Lilla, Szombathely **Solt Jenő**, Pécs

Vincze Áron, Pécs

17.00 MOUTHPIECE MADE OF SYRINGE RENDERS GASTROSCOPY IN PATIENTS WITH PARTIAL TRISMUS

Taller A.¹, Csikós D.¹, Kótai Z.², Uzsoki utcai Kórház II. Belgyógyászat¹, Uzsoki utcai Kórház Fül-orr-gégészet²

17.10 ENDOSCOPIC TREATMENT OF ZENKER'S DIVERTICULUM WITH FLEXIBLE ENDOSCOPE. THE FIRST HUNGARIAN CASE

Gyökeres T.¹, Rusznay K.¹, Adorján K.², Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology¹, Anesthesiology, Budapest²

17.20 LOW PREVALENCE OF BARRETT'S ESOPHAGUS AND ESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA OVER A 10-YEAR PERIOD

Láng J.¹, Bittera B.¹, Varga Z.¹, Koller A.¹, László B.¹, Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Sipos F.¹, Székely H.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹

17.30 SELF-EXPANDING METAL STENTS FOR MALIGNANT ESOPHAGEAL OBSTRUCTION: EXPERIENCE IN OUR PRAXIS

Ilyés S.¹, Bordás L.¹, Szalai L.¹, Fazekas I.¹, Gurzó Z.², Novák J.¹, Pándy Kálmán County Hospital, Department of Gastroenterology¹, Endoscopic Labor²

17.40 ASSESSMENT OF QUALITY COLONOSCOPY IN OUR ACADEMIC ENDOSCOPIC UNIT

Koller A.¹, Varga Z.¹, Bittera B.¹, Láng J.¹, László B.¹, Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Sipos F.¹, Székely H.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
14.30 – 16.50

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

PANCREAS
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen: **Pap Ákos**, Budapest **Kelemen Dezső**, Pécs

14.30 ORSZÁGOS PANKREÁSZ REGISZTER: 2013 UPDATE

Hegyi Péter, Szeged

14.40 PRELIMINARY DATA OF A CLINICAL SURVEY ON ACUTE PANCREATITIS BASED ON THE HUNGARIAN NATIONAL REGISTRY

Kemény L.¹, Takács T.¹, Balázs A.¹, Farkas Jr. G.², Pap Á.³, Maléth J.¹, Gervain J.⁴, Rudas L.⁵, Bod B.⁶, Czelecz J.⁷, Kelemen D.⁸, Forster T.⁹, Hegyi P.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Geisz A.¹, Czakó L.¹, Szabó E.¹, Szepes Z.¹, Rosztóczy A.¹, Fogas J.⁵, Kiss J.¹, Molnár T.¹, Légrády P.¹, Sepp K.¹, Pálvölgyi A.¹, Szabolcs A.¹, Róka R.¹, Gyimesi G.¹, Takács R.¹, Hritz I.⁴, Izbéki F.⁴, Lázár G.², Wittmann T.¹, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group¹⁰, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Department of Anesthesiology and Intensive Care Unit, University of Szeged, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Bethasda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Second Department of Medicine, University of Szeged, Hungary⁹, Hungarian Pancreatic Study Group¹⁰

14.50 CHRONIC PANCREATITIS: NATIONAL REGISTRY AND BIOBANK

Balázs A.¹, Rakonczay Z.¹, Kemény L.¹, Lázár G.², Pap Á.³, Rosztóczy A.¹, Gervain J.⁴, Rudas L.⁵, Bod B.⁶, Czelecz J.⁷, Kelemen D.⁸, Forster T.⁹, Hegyi P.¹, Takács T.¹, on behalf of the H.¹⁰, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Department of Anesthesiology and Intensive Care Unit, University of Szeged, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Bethasda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Second Department of Medicine, University of Szeged, Hungary⁹

Üléselnökök/Chairmen: **Hritz István**, Székesfehérvár **Takács Tamás**, Szeged

15.00 KRÓNIKUS PANCREATITIS GYERMEKKORBAN – DIAGNOSZTIKUS NEHÉZSÉGEINK

Lásztity N.¹, Párniczki A.¹, Szmola R.², Nagy A.¹, Lőrincz M.¹, Gasztroenterológiai és Nephrológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház¹, SE II.sz Belgyógyászati Klinika²

15.10 MICRO-RNS VIZSGÁLAT HASNYÁLMIRIGY-DAGANATOS BETEGEK DAGANATSZÖVET-MINTÁIBAN

Papp R.¹, Gombos K.², Kaszás B.³, Vereczkei A.¹, Kelemen D.¹, PTE KK Sebészeti Klinika¹, PTE ÁOK Orvosi Népegészségtani Intézet², PTE ÁOK Orvostanhallgató³

15.20 SERUM CALPROTECTIN IN INFECTED PANCREATIC NECROSIS

Terzin V.¹, Földesi I.², Róka R.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, Czakó L.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Laboratory Medicine, University of Szeged, Szeged²

15.30 EPEÚTI KEFECYTOLOGIAI MINTAVÉTEL SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK.

Szőnyi M.¹, Topa L.¹, Zolnai Z.¹, Szent Imre Kórház¹

Üléselnökök/Chairmen: **Szmola Richárd**, Budapest **Rakonczay Zoltán**, Szeged

15.40 EGÉR TRIPSZINOGÉNEK BIOKÉMIAI JELLEMZÉSE

Németh B.¹, Sahin-Tóth M.¹, Boston University Medical Campus, Department of Molecular and Cell Biology, Boston MA, USA¹

15.50 FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF HEREDITARY CHRONIC PANCREATITIS ASSOCIATED TRYPSINOGEN ACTIVATION PEPTIDE MUTANTS

Geisz A.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Sahin-Tóth M.², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, USA²

16.00 GENETIC ASPECTS OF CHRONIC PANCREATITIS IN CHILDREN

Hegyi E.¹, Čierna I.¹, Vavrová L.², Konečný M.², Kovács L.¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia¹, Department of Clinical Genetics, St. Elizabeth Cancer Institute, Bratislava, Slovakia²

Üléselnökök/Chairmen: **Varga Gábor**, Budapest **Czakó László**, Szeged

16.10 BASIC AMINO ACIDS CAUSE MITOCHONDRIAL DAMAGE IN RAT PANCREATIC ACINAR CELLS

Végh E.¹, Kovács G.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

16.20 ETHANOL AND ITS NON-OXIDATIVE METABOLITES PROFOUNDLY INHIBIT CFTR FUNCTION IN PANCREATIC EPITHELIAL CELLS WHICH IS PREVENTED BY ATP SUPPLEMENTATION

Venglovecz V.¹, Judák L.², Rakonczay Z.², Maléth J.², Gray M.³, Hegyi P.², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged¹, First Department of Medicine, University of Szeged², Institute for Cell and Molecular Biosciences, University Medical School, Newcastle upon Tyne, UK³

16.30 INVESTIGATION OF PANCREATIC DUCTAL FLUID AND HCO₃-SECRETION AND THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IN NHERF1 KNOCKOUT AND WILD-TYPE MICE

Pallagi P.¹, Balla Z.¹, Singh A.², Iványi B.³, Riederer B.², Jármay K.¹, Venglovecz V.⁴, Maléth J.¹, Hegyi P.¹, Seidler U.², ifj. Rakonczay Z.¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged, Hungary¹, Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Hannover Medical School, Hannover, Germany², University of Szeged, Department of Pathology, Szeged, Hungary³, University of Szeged, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Szeged, Hungary⁴

16.40 FLUID SECRETION IS INHIBITED BY ADMINISTRATION OF CIGARETTE SMOKE EXTRACT IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCAL CELLS

Schnúr A.¹, Venglovecz V.¹, Gál E.¹, Rakonczay Z.¹, Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
16.50 – 18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

**ULTRAHANG / ULTRASOUND
GYERMEKGASZTROENTEROLÓGIA /
PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)**

Üléselnökök/Chairmen: Szebeni Ágnes, Budapest Veres Gábor, Budapest

- 16.50 **Regöly-Mérei János emlékelőadás**
SEBÉSZETI ULTRAHANG MAGYARORSZÁGON 1980 – 2013
Winternitz T.¹, Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika¹
- 17.05 **AKTIVITÁSI INDEXEK ÉS LABORVIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE A HAZAI GYERMEK IBD REGISZTER ALAPJÁN (HUPIR)**
Müller K.¹, Magyar Gyermekek IBD regiszter résztvevői „², Veres G.¹, I. sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem^{1,2}
- 17.15 **RARE VASCULAR CONDITIONS OF ABDOMINAL CIRCULATION OBSERVED BY THREE-DIMENSIONAL COLOR-DOPPLER ULTRASOUND**
Székely G.¹, Szilvás Á.², Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹
- 17.25 **COLITIS ULCEROSA TOGETHER WITH MECKEL S DIVERTICULUM CAUSING SEVERE HAEMORRHAGE IN CHILDREN**
Pásztai I.¹, Varga É.², Bazsika A.², Fadgyas B.¹, Department of Pediatric and Traumatologic Surgery of Saint John's Hospital¹, Intensive Care Unit of Saint John's Hospital²
- 17.35 **A MÁJ ELASZTICITÁSÁNAK NON-INVAZÍV, ULTRAHANG ALAPÚ VIZSGÁLATI METODIKÁI NAPJAINKBAN**
Ujlaki M.¹, Gődény M.¹, Országos Onkológiai Intézet, Radiológiai Diagnosztikai Osztály¹
- 17.45 **ÚJSZÜLÖTTKORI MÁJENZIM-EMELKEDÉS ICTERUS-SZAL – DIAGNÓZIS 12 ÉVVEL KÉSŐBB - ESETISMERTETÉS**
Molnár J.¹, Horvát-Karajz K.², Szőnyi L.³, Molzsa Medical Kft.¹, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika², Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika³
- 17.55 **APPENDAGITIS KÉT ESETÜNK KAPCSÁN**
Pálhegyi E.¹, Varsányi N.², Farbaki Z.², Gelley A.¹, Belgyógyászati Osztály Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest¹, Radiológiai Osztály Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest²
- 18.05 **OUR INITIAL EXPERIENCES IN CONNECTION WITH MR ENTEROGRAPHY**
Tasnádi T.¹, Csefkó K.², Varga M.², Radiology, Dr Rethy Pal Hospital, Bekescsaba¹, 3rd Department Internal Medicine-Gastroenterology, dr Rethy Pal Hospital, Bekescsaba²

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
14.30 - 16.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG /
ENDOSCOPIC ULTRASOUND
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chairmen:

Czakó László, Szeged

Szepes Attila, Kecskemét

Hamvas József, Budapest

14.30 **KÖZGYŰLÉS**

14.40 **OUR INITIAL EXPERIENCES WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND EXAMINATIONS IN DIFFUSE LIVER DISEASES**

Kovács A.¹, Patai Á.¹, Dobre N.², Mérő L.², Erzsébet Teaching Hospital 1st. Dept. Of Internal Medicine and Gastroenterology, Sopron, Hungary¹, Western Hungarian University Bolyai Secondary Grammar School, Szombathely, Hungary²

14.50 **SENSITIVITY OF ROUTINE ABDOMINAL MULTIDETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH PANCREATIC SOLID TUMOUR PROVEN WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION – PRELIMINARY RESULTS FROM A TERTIARY REFERRAL CENTER**

Dubravcsik Z.¹, Serényi P.², Janota M.¹, Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, Department of Pathology and Cytodiagnosics, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét²

15.00 **AZ ENDOSKOPOS ULTRAHANG SZEREPE AZ OESOPHAGUS, PERIOESOPHAGEÁLIS, ÉS MEDIASTINÁLIS ELVÁLTOZÁSOK KIVISZGÁLÁSÁBAN**

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

15.10 **A GYOMOR SUBEPITHELIALIS TUMORAINAK DIFFERENTIÁL-DIAGNOSZTIKÁJA**

Báthori Á.¹, Szabolcs A.¹, Wittmann T.¹, Szepes Z.¹, Czakó L.¹, SZTE I.sz Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

Üléselnökök/Chairmen:

Pakodi Ferenc, Pécs

Szepes Zoltán, Szeged

Takács Rita, Budapest

15.20 **RECTAL TUMOUR STAGING WITH RECTAL ULTRASOUND – NO DIFFERENCE BETWEEN WESTERN AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES?**

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

15.30 **A RARE COMPLICATION OF CHRONIC CALCIFYING PANCREATITIS**

Rédei C.¹, Mester T.¹, Rapcsányi A.¹, Topa L.¹, Szent Imre Kórház, PTE ÁOK Oktatókórháza¹

15.40 ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED DRAINAGE OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS

Topa L.¹, Sahin P.¹, Rédei C.¹, Szőnyi M.¹, Igaz I.¹, Tóth L.¹, Szent Imre Kórház P T E Oktató Kórháza Budapest¹

15.50 ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED PROCEDURES ON PANCREATIC FLUID

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Nehéz L.², Gasroenterology Bajcsy-ZsilinszkyHospital Budapest¹, 1st. Surgical Clinic Semmelweis University Budapest²

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
16.00 – 17.50

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

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

Kopper László, Budapest

16.00 MYOFIBROBLAST-DERIVED SECRETED FRIZZLED-RELATED PROTEIN 1 (SFRP1) CAN INHIBIT COLORECTAL CARCINOMA FIELD CANCERIZATION

Valcz G.¹, Patai V.², Füri I.², Kalmár A.², Péterfia B.², Sipos F.², Krenács T.³, Nagy N.³, Barna G.³, Wichmann B.¹, Molnár B.², Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

16.10 DNA METHYLATION MARKERS OF LEFT-SIDED COLORECTAL CANCER BASED ON GENE EXPRESSION SCREENING

Péterfia B.¹, Hollósi P.², Kalmár A.¹, Galamb O.³, Spisák S.³, Wichmann B.³, Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Patai V. Á.¹, Kubák V.², Kiss K.², Horváth Z.², Tulassay Z.³, Kovalszky I.², Molnár B.³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Molecular Medicine Research Unit, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

16.20 METHYLATION MATTERS: THE IMPORTANCE OF DNA METHYLATION IN COLORECTAL CANCER

Patai V. Á.¹, Barták B.¹, Péterfia B.², Hollósi P.³, Kalmár A.¹, Patai Á.⁴, Valcz G.², Wichmann B.², Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Schöller A.¹, Spisák S.², Nagy Z.¹, Tulassay Z.², Molnár B.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 Internal Medicine, Sopron Elisabeth Teaching Hospital, Sopron, Hungary⁴

16.30 BIOINFORMATIKAI FEJLESZTÉSEK A DAGANATOK MOLEKULÁRIS FARMAKODIGNOSZTIKÁJÁNAK KLINIKAI ALKALMAZÁSÁHOZ

Peták I.¹, Pongor L.¹, Kirsch K.¹, Kohánka A.¹, Déri J.¹, Várkondi E.¹, Pintér F.¹, Schwab R.¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft¹, MTA-SE Pathobiokémiai Munkacsoport, Orvosi Vegytani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest²

16.40 ELŐREHALADOTT VASTAGBÉLDAGANATOS BETEG MULTIGÉNES VIZSGÁLAT ALAPJÁN TERVEZETT SIKERESEN ISMÉTELT ANTI-EGFR KEZELÉSE

Schwab R.¹, Lengyel C.¹, Barti-Juhász H.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Várkondi E.¹, Pintér F.¹, Kopper L.², Peták I.¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft¹, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest²

17.00 **A KÉT LEBENYT ÉRINTŐ MÁJTUMOR IS GYÓGYÍTHATÓ: KÉT LÉPCSŐS (TWO STAGE) MÁJRESEKTIÓK**

Hahn O.¹, Dudás I.², Tamás J.¹, Fekete K.¹, Gyömörei G.¹, Bennemann S.¹, Pajor P.¹, Bozó A.¹, Zsirka-Klein A.¹, Harsányi L.¹, Kupcsulik P.¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²

17.10 **SPECIÁLIS BETEGCSOPORT ADATAI COLORECTALIS CARCINOMA POSZTOPERATÍV ELLENŐRZÉSE KAPCSÁN**

Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Herman B.¹, Máhr K.², Nagy G.³, Vattay P.⁴, Bali O.⁵, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg, Belgyógyászat¹, Onkológia², Radiológia³, Sebészet⁴, Patológia⁵

17.20 **BEVACIZUMAB- FOLFIRI KEZELÉssel KAPCSOLATOS TAPASZTALATAINK METASZTATIKUS VASTAGBÉLRÁKBAN EGY KONKRÉT ESET BEMUTATÁSA ALAPJÁN**

Vizer A.¹, Torgyik L.¹, Zergényi É.¹, Orosz Z.¹, Tóth A.¹, Tőkés T.¹, Dank M.¹, SE I.sz. Belgyógyászati Klinika Onkológiai Részleg¹

17.30 **TRIGGERELT MÁJ REMODELLING VIZSGÁLATA IN VIVO KÉPALKOTÓ ELJÁRÁS SEGÍTSÉGÉVEL**

Szijártó A.¹, Korsós D.¹, Pekli D.¹, Csákó B.¹, Harsányi L.¹, Szigeti K.², Semmelweis Egyetem; I. sz. Sebészeti Klinika; Budapest¹, Semmelweis Egyetem; Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet; Budapest²

17.40 **OUR EXPERIENCES WITH 90Y-DOTATOC THERAPY FOR NEUROENDOCRINE TUMORS (NETS)**

Uhlyarik A.¹, Szilvási I.², Gyökeres T.³, Torday L.⁴, Wilde D.⁵, Pápai Z.¹, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Department of Oncology¹, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Department of Nuclear Medicine², Medical Centre Hungarian Defence Forces, Department of Gastroenterology³, University of Szeged, Department of Oncotherapy⁴, Nuclear Medicine University Hospital Basel⁵

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
18.00 - 19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

TIHANYTÓL – TIHANYIG (2012-2013)
AZ ELMÚLT ÉV SZAKMAI ÚJDONSÁGAI,
ÉRDEKESSÉGEI A GASZTROENTEROLÓGIA NÉHÁNY
KIEMELT TERÜLETÉN
TAKEDA SZIMPÓZIUM/ TAKEDA SYMPOSIUM

Üléselnök/ Chairman: **Tulassay Zsolt**, Budapest **Wittmann Tibor**, Szeged

SAVFÜGGŐ BETEGSÉGEK

Hersényi László, Budapest

IBD

Nagy Ferenc, Szeged

GASZTROINTESZTINÁLIS TUMOROK

Altörjay István, Debrecen

GYOMOR- ÉS BÉLVÉRZÉS: KÉPEK ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Rác István, Győr

MÁJBETEGSÉGEK

Szalay Ferenc, Budapest

D-VITAMIN PÓTLÁS A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

Juhász Márk, Budapest

2013. június 3. Hétfő
3 June, Monday
19.00 - 20.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

KARDIOGÉN AGYI EMBÓLIA ESZKÖZÖS PREVENCIÓJA
VÉRZŐ BETEGBEN

INTERVENTIONAL PREVENTION OF CARDIOGENIC
CEREBRAL EMBOLISM IN THE BLEEDING PATIENT

VASCULAR VENTURE SZIMPÓZIUM/ VASCULAR VENTURE SYMPOSIUM

Üléselnökök: . **Hersényi László**, Budapest

Andréka Péter, Budapest

A KARDIOGÉN AGYI EMBÓLIA GYAKORISÁGA ÉS KÖRLEFOLYÁSA.
INCIDENCE AND CHARACTERISTICS OF CARDIOGENIC CEREBRAL EMBOLISM
 Debreczeni Róbert, Budapest

A PITVARFIBRILLÁCIÓBAN ADOTT ANTIKOAGULÁNS SZEREK
GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSES KOCKÁZATA.
GASTROINTESTINAL BLEEDING RISK OF ANTICOAGULANTS IN ATRIAL
FIBRILLATION
 Juhász Márk, Budapest

ÚJ ANTIKOAGULÁNS SZEREK ÉS A VÉRZŐ BETEG. MIT TEHETÜNK?
NEW ANTICOAGULANTS AND THE BLEEDING PATIENT. WHAT CAN WE DO?
 Andréka Péter, Budapest

BAL PITVARI FÜLCSE ZÁRÁSÁNAK INDIKÁCIÓJA ÉS TECHNIKÁJA.
INDICATION AND TECHNIQUE OF LEFT ATRIAL APPENDAGE CLOSURE
 Fontos Géza, Budapest

Vita
 Discussion

2013. június 4. Kedd
4 June, Tuesday
8.30 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**ONCOMPASSDX: DÖNTÉSTÁMOGATÓ RENDSZER 180 CÉLZOTT
ONKOLÓGIAI HATÓANYAG SZEMÉLYRE SZABOTT
ALKALMAZÁSÁHOZ**

MEDSERV-KPS SZIMPÓZIUM/ MEDSERV-KPS SYMPOSIUM

Előadó / Lecture: **Schwab Richárd**, Budapest

2013. június 4. Kedd
4 June, Tuesday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**LEGFONTOSABB FORDULÓPONTOK AZ IBD GONDOZÁSA
SORÁN /**
DECISION TURNING POINT IN IBD CARE
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátorok:

Molnár Tamás, Szeged

Banai János, Budapest

Kristóf Tünde, Miskolc

9.00 **A DIAGNOSZTIKA BUKTATÓI, DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKAI
TÉVEDESEK**

CHALLENGES IN THE DIAGNOSIS OF IBD

Szepes Zoltán, Szeged

9.20 **A TERÁPIA MÓDOSÍTÁSÁT IGÉNYLŐ KRITIKUS HELYZETEK**
CRITICAL SITUATIONS WHICH MODIFY THE THERAPEUTIC DECISIONS

Miheller Pál, Budapest

9.40 **PERIOPERATÍV GASZTROENTEROLÓGIAI TEENDŐK**
PERIOPERATIVE GASTROENTEROLOGICAL CARE IN IBD

Molnár Tamás, Szeged

10.00 **FERTILITÁS, TERHESSÉG, SZOPTATÁS, ÖRÖKLŐDÉS**
FERTILITY, PREGNANCY AND LACTATION IN IBD

Palatka Károly, Debrecen

10.20 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK ÉS MALIGNITÁS**
MALIGNANCY AND IBD

Lakatos Péter, Budapest

10.40 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉG IDŐS KORBAN**
OLDER-AGE ONSET IBD

Lakatos László, Veszprém

11.05 – 11.35

**ELŐREJELEZHETŐ-E A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK
LEFOLYÁSA?**
*IS THE DISEASE COURSE PREDICTABLE IN INFLAMMATORY BOWEL
DISEASES?*
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök/Chairman:

Előadó/Lecturer: **Lakatos Péter László**, Budapest

11.35-11.40 Quantiferon teszt jelentősége biológiai kezelés során. Előadó: Lakatos Péter

2013. június 4. Kedd
4 June, Tuesday
11.40 - 12.40

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

MSD SZIMPÓZIUM/ MSD SYMPOSIUM

BIOHASONLÓ - UGYANAZ, MÁS, HASONMÁS?

Miheller Pál, Budapest

**PREDIKTÍV FAKTOROK JELENTŐSÉGE AZ IBD BETEGEK KEZELÉSI
STRATÉGIÁJÁBAN**

Szepes Zoltán, Szeged

**FOLYAMATOS-FENNTARTÓ VAGY INTERMITTÁLÓ TNF-ALFA GÁTLÓ
KEZELÉS? MELYIKET VÁLASSZAM CD-BEN?**

Palatka Károly, Debrecen

2013. június 4. Kedd
4 June, Tuesday
14.00 – 18.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**KIHÍVÁSOK ÉS DILEMMÁK / KLINIKOPATOLÓGIA /
ESETISMERTETÉSEK
CHALLENGES / CLINICOPATHOLOGY / CASE REPORTS**
(ÉLŐ VIDEOKÖZVETÍTÉSES POSZTER MEGBESZÉLÉS /
POSTERS. VIDEO COMMENTARY DISCUSSION)

Üléselnökök/Chairmen:

Pap Ákos, Budapest

Bene László, Budapest

Poszterbírálok:

Bajor Judit, Pécs, **Simon Károly**, Budapest, **Gyökeres Tibor**, Budapest, **Szalay Ferenc**, Budapest, **Czakó László**, Szeged, **Schwab Richard**, Budapest, **Vereczkei András**, Pécs

- PEG RITKA SZÖVŐDMÉNYE: GYOMOR FALI TUMOR TRANSPLANTÁCIÓ A PEG SZÚRCSATORNÁJÁBA. ESETBEMUTATÁS**
Horvát G.¹, Makai G.¹, Bugát Pál Kórház Nonprofit Kft., Gasztroenterológia¹
- DO GASTROENTEROLOGISTS' GENDER AND AGE INFLUENCE THE PARAMETERS OF QUALITY COLONOSCOPY?**
Hettmann D.¹, Burger C.¹, Hersényi L.¹, Koller A.¹, Székely H.¹, Müllner K.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Molnár B.¹, Péter Z.¹, Szmola R.¹, Sípos F.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, SE II.sz.Belgyógyászati Klinika¹
- IS BOUVERET'S SYNDROME REALLY A RARE CLINICAL ENTITY?**
Barati E.¹, Plósz J.¹, Bodnár Z.¹, Kenézy Kórház és Rendelőintézet¹
- PROLONGÁLT CHOLESTATICUS ICTERUS ERCP UTÁN - ESETISMERTETÉS**
Mester G.¹, Gróf Esterházy Kórház, Belgyógyászati Osztály, Pápa¹
- A POST ERCP-PANCREATITIS JELLEGE, PREVENCIÓJA, ÉS KONZERVATÍV TÁPLÁLÁSTERÁPIÁJA JEJUNÁLIS SZONDATÁPLÁLÁSSAL.**
Chamdin S.¹, Gasztroenteroogia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹
- KIVÉTELESEN RITKA NYELÉSKÉPTELENSÉGEK**
Kotsis L.¹, Vadász P.¹, Heiler Z.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Mellkassebészeti¹
- GASZTROINTESZTINÁLIS TRAKTUS IATROGÉN FISZTULÁINAK ZÁRÁSA SZÖVETRAGASZTÓVAL. ESETISMERTETÉSEK.**
Tarpay Á.¹, Káposztás Z.², Pozsár J.¹, Dorogi B.², Dubóczki Z.², Szmola R.¹, Burai M.¹, Pap Á.¹, Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹, Onkológiai Sebészeti Centrum, Országos Onkológiai Intézet, Budapest²

8. **RARE COMPLICATION OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES: NON-HODGKIN LYMPHOMA OCCURRING IN CROHN'S DISEASE**
Czirjak K.¹, Ven L.¹, Kapin M.², Keresztes K.³, Racz F.¹, Francz M.², Szegedi L.¹, 1st Department of Internal Medicine, Andras Josa Teaching Hospital, Nyiregyhaza¹, Department of Pathology, Andras Josa Teaching Hospital, Nyiregyhaza², Department of Hematology, Andras Josa Teaching Hospital, Nyiregyhaza³

9. **EGY RITKA KÓRKÉP SZOKATLAN MEGJELÉNÉSE**
Bíró Á.¹, Takács R.¹, Juhász M.², Benedek G.², Zalatnai A.³, Sápi Z.³, Hamvas J.¹, Bacsy-Zsilinszky kórház Budapest, Gasztroenterológia¹, Bacsy-Zsilinszky kórház Budapest, Sebészet², Bacsy-Zsilinszky kórház Budapest, Patológia³

10. **PERFORATION OF STOMACH AND DUODENUM. UNUSUAL COMPLICATIONS AFTER GEMCITABINE TREATMENT**
Pozsár J.¹, Tarpay Á.¹, Szmola R.¹, Burai M.¹, Pap Á.¹, Divison of Gastroenterology, National Institute Of Oncology, Budapest, Hungary¹

11. **METASTATIC EPITHELOID ANGIOSARCOMA CAUSING SEVERE GASTROINTESTINAL BLEEDING**
Rudas A.¹, Székely A.¹, Szilágyi A.², Sápi Z.³, Izbéki F.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár¹, Department of Pathology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár², Semmelweis University 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research Budapest³

12. **THE ROLE OF MRI IN THE DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP FOR CYSTIC PANCREATIC LAESIONS**
Naszádos G.¹, Tarpay Á.², Burai M.², Pap Á.², Gődény M.³, National Institute of Oncology, Budapest, Department of Radiology¹, National Institute of Oncology, Budapest, Department of Gastroenterology², Department of Postgraduate and Scientific Research of the University of Medicine, Tirgu Mures, Romania³

13. **WHIPPLE KÓR SAJÁT ESETEINKBEN**
Dandé G.¹, Czuczor V.¹, Rácz F.¹, Gerzon T.¹, Szegedi L.¹, Orlik B.², Balogh I.³, Nyíregyháza Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat¹, Nyíregyháza Jósa András Oktatókórház Patológia², Debreceni Egyetem OEC Laboratóriumi Medicina Intézet³

14. **„EZT NEM KELLETT VOLNA SZEDNEM” – GYÓGYSZEREK, TÁPLÁLÉKKIEGÉSZÍTŐK LEHETSÉGES MÁJKÁROSÍTÓ HATÁSA**
Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Gyökerez T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest¹

15. **ÉLETET VESZÉLYEZTETŐ, THERÁPIA REFRAKTER CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉS OKOZTA PSEUDOMEMBRANOSUS COLITIS SIKERES KEZELÉSE SZÉKLETTRANSZPLANTÁCIÓVAL**
Várvölgyi C.¹, Nagy G.³, Balogh Z.¹, Orosi P.², Paragh G.¹, Belgyógyászati Intézet, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen¹, Kórházhygiéne és Infekciókontroll Tanszék, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen², Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc³

16. **VÉKONYBÉL TUMOROK. MEGTALÁLJUK?**
Kiss I.¹, Szabó E.¹, Gyimesi G.¹, Kiss J.¹, Kiss I.², Tiszlavicz L.³, Wittmann T.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Belgyógyászati Osztály II.¹, Szegedi Tudományegyetem, Radiológiai Klinika², Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet³
17. **DOUBLE-BALLOON ENDOSCOPY FOR SMALL INTESTINAL DISEASE: UPDATE FROM A SINGLE-CENTER IN HUNGARY**
Fekete S.¹, Golovics P.¹, Lovász B.¹, Mandel M.¹, Golopenza P.², Zubek L.², Pak G.³, Pak P.³, Kiss S.¹, Papp J.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis University, 1st Department of Medicine, Budapest, Hungary¹, Semmelweis University, Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Budapest, Hungary², Vaszary Kolos Hospital, 2nd Department of Medicine, Esztergom, Hungary³
18. **A VATER PAPILLA TUMORA RITKA, SZISZTÉMÁS MALIGNUS BETEGSÉG RÉSZÉKÉNT**
Dávida L.¹, Haraszi B.¹, Rejtő L.², Selmeczi A.², Illés Á.², Méhes G.³, Horkay E.⁴, Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Hematológiai Tanszék², Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Patológiai Intézet³, Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Radiológiai Klinika⁴
19. **PORTÁLIS VÉNA LIGATURA ÁLTAL INDUKÁLT MÁJREGENERÁCIÓ SORÁN BEKÖVETKEZŐ MORFOLÓGIAI ÉS FUNKCIONÁLIS VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLATA PATKÁNY MÁJBAN**
Fülöp A.¹, Budai A.¹, Lotz G.², Kiss A.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem; I. sz. Sebészeti Klinika; Budapest¹, Semmelweis Egyetem; II. sz. Patológiai Intézet; Budapest²
20. **IBD CENTRUMBAN SEM MINDEN CROHN-BETEGSÉG, AMI ANNAK LÁTSZIK – ESETISMERTETÉS**
Bogsch B.¹, Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Iványi A.², Gyökeres T.¹, Banai J.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia,¹ II. Sebészet, Budapest²
21. **APPENDICITISTŐL A CROHNIG. EZ A VÉG VAGY A KEZDET? ESETISMERTETÉS**
Szász N.¹, Varsányi M.¹, Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Farkas K.², Szabó T.², Lestár B.², Kovács R.³, Mikala G.⁴, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, II. Sebészet², Urológia³, Főv. Egys. Szt. László és István Kórház, Hematológia, Budapest⁴
22. **PANCREAS CANCER WITH GASTRIC INVASION MIMICKING GASTRIC SUBMUCOSAL TUMOR**
Theisz J.¹, Baranyai Á.¹, Simon K.², Bánsághi Z.³, Topa L.¹, Gastroenterology Department, Szent Imre Hospital, Budapest¹, Pathology Department, Szent Imre Hospital, Budapest², Radiology Department, Szent Imre Hospital, Budapest³
23. **RETROGRÁD ENTERO-ENTERÁLIS INTUSUSCEPCIÓ. ESET ISMERTETÉS**
Koronczi D.¹, Rakonczi E.², Gál S.³, Belgyógyászati Osztály, Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján¹, Belgyógyászati Osztály, Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján², Sebészeti Osztály, Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján³

24. **A FELSŐ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉSEK KOMPLEX ELLÁTÁSA**
Dabi Á.¹, Bagosi T.¹, Muszely J.¹, Ádám T.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia
 Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹
25. **GASZTROSZKÓPOS ELEM(E)ZÉS AZ ÉJSZAKÁBAN- NYELEMÉNY & LELEMÉNY**
Tóth G.¹, Vasali G.¹, Sovány I.¹, Székely G.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített
 Kórházak, I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály¹
26. **KÖPENYSEJTES LYMPHOMA VASTAGBÉL ÉRINTETTSÉGGEL**
Topál L.¹, Szakál I.¹, Gombás P.², Almási K.², Szűcs I.², Valasinyószki E.³, Dombi P.³,
 Endoszkópos Labor, Selye János Kórház, Komárom¹, Patológiai Osztály, Szent Borbála
 Kórház, Tatabánya², Hematológiai Osztály, Szent Borbála Kórház, Tatabánya³
27. **ROLE OF COLONOSCOPIC DECOMPRESSION IN THE TREATMENT OF TOXIC MEGACOLON SECONDARY TO CLOSTRIDIUM DIFFICILE COLITIS**
Sarlós P.¹, Pakodi F.¹, Szabó I.¹, Nemes Z.¹, Péterfi Z.¹, Vincze Á.¹, 1st Dept.of Internal
 Medicine, KK, PTE, Pécs¹
28. **SUCCESSFUL PEGINTERFERON-ALFA (PEG-IFN-A) TREATMENT OF A CHRONIC HEPATITIS B (CHB) PATIENT COMPLICATED WITH PERIARTERITIS NODOSA. A CASE REPORT**
Pálvölgyi A.¹, Nagy I.¹, Tornai I.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of
 Szeged, Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen,
 Hungary²
29. **GYÓGYSZER ÁLTAL OKOZOTT, SÚLYOS FOKÚ CHOLESTASISSAL KÍSÉRT MÁJLAESIO. KÉT GYÓGYULT BETEG ESETE**
Németh D.¹, Tessényi I.², Schaff Z.³, Jozilan H.¹, Szalay F.¹, Szathmári M.¹, Semmelweis
 Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika¹, Budapest XII ker. Kiss János altábornagy utcai
 Háziorvosi Rendelő², Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet³
30. **IS APPLICATION OF INTRAOPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY MANDATORY DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY?**
Ábrahám S.¹, Simonka Z.¹, Ottlakán A.¹, Pieler J.¹, Libor L.¹, Andrási L.¹, Tóth I.¹, Kovács
 K.¹, Kollár H.¹, Szepes Z.², Czakó L.², Takács T.², Lázár G.¹, Department of Surgery,
 University of Szeged, Szeged¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged,
 Szeged²

55. Nagygyűlés

55th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

ELŐADÁSKIVONATOK

*Abstracts
of Lectures and Posters*

2013.

Tihany, 31 May - 4 June, 2013.
Tihany, CLUB TIHANY, HungaryELNÖK
PRESIDENT

Hunyady Béla

FŐTITKÁR
SECRETARY-GENERAL

Hersényi László

ÜGYVEZETŐ
IGAZGATÓ

Szalay Ferenc

A bíráló bizottság tagjaiDr. Altorjay István
Dr. Arató András
Dr. Bajor Judit
Dr. Bálint András
Dr. Bálint Levente
Dr. Bene László
Dr. Bodoky György
Dr. Czákó László
Dr. Figler Mária
Dr. Gervain Judit
Dr. Gurzó Zoltán
Dr. Gyökeres TiborDr. Hegyi Péter
Dr. Hersényi László
Dr. Hunyady Béla
Kabai Annamária
Kokas Marianna
Dr. Lakatos László
Dr. Lakatos Péter László
Dr. Madácsy László
Dr. Molnár Tamás
Dr. Orosz Péter
Dr. Pap ÁkosDr. Pár Alajos
Dr. Rácz István
Dr. Rosztóczy András
Dr. Schwab Richárd
Dr. Szalay Ferenc
Dr. Szepes Attila
Dr. Székely György
Dr. Takács Tamás
Dr. Tornai István
Dr. Tulassay Zsolt
Dr. Varga Gábor
Dr. Wittmann Tibor

1

IS APPLICATION OF INTRAOPERATIVE CHOLANGIOGRAPHY MANDATORY DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY?

Ábrahám S.¹, Simonka Z.¹, Ottlakán A.¹, Pieler J.¹, Libor L.¹, András L.¹, Tóth I.¹, Kovács K.¹, Kollár H.¹, Szepes Z.², Czákó L.², Takács T.², Lázár G.¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged²

Aims: Intraoperative cholangiography (IOC) is a routine procedure applied to detect silent common bile duct (CBD) stones and anatomical variations during laparoscopic cholecystectomy (LC) in many countries. Preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (pERCP), however, is used in complicated cases such as impaired bile drainage (cholestatic liver enzyme elevation), biliary obstruction and acute biliary pancreatitis (ABP). In our clinical practice, IOC is not applied routinely together with LC. In this retrospective study, we wanted to examine whether omission of IOC during LC is associated with higher incidence of bile duct injury (BDI) or biliary obstruction (BO) caused by residual CBD stone than those seen in literature data.

Method: In our retrospective study, 1165 LC procedures (301 male, 864 female; 52 acute and 1113 elective) between January 2005 and January 2009 with a 3-year postoperative follow-up time are discussed. Ratio of acute and elective operations, conversion and reoperation rates and incidence of iatrogen BDI were reviewed. The incidence of both pre- and postoperative ERCPs (the latter being due to the presence of residual CBD stones) was also evaluated.

Results: Out of 1165 LCs, conversion was necessary in 36 cases (conversion rate: 3.09%). In two cases, BDI with immediate reconstruction was also required. The number of reoperations was 6 (bleeding in 4 cases; bile leakage involving duct of Luschka and clip migration in 2 cases). Preoperative ERCP was carried out in 155 cases (13.3% of all LCs) because of impaired bile drainage, BO and ABP (24.51, 46.45 and 29.03%, respectively). In 11 of the cases (1% of all LCs), postoperative ERCP had also to be performed because of residual CBD stones during the follow up period (impaired bile drainage and BO without BDI, in 5 and 6 cases, respectively).

Conclusion: Omission of IOC during LC is not associated with higher incidence of BDI than seen in the related literature. Major indications of IOC (residual bile stones) are responsible for not more than 1 % of postoperative complications. Our data indicate that IOC is not necessary in all patients with LC if the indications of preoperative ERCP (cholestasis, enlarged bile ducts, etc.) are strictly followed.

2

A TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT JELENTŐSÉGE AZ EMÉSZTŐSZERV DAGANATOS MEGBETEGEDÉSEK BEN

Ácsné Tóth A.¹, Wacha J.¹, Török É.¹, Weltner J.¹, Tari K.¹, Harsányi L.¹, Lukovich P.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹

Bevezetés: A daganatos betegek első szakorvosi vizsgálaton való megjelenésétől a műtétig hosszú idő telik el a különféle preoperatív vizsgálatokkal. Ezeknél a betegeknél, akik alapbetegségük miatt egyébként is alultápláltak, a vizsgálatokhoz szükséges éhezés (a nem megfelelő mennyiségű és minőségű táplálás) negatívan befolyásolja a gyógyulást.

Módszer: A SE I. sz. Sebészeti Klinikáján 2012. 10. 01- 2013. 01. 31. között 98 hasi műtétre kerülő beteg tápláltsági állapotát preoperatív laborvizsgálattal, és bioimpedancia mérő készülékkel mértük fel. A posztoperatív állapot alakulásának vizsgálata céljából néztük az első, és az ötödik napi laborparamétereket és a műtét szövődményeket. A 98 betegből 23 tápszerrel kapott a perioperatív időszakban.

Eredmény: A betegek átlag életkora: 68,5 év, átlag BMI-je 26,72 volt. 28 közülük alultáplált, 39 túltáplált és 31 normális tápláltsági állapotú volt. A posztoperatív vércukorszint az alultáplált (p=0,037) és túltáplált (p=0,017) betegeknél is szignifikánsan magasabb volt, a normál csoport posztoperatív összfehérje és albumin szintje szignifikánsan különbözött a túl- és alultáplált csoporttól. Nem találtunk szignifikáns összefüggést ($\chi^2=0,803$; p = 0,938) a tápláltsági állapot és sebgyógyulás között (per primam, seroma, gennyes gyógyulás). A klinikai tápszerrel kapott és a tápszerrel nem

kapott betegeknél ugyanakkor szignifikáns eltérést találtunk az ITO-n tartózkodás idejében (t(25)= -2,25; p=0,034) és tendenciaszintű eltérést a lélegeztetés idejében (t(25)= -1,984; p=0,058). A bioimpedancia vizsgálatot összevetve a posztoperatív laborparaméterekkel (prealbumin, összfehérje, albumin, LDL, koleszterin, triglicerid) szintén szignifikáns kapcsolatot találtunk a változók között.

Következtetés: Preoperatív a sebészeti endoszkópos osztályon elvégzett vizsgálat alkalmas a posztoperatív szövődmények megelőzésére: már az első konzultáció (endoszkópián történő megjelenés) alkalmas volna a MUST kritériumok felmérésére, és így a kivizsgálási idő a betegek jobb állapotba hozatalára is felhasználható lenne, ami elősegítené a műtét utáni gyógyulásukat is. Emellett a betegek kivizsgálása alatt a beavatkozások miatti éhezés hossza szervezéssel rövidíthető lenne, és a kolonoszkópos vizsgálat előtti éhezés is lerövidíthető volna tápszer adásával.

3

ERCP AFTER GASTRIC RESECTION – OUR EXPERIENCES IN 49 PATIENTS

Andrási P.¹, Rábai K.¹, Banai J.¹, Gyököres T.¹, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology, Budapest¹

Introduction: Gastric resection was a common operation before PPI era in pts with peptic ulcer. Performing ERCP in such a patient remained a challenging procedure, that presume some experience.

Patients and methods: Between 2008 January and 2013 March we have performed 4888 ERCP interventions. We had 76 interventions (1.6%) in 49 pts (33 male, 16 female) with former gastric resection (8 pts with Billroth-I, 41 pts with Billroth-II). We used duodenoscope in 47 cases, duodenoscope and gastroscope in the same pts in 11 pts, and exclusively gastroscope in 18 pts.

Results: In 8 pts with Billroth-I resection the indication of ERCP were bile duct stone in 4 pts, obstruction due to tumor in 3 pts and acute biliary pancreatitis in 1 patient. We performed 14 ERCP in 8 pts. All 5 pts with biliary stone was resolved, as 2 out of 3 with biliary obstruction due to tumor (7/8 success). In the remaining patient with unsuccessful ERCP the PTD was performed. In 41 pts with Billroth-II resection the indication of ERCP were: biliary stone disease in 20 pts, malignant stricture in 12 pts, papillary sclerosis in 3 pts, stenosis of biliodigestive anastomosis in 2 pts, and 1-1 case of acute biliary pancreatitis, post cholecystectomy bile leakage, juxtaapillary diverticula and pancreatic abscess. In 16/20 (80%) of pts with common bile duct stone successfully was resolved by ERCP (stone extraction and/or stent insertion), other 4 pts were sent to surgery. In 12 pts with malignant stricture we put stent in 8 pts (66%) (4 metal one), 3 cases were resolved by PTD, 1 patient was sent home due to his final stage of cancer. All pts with papillary stenosis, bile leakage, stenosed biliodigestive anastomosis and acute biliary pancreatitis were successfully managed endoscopically. In a patient with large juxtaapillary diverticula the obstruction resolved spontaneously, requiring no other intervention after unsuccessful ERCP. In a patient with pancreatic abscess the filling of the duct was successful, but that was not the case for putting a stent. This patient was referred to surgery. We had fever in 2 pts, 2 other needed transfusion, in one patient with severe pain after ERCP laparotomy was performed, but suspected perforation was not confirmed. Overall 3 pts died within 30 days after ERCP.

Conclusion: In a high-volume center performing ERCP in pts after gastrectomy proved to be efficacious, successful and safe procedure.

4

MMP-9, A NEW FECAL BIOMARKER IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF FUNCTIONAL AND ORGANIC GASTROINTESTINAL PATHOLOGIES

Annaházi A.¹, Ábrahám S.², Molnár T.¹, Farkas K.¹, Rosztóczy A.¹, Inczei O.¹, Földesi I.¹, Eutamene H.³, Theodorou V.³, Bueno L.³, Lázár G.², Wittmann T.¹, Róka R.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged², Toxalim UMR 1331 INRA/INP/UPS, Neuro-Gastroenterology and Nutrition Unit, Toulouse, France³

Background: Abdominal pain and discomfort are characteristic symptoms of both organic and functional gastrointestinal (GI) disorders. Intensive research aims to find non-invasive biomarkers which can be used in the differential diagnosis of irritable bowel

syndrome from inflammatory bowel diseases or gastrointestinal malignancies. Matrix-metalloprotease 9 (MMP-9) is a collagenase produced in several inflammatory conditions and different types of tumours. Recently we have shown elevated fecal MMP-9 levels in ulcerative colitis patients compared to healthy controls.

Aims: Our aims were to compare fecal MMP-9 levels in a functional GI disorder, irritable bowel syndrome to organic pathologies such as ulcerative colitis and colorectal adenocarcinoma.

Methods: IBS-D (n=23), UC (n=47), and colorectal adenocarcinoma (n=21) patients and control subjects (n=24) provided fecal samples for analysis. IBS-D patients fulfilled the Rome III criteria. Organic gastrointestinal disorders were excluded by detailed blood and stool analyses, serologic assays for celiac disease, lactose- hydrogen breath test and colonoscopy. UC patients were evaluated clinically and endoscopically. Colorectal adenocarcinoma was diagnosed by colonoscopy and confirmed by histology. Fecal MMP-9 levels were measured by ELISA. Results: MMP-9 was undetectable or ≤ 0.22 ng/mL in the feces of all controls and IBS-D patients. Fecal MMP-9 concentrations were significantly elevated in UC patients and in colorectal adenocarcinoma patients compared to control individuals and to IBS-D patients. 85% of UC patients and 91% of colorectal tumour patients were above the 0.22 ng/mL fecal MMP-9 cut-off level.

Conclusions: Our results show that fecal MMP-9 can be a useful non-invasive biomarker in the differential diagnosis of organic GI pathologies from functional disorders. Further studies are needed to determine the potential role of fecal MMP-9 in the screening of colorectal malignancies.

5

MARGARINOK EGÉSZSÉGRE GYAKORLOT HATÁSA A TRANSZ-ZSÍRSAV ÉS SZTERIN TARTALMUK ALAPJÁN

Armbruszt S.¹, Gulyás M.¹, Figler M.¹, Schaffer B.², Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹, Pécsi Milker Kft.²

Bevezetés: Magyarországon igen közkedvelt élelmiszereknek számítanak a margarinok, ma már bebizonyosodott, hogy a transz-zsírsavak milyen károsak az egészségre, éppen ezért nem utolsó szempont, hogy előfordulnak-e, és ha igen, milyen mennyiségben margarinjainkban.

Vizsgálati anyag és módszer: 8féle margarin zsírsavösszetételét vizsgáltuk meg gázkromatográffal, külön figyelembe véve transz-zsírsav tartalmukat, továbbá megmértük 10féle margarin szterin tartalmát spektrofotometriás módszerrel.

Eredmények: Az általunk vizsgált margarinok közül, egyetlen mintában sem találtunk határérték feletti (össz zsírtartalom 2%; 300 mg/100g) transz-zsírsav tartalmat. Szterin tartalmat illetően egyetlen margarinban volt kimutatható magasabb mennyiség (7.72g/100g).

Következtetések: A vizsgált margarinok esetében nem mutattunk ki magas transz-zsírsav tartalmat. Ez nagyrészt annak köszönhető, hogy a gyártáshoz használt alapanyagokat lecserélték olyan anyagokra (pálmaolaj, pálmagykér-olaj, kókuszolaj), melyből nem képződhetnek transz-zsírsavak. A magas szterin tartalmúként hirdetett margarin fogyasztása pedig nyugodt szívvel ajánlható hypercholeszterinaemiás betegek részére, mivel igazolódott magas szterin tartalma, ami elősegítheti koleszterin szintjük csökkentését.

6

THE REAL NUTRITIONAL VALUE OF BREAD AND BAKERY PRODUCTS COMPARED IN THE NUTRIENT TABLE

Asztalos Á.¹, Figler M.², Sz. Szabó S.³, University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs¹, University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs², University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Department of Nutritional Sciences and Dietetics, Pécs³

Background: Nowadays, although the principles of healthy nutrition is becoming more and more widespread, white bread is still the most commonly consumed type of bread. Also, concerning the frequency of consumption, other popular bakery products include the watery bread roll, cocoa roll and cheese scone. The ingredients and the amount of energy, protein, fat and carbohydrate of these products do not fully match the data written in nutriment charts.

Method: During the research we analysed the content of some watery rolls, cocoa rolls and cheese scones purchased from different bakeries and hypermarkets. We defined the water content by gravimetric methods, fat content by bakery methods, protein content by Kjeldahl method and the carbohydrate content by muritic acid hydroanalysis and the Schoorl method.

Results: During the chemical analysis we came to the conclusion that the energy of white bread types diverge from the data shown in nutriment chart by 23,2 kcal or 9 per cent on average. As for macronutrients, only in the case of carbohydrate content can we talk about significant, a 6,6 g difference in a 100g product. The average figures of the bread roll were identical with the official figures, but there was a substantial division between the sizes of them. The bread roll of Tornósy Bakery was nearly 20 g (19,14 g) bigger than the one from Aranycipő Bakery. Apart from size differences, we experienced numerous interesting facts. The energy value that diverged from the nutriment chart the most was 296,576 kcal, which means a 137 kcal difference. Significant distinction appeared in the fat content of products, the lowest was 4,27 g, the highest was 19,1 g in 100g of scone. I must highlight the comparison of calory values of cocoa rolls. The biggest difference between the products was 233,44 kcal. It is important to mention the division of carbohydrate values, because instead of the official 30,9 g we only found samples containing more carbohydrate.

Discussion: In most cases we were able to prove that the ingredients of products sold under the same name show significant differences on the basis of where they were produced. This fact is true concerning the protein, fat and carbohydrate content. The diversity of their sizes can easily mislead the customer or consumer, as there are many products available in shops whose size differ from the values of the nutriment chart.

7

OUR INITIAL EXPERIENCES WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND EXAMINATIONS IN DIFFUSE LIVER DISEASES

Attila K.¹, Árpád P.¹, Norbert D.², László M.², Erzsébet Teaching Hospital 1st. Dept. Of Internal Medicine and Gastroenterology, Sopron, Hungary¹, Western Hungarian University Bolyai Secondary Grammar School, Szombathely, Hungary²

Introduction: One of the greatest diagnostic challenges in everyday medical practice is to evaluate the extent of liver fibrosis in diffuse liver diseases. Blind – percutaneous – liver biopsy is considered to be today's „gold standard”, which provides invaluable information for the diagnosis and prognosis of the disease and for the selection of treatment strategy. However, blind liver biopsy obtained from the sample is often not representative of the liver as a whole (it only provides valuable information for 1/50.000 part of the liver). Other disadvantages include the heterogeneous distribution of fibrosis, as well as the possibilities of complications and the expenses of the intervention.

The FibroScan test is a recent promising diagnostic technique based on the principle of transient elastography. It allows for the analysis of a tissue sample size of approximately a 100 times larger than the tissue sample obtained with blind biopsy whilst using a non-invasive technique. However, these test are of limited availability and are relatively costly and even these tests do not provide valuable information in 2% to 16% of the cases.

Aim: In view of the above, real time tissue elastography performed during endoscopic ultrasound examinations was used as an alternative diagnostic technique to assess whether this method can be used to evaluate the extent of liver fibrosis in diffuse liver disease.

Materials and methods: The examinations were performed using the following devices: Pentax EG-3870UTK linear echoendoscope and Hitachi HI VISON ultrasound.

Results: During our short test period we compared the results of 7 patients receiving treatment for diagnosed liver cirrhosis to the results of normal control.

Conclusions: Based on the limited number of cases involved in our study, our initial results are promising. The spectral analysis data shows a clear correlation between the distribution of the blue color – indicating rigid structures – and the extent of tissue fibrosis. Although the examination itself is minimally invasive, it can be performed in an ambulatory setting, and it is not influenced by constitutional characteristics. Notwithstanding that a further prospective controlled study would be expedient, we believe the

method itself could be appropriate for the quantitative evaluation of the extent of liver fibrosis using minimally invasive techniques.

8

TELJES INTRAVÉNÁS ANESZTÉZIÁBAN VÉGZETT ENDOSZKÓPOS BEAVATKOZÁSAINK A MOSONMAGYARÓVÁRI KAROLINA KÓRHÁZBAN. AZ ELSŐ 127 VIZSGÁLAT

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

Bevezetés: Az aneszteziológiai team által biztosított teljes intravénás anesztézia (TIVA) fájdalom nélkül elvégezhető endoszkópos beavatkozásokra ad lehetőséget. A TIVA az endoszkópiák sikerét növelheti, ugyanakkor komplikációkkal is járhat.

Cél: A 2008 és 2012 között TIVA-ban végzett első 127 endoszkópos beavatkozásunk során alkalmazott módszer retrospektív felmérése, különös tekintettel a diagnosztikus és terápiás endoszkópiák illetve a TIVA eredményességeire, szövödményeire.

Betegek és módszer: 5 év alatt 14.829 endoszkópos vizsgálat 0.77%-a, 115 beteg (férfi:nő = 25:67) 127 endoszkópos vizsgálata történt TIVA-ban. 20 gyermek (átlag életkor: 15 év) és 95 felnőtt (átlag életkor: 58 év) vizsgálatát végeztük.

A módszer főbb elemei:

1. Előzetes belgyógyászati és aneszteziológiai szakorvosi vizsgálat
2. TIVA személyi és tárgyi feltételeinek biztosítása
3. midazolam – fentanyl – propofol alapú anesztézia
4. Perioperatív szoros obszerváció

Eredmények: 115 beteg (ASA Score 1: 23, 2: 87, 3: 5) 127 endoszkópos vizsgálatát végeztük el (25 gastroscopia, 102 colonoscopia). 39 esetben történt endoszkópos polypectomia (34 colorectalis, 5 gyomor). Az anesztézia leggyakoribb indikációja az előzetes sikertelen endoszkópia volt (48 eset). Emellett a vizsgálatról való félelem 38, bonyolult szituációjú endoszkópos műtét 21, gyermekgyógyászati indikáció 20 fordult elő. A coecum elérési arány 95/102 volt. 3 esetben malignus, 4 esetben benignus aboralis stenosis miatt nem volt ez lehetséges. Sem endoszkópos, sem aneszteziológiai szövödmény nem tapasztaltunk. 2/115 beteg számolt be a vizsgálat után kellemetlen hasi fájdalomról, 113/115 beteg esetében fájdalommentes vizsgálatot végeztünk.

Következtetések: A fenti módszer szerint alkalmazott TIVA segítségével eredményes és biztonságos diagnosztikus és terápiás endoszkópos beavatkozások végezhetők. Kiemelt fontosságú a gastroenterológiai és az aneszteziológiai team közötti jó együttműködés.

9

EGY RITKA KÓRKÉP – GYOMOR PHLEGMONE

Bábics I.¹, Dr. Szeriné Lakó K.¹, Kiss G.¹, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászat-Gastroenterológia, Endoszkópos Labor¹

Bevezetés: A phlegmonosus gastritis egy ritka, gyakran halálos kimenetelű, jellemzően a gyomor gennyes bakteriális fertőzése. A baktérium helyi, vagy kiterjedt hematogen fertőzéssel kerülhet a gyomorba, ami érintheti a gyomor egészét, vagy csak egy részét. Habár a folyamat kialakulása nem egészen ismert, hajlamosító tényezője lehet, anaciditás, alkoholizmus, a nyh. sérülése és az immunrendszer megváltozása. Mindazonáltal a betegek 50%-a előzőleg egészséges volt, significans rizikófaktorral nem rendelkeztek.

Esetismertetés: L. B.-né 2012. márciusában nagy fokú görcsös gyomortáji fájdalmak, magas láz miatt került Gastroenterológiai osztályunkra. A laborleletek és a klinikai kép septicus folyamatra utaltak.

Konklúzió: A ritka eset tanulsága szerint nem csak tumoros, fekélyes betegségek, hanem ritkán gennyes, gyulladásos elváltozások is észlelésre kerülhetnek a gastroscopia során.

10

OVER- THE – SCOPE – CLIP (OTSC) ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT ELSŐ TAPASZTALATAINK.

Bacsikainé B.¹, Borsod – Abaúj – Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház¹

Az OTSC a nem varix eredetű gastrointestinalis vérzések és a különböző eredetű fali defektusok zárására alkalmazható speciális, az endoszkóp distális végére felszerelhető nikkeltitánium ötvözetből készült alakmemóriás eszköz, ami az endoszkóp típusától, a felhasználás helyétől, az ellátandó laesio jellegétől függően három méretben és három fogazati profillal alkalmazható. Magyarországon 2009-től elérhető, ennek ellenére magyarországi tapasztalatokról alig született beszámoló.

Osztályunkon 4 betegnél alkalmaztuk az OTS klipet.

1. Az első betegnél antrum tumor miatt történt subtotalis gyomor resectio más intézetben. A következő 3 hónap során több alkalommal reoperáltak varrat elégtelenség miatt. A harmadik reoperáció total gastrectomia volt oesophago-jejunostomával, azonban ezt követően újabb varrat insufficiencia alakult ki. Ekkor a sebészeti osztály kérésére a szétvárt anastomosist OTSC-vel sikeresen zártuk.

2. A második beteg egy multimorbid, magas műtéti kockázatú nőbeteg ventricularis Dieulafoy laesiból ismételtén vérzett, az egyéb endoscopos vérzéscsillapító eljárások sikertelensége után OTSC-t helyeztünk az ércsonkra. A jó helyzetű klip ellenére néhány nap múlva újrávérzés jelentkezett. Végleges megoldást a műtét hozta.

3. A harmadik beteg, egy multimorbid, magas műtéti kockázatú férfitbeteg, aki keringés megingást okozó haematochesiával került szakrendelésünkre. A vérzés hátterében rectalis Dieulafoy laesiból származó vérzést találtunk, OTSC-vel láttuk el. A klip jó helyzete ellenére néhány nap múlva itt is újrávérzés jelentkezett, de a konzervatív kezelés mellett megállt.

4. A negyedik beteg, egy idős, polymorbid, Dieulafoy laesiból vérző férfi betegnél a coagulummal fedett ércsonra helyeztük a clipet, újrávérzés nem jelentkezett.

Tapasztalataink

Kedvező tulajdonságok: A talált laesi elhelyezkedése miatt, hagyományos hemoklippekkel hatékonyan nem lefogható, nem heges környezetből kiinduló artériás vérzések ellátására tartjuk alkalmasnak, úgy, hogy előtte a vérzést más módszerrel időlegesen megállítjuk. Kérdésként felmerül, hogy vajon elegendő-e a szorító erő? Alkalmasnak tűnik spontán, vagy művi sipolyok, fali defektusok zárására.

Kedvezőtlen tulajdonságok: Magas ár. Az összeszerelés időigénye masszív vérzésnél előnytelen.

Összességében: Az invazív endoscopos ellátás lehetőségeit szélesíti, minden endoscopos munkahelyen rendelkezésre kellene állnia.

11

TEAM MUNKA A FELSŐ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉSEK ELLÁTÁSÁBAN

Bagosi T.¹, Muszelyné J.¹, Tóth M.¹, Ádám T.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenteroogia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

Munkánkban a felső gastrointestinalis vérzések ellátása kapcsán mutatjuk be az orvosok, endoscopos szakasszisztensek és osztályos nővérek közötti team munkát, és vizsgáljuk a megfelelő kommunikáció, adminisztráció jelentőségét a minőségi, hatékony betegellátásban.

A fokozódó gyakoriságú megbetegedések (peptikus fekélyek, oesophagus varixok, reflux oesophagitis, Mallory-Weiss szindróma, erosiók malignomák) következményeként kialakuló felső gastrointestinalis vérzések kapcsán osztályunkon átlagosan havi 30 beteget látunk el.

A felső gastrointestinalis vérzések miatt kezelt betegek beküldő forrása legtöbbször a Kórház SBO, sebészeti konzíliumot követően budapesti akut sebészeti ügyelet, kórházi társosztályok, és saját osztályunk. A betegek endoszkópos ellátásra kapcsán több lépésű ellátást biztosítunk kórházi és osztályos szinten. Az endoscopos vizsgálat elvégzése előtt a kielégítő általános állapot elérése a cél. Ennek érdekében a legfontosabb a haemodinamikai stabilizálás, venabiztosítás, szükség szerint transzfúzió adása, parenterális folyadékpótlás. Az előzetes localis kezelés Sangstaken –Blackmoore , vagy gyomorszondával történik, szisztémásan a bolus parenterális PPI, és haemostiptikumok adása jön szóba. Munkánkban 5 év sürgősségi endoscopos ellátásának (2007-2011.) anyagát dolgozzuk fel. A vizsgált időszak felöleli a Kórházi SBO indulása óta eltelt és az azt megelőző szakaszt. ellátási rendszert. Megközelítőleg 1300 eset elemzése kapcsán az endoscopos vizsgálatot megelőző ellátást, és a beteg további sorsát vizsgálatuk.

A vérző betegek ellátására is igaz, hogy a jól működő gyógyító team magas fokú szervezethez és az egymásra utalt feladatkörben

pontosan összehangolt tevékenységet kíván, vizsgálat eredményessége érdekében.

12

HLA DQ2 HOMOZIGÓTASÁG ÉS A KLINIKAI KÉP KAPCSOLATA LISZTÉRZÉKENYEBEN

Bajor J.¹, Török Z.¹, Sáfrány B.², Szilvási A.³, Vincze Á.¹, Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs¹, Országos Vérellátó Szolgálat, Pécsi Regionális Vérellátó Központ, Pécs², Országos Vérellátó Szolgálat, Transzplantációs Immunogenetikai Laboratórium, Budapest³

Bevezetés, célok: A coeliakia genetikailag predispónált egyénekben glutén hatására kialakuló szisztémás autoimmun betegség. A HLA DQ2/DQ8 molekula a betegség pathogenezisében is szerepet játszik. A glutén specifikus T-sejt válasz kiváltásában a géndózis-hatás szerepe feltételezhető, vagyis a dupla dózisú HLA DQ2 heterodimer (homozigóta állapot esetén) fokozottabb immunválaszt stimulál, mely a klinikai kép alakulásában is megnyilvánulhat. Az irodalmi adatok ellentmondóak arra vonatkozóan, hogy a DQ2 homozigóta állapot kapcsolatba hozható-e a betegség lefolyásával, annak súlyosságával ill. a szövődeményekkel. Vizsgálatunkban arra kerestünk választ, hogy beteganyagunkban a homozigótaság összefügg-e a típusos klinikai képpel, súlyosabb szövettani eredménnyel, vashiánnyal, társuló autoimmun betegségek ill. az osteoporosis gyakoribb előfordulásával.

Módszer: Retrospektív vizsgálatunkban 107 lisztérzékeny beteg (84 nő, 23 ffi) adatait dolgoztuk fel. A HLA DQ meghatározás molekuláris genetikai módszerrel (PCR-SSP) történt. A betegeket 3 csoportra osztottuk: HLA DQ2 homozigóta, HLA DQ2 heterozigóta, HLA DQ8 hordozó. A genotípust a klinikai adatokkal hasonlítottuk össze. A statisztikai analízist IBM SPSS Statistic 20 programcsomaggal végeztük. A változók közti kapcsolat vizsgálatára χ^2 -próbat illetve Kendall-féle rangkorrelációanalízist alkalmaztunk.

Eredmények: HLA DQ2 homozigóta betegekben jellemzőbb a súlyosabb boholyatrophia, de a különbség nem szignifikáns (Marsh 3a: 7,7% vs. 14%, Marsh 3b: 34,6% vs. 44,1%, Marsh 3c: 57,7% vs. 41,9%). Típusos klinikai képpel is gyakrabban találkozunk homozigóta egyedekben, de a különbség itt sem szignifikáns: 61,1% vs. 57%. Vashiány homozigótákban 50%-ban van jelen, míg heterozigótákban 44,6%-ban (ns). Osteoporosis vagy osteopenia homozigótákban 52,6%-ban, heterozigótákban 57,5%-ban észlelhető (ns). Dermatitis herpetiformis jellemzően inkább heterozigótákban fordul elő, de a különbség nem szignifikáns (11,1% vs. 15,4%). Autoimmun betegség 22,2%-ban társul homozigóta, 18,4%-ban heterozigóta statushoz (ns).

Következtetések: Beteganyagunkban nem tudtunk szignifikáns összefüggést kimutatni a HLA DQ2 homozigóta status és a klinikai tünetek között.

13

CHRONIC PANCREATITIS: NATIONAL REGISTRY AND BIOBANK

Balázs A.¹, Rakonczay Z.¹, Kemény L.¹, Lázár G.², Pap Á.³, Rosztóczy A.¹, Gervain J.⁴, Rudas L.⁵, Bod B.⁶, Czelecz J.⁷, Kelemen D.⁸, Forster T.⁹, Hegyi P.¹, Takács T.¹, on behalf of the H.¹⁰, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Department of Anesthesiology and Intensive Care Unit, University of Szeged, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Second Department of Medicine, University of Szeged, Hungary⁹

Background and aim: Here we demonstrate the initial results of a survey based on a multicentric national registry, conducted to clarify the clinical features of chronic pancreatitis (CP) patients in Hungary.

Patients & methods: Data on 84 treated and newly diagnosed CP patients were collected retrospectively. Clinico-pathological information on individual patients including symptoms, etiology, diagnostic criteria, treatment and complications were collected from medical records and questionnaires completed by the patients.

Results: There were 66 male and 18 female patients with a mean $\pm$ SD age of onset of 47.5 $\pm$ 11.0 and 45.4 $\pm$ 13.0. Patients were classified by alcoholic 53.3% and non-alcoholic 46.4% etiology. Alcoholic CP affected more males than females accounting for 59.0% and 33.3% respectively. Investigation of four major clinical features including abdominal pain, comorbidity with diabetes mellitus (DM), malabsorption and pancreatic calcifications revealed that abdominal pain affects more females 61.1% than males 48.5%, DM occurred in 50.0% of males and in 39.8% of females, malabsorption affected 19.7% of males and 22.2% of females, and calcifications occurred in 57.6% of males and in 56.3% of females. Calcifications were more common with alcoholic etiology 66.7%, than in non-alcoholic CP 51.4%. 80.0% of patients received enzyme replacement, 28.5% had endoscopic treatment, 11.9% went through pancreatic resection and 27.2% had decompressive surgery.

Conclusion: The most common etiology for CP is excessive alcohol consumption, it dominantly affects males and calcifying form is more frequent, especially in alcoholic cases. These correspond to international tendencies observed in CP. The registry provides a foundation for prospective clinical investigations of CP.

14

HELICOBACTER PYLORI PREVALENCE REMAINS HIGH IN MIDDLE AGED HEALTHY, SOUTH-EAST HUNGARIAN, RURAL MALES

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

Introduction: 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 still lives outside of cities.

The aim of the study was to obtain data on the HP prevalence in Csongrád and Békés 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 large cities and in the countryside.

Methods: Six-hundred and thirty-seven healthy blood donor volunteers (M/F: 319/318, mean age: 40 (19-65) years) were enrolled. Data collection was carried out by means of 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: During the last 15 years the overall prevalence of HP infection is halved (65 vs. 32%) in the studied healthy subjects. It was higher in males (35 vs. 30%), as well as in rural people (37 vs. 27%). In contrast similar prevalence was found in younger (<40 years) urban and rural females. The highest prevalence was found in rural males over forty years (55%). Linear association was established according to age in both sexes ($p < 0.01$). Smoking and alcohol consumption were not related to HP infection.

Conclusions: The overall prevalence of HP infection is decreasing in South-East Hungary similarly to the Western countries, although it is still high in middle aged rural males. This increased HP prevalence in non-urban males and the age distribution of the HP positive subjects may be explained by hygienic circumstances.

15

LAPAROSCOPOS OESOPHAGO-CARDIOMYOTOMIA AZ ACHALASIA KEZELÉSÉBEN

Bálint A.¹, Máté M.¹, Rózsa B.¹, Spiller G.¹, Brenner B.¹, Fővárosi Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil¹

Az achalasia a nyelőcső ritka elsődleges motilitási zavara melyet progresszív dysphagia, leromlás, foetor ex ore és aspirációk jelentkezése jellemez. A kezelésében ballonos tágítás, botulin toxin injekció és sebészi oesophago-cardiomyotomia jön szóba. Míg az első két terápiás opció típusosan átmeneti, addig a sebészi oesophago-cardiomyotomia tartós tüneti javulást eredményez. A sebészi kezelés jelentőségét emeli ki az a tény, hogy a betegség incidenciájának egyik csúcsa a fiatal, aktív életkorra tehető. Figyelmet érdemel és a korai műtét végzése mellett szól az a tény is, miszerint a sebészi

kezelés hatékonysága fordított arányban áll a betegség fennállásának időtartamával és stádiumával.

Anyag és módszer: 1996. január és 2013. január közötti időszakban 68 betegen történt sebészi oesophago-cardiomyotomia. A férfi/nő arány: 30/38. A nő betegek átlagos életkora 46,5 (25 – 71) év míg a férfi betegeké 36,5 (18 – 70) év volt. Négy esettől eltekintve laparoscopos úton történtek a műtétek. A négy betegnél megelőző felhísi műtét illetve igazolt epevezeték kövesség miatt végeztünk nyitott műtétet. Műtét során 6-7 cm hosszú oesophago-cardiomyotomiát végeztünk minden esetben anterior, Dor szerinti hemifunduplicatioval kiegészítve. Két esetben történt conversio. Műteti halálozás illetve súlyos postoperatív szövődemény nem fordult elő. A betegeinket időszakosan kiküldött kérdőívek segítségével követjük.

Eredmények: A műtét átlagos időtartama 52±18 min. A műtét után 3-6 hónapos időszokban végzett manometriás vizsgálatok az alsó nyitott sphincter nyugalmi tónusának szignifikáns csökkenését igazolták ($\Delta 17,8 \pm 3,2$ Hgmm). Ez a csökkenés a tüneti javulással pozitív összefüggést mutatott. Fiatal achalasiás betegek esetében a minél korábban elvégzett laparoscopos oesophago-cardiomyotomia az elsődlegesen javasolható kezelési módszer.

16

IMMUNE RESPONSE TO INFLUENZA VACCINE AND FREQUENCY OF INFLUENZA VIRUS INFECTION IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE ON MAINTENANCE IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY

Bálint A.¹, Farkas K.¹, Terhes G.², Kunstár E.¹, Urbán E.², Bata Z.³, Szűcs M.⁴, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Miheller P.⁵, Lőrinczy K.⁵, Lakatos P.⁶, Lovász B.⁶, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Institute of Clinical Microbiology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged⁴, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶

Introduction. Inflammatory bowel disease (IBD) patients on immunosuppressive therapy are at increased risk of infective diseases, therefore seasonal influenza vaccination is recommended for them.

Our aim was to evaluate the serologic and clinical response to influenza vaccine in immunocompromised IBD patients. Patients and methods. 143 immunosuppressed patients (87 with Crohn's disease, 56 with ulcerative colitis) were vaccinated against influenza. 59 patients (control group) refused to take vaccination. Trivalent inactivated split virion (n=103) and inactivated, whole virion seasonal vaccines (n=40) were used for the immunization. We collected serum samples for antibody titers to the inactivated influenza vaccines before and 4 to 8 weeks after vaccine administration. Cell-mediated immune responses to influenza A and B types were started to be evaluated using an interferon- γ (IFN- γ), an interleukine-2(IL-2), and a tumor necrosis factor (TNF)- α ELISA. The patients received telephone call every week to control them and to check the frequency of influenza.

Results. 25 patients had local reaction after vaccination, 32 had systemic symptoms like malaise, subfebrility during the first week, and in 7 patients occurred influenza-like symptoms during the first month. Flare up was observed in 8 vaccinated patients. Currently we have the results of immunological measurements of 45 patients. INF- γ levels did not differ significantly before and after the vaccination. The mean value of preimmunisation levels of influenza A and B titers were 118.76 RU/ml and 147.92 RU/ml. The mean value of postimmunisation levels of influenza A and B titers were 115.21 RU/ml and 159.39 RU/ml. Pre- and post-vaccination antibody titers of influenza type B differed significantly ($p=0,002$). The measurement of the further pre- and post-vaccination antibody and cytokine (INF- γ , IL-2, TNF- α) titres and follow up are in progress.

Discussion. Although the frequency of minor side-effects was relatively high, the influenza vaccine was well tolerated without serious adverse events related to both type of vaccine. On the basis of our preliminary results, seasonal influenza vaccination did not influence INF- γ levels, but increased the level of influenza type B postimmunisation antibody titers. Study was supported by the KRKA Hungary Kft.

17

IMPROVEMENT OF COLONIC CLEANLINESS AND TRANSIT TIME WITH PICOPREP BASED COLONIC PREPARATION PROTOCOL DURING COLONIC CAPSULE ENDOSCOPY: QUANTITATIVE COMPUTER ANALYSIS OF MUCOSAL VISIBILITY BASED ON THE SPECTRAL ANALYSIS OF THE COLOR INTENSITY DISTRIBUTION OF THE COLOR BAR – A RANDOMIZED PROSPECTIVE STUDY

Balogh G.¹, Pák P.², Nagy L.³, Madácsy L.⁴, Department of Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, Department of Internal Medicine, Vaszary Kolos Hospital, Esztergom², Endo-Kapszula Outpatient Unit, Székesfehérvár³, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét⁴

Introduction: Development of new colonic preparation protocol (CPP) is needed to improve the overall accuracy of colon capsule endoscopy (CCE) since inadequate bowel preparation negatively influences the reliability of CCE. Currently, only subjective grading systems are available to assess mucosal visibility. Previously we designed and validated a quantitative score of colonic cleanliness that was derived from the spectral color analysis of the CCE images. The aim of the present prospective, randomized study was to quantitatively compare different CPPs during CCE.

Patients and methods: A quantitative assessment of colonic cleanliness and mucosal visibility was developed based on computer spectral analysis of red color intensities in the color bar (CB) of Rapid Reader with the software Colors ®™. The feasibility of this score was retrospectively tested in 28 CCE studies with the original CPP as we published earlier and these results were served now as controls. A prospective, randomized study was now conducted in 30 consecutive patients undergone CCE. The first-generation PillCam GIVEN CCE was applied. 16 patients were prepared with Fleet phospho-soda (FPS group) and a split dose of 3L of PEG, and the remaining 14 patients were prepared with Picoprep (sodium picosulfate) and a split dose of 3L of PEG (PSP group). The red color intensity (RCI= $R \times R / G \times B$) of the total spectral color from the CB representing the whole colonic section was measured and then compared. Results: Anal capsule expulsion and complete CCE study was successfully accomplished 13 out of 14 (93%) in the PSP group and 13 out of 16 (81%) in the FPS group versus 19 out of 28 (68%) in the controls ($p < 0.05$). More importantly RCI was significantly higher in the PSP group than in the controls (5.1 ± 1.1 vs. 4.4 ± 0.6 ; $p = 0.015$), whereas FPS group did not differ significantly from the controls (4.5 ± 0.8 vs. 4.4 ± 0.6 ; $p = 0.14$). PSP group had significantly faster colonic capsule transit than the FPS group and the controls (157 min vs. 245 min vs. 259 min; $p = 0.047$).

Conclusions: Quantitative assessment of colonic mucosal visibility with RCI is a useful method to compare different CPPs during CCE. Preparation and booster during CCE with sodium picosulfate combined with split dose of PEG is superior to fleet phosphor-soda based CPP in respect of mucosal visibility, colonic transit time and anal capsule expulsion. Application of sodium picosulfate may improve reliability of CCE with diminished side effects of CPP.

18

IS BOUVERET'S SYNDROME REALLY A RARE CLINICAL ENTITY?

Barati E.¹, Plósz J.¹, Bodnár Z.¹, Kenézy Kórház és Rendelőintézet¹

A case of a 77-year-old female patient is presented who was admitted due to persistent vomiting. Gastric outlet obstruction was seen on gastroscopy caused by an impacted foreign body resulting in large amount of congested gastric content. Second look endoscopy revealed an impacted gallstone in the first portion of duodenum. The stone could be captured in a lithotriptor Dormia basket, crushed into two parts and removed from the duodenum back to the stomach. The cholecystoduodenal fistula became then visible. Because of its big size the stone couldn't be safely removed through the oesophagus. The patient's obstructive symptoms were completely resolved. She was referred for elective surgery. On operation the stone was impacted in the mid small bowel. Enterolithotomy, cholecystectomy and fistula repair were performed in one stage. The patient improved properly and left the hospital 21 days after her admittance.

Five cases of Bouveret's syndrome i.e. impacted gallstone in the (post)pyloric region causing luminal obstruction were diagnosed on endoscopy in our county hospital (a secondary referral centre) in the last five years. Another two endoscopically visible cholecystoduodenal fistulas were seen in patients suffering from intermittent bowel obstruction symptoms. All they were female patients and had small bowel obstruction due to impacted gallstone on surgical intervention. Although they were mainly elderly women, the youngest was 55 years old and had cholecystoduodenal fistula without Bouveret's syndrome.

In conclusion, although Bouveret's syndrome and gallstone ileus seem to be a disease of elderly female patients, it is not so uncommon as we would expect and it should be considered even in younger patients especially showing clinical picture of intermittent small bowel obstruction.

19

METAGENOME ANALYSIS OF PLASMA DERIVED CFDNA IN HEALTHY PATIENTS AND COLON DISEASES

Barták B.¹, Spisák S.², Solymosi N.³, Ittész P.³, Bodor A.³, Kondor D.³, Vattay G.³, Nagy Z.¹, Kalmár A.¹, Schöller A.¹, Sipos F.¹, Galamb O.¹, Tulassay Z.², Csabai I.³, Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Department of Physics of Complex Systems, Eötvös University, Budapest, Hungary³

Introduction: There are many theory of the cell free DNA (cfDNA) origin such as apoptosis, necrosis and active secretion; however the exact nucleotide composition is unknown. We are constantly exposed to foreign DNA from various sources like benign or malicious microbes in and on our body, pollens in the inhaled air and as the largest amount with the daily food supply. Here we report a new possible mechanism, which can contribute the quantity and quality of the cfDNA.

Aims: Our aims were to determine the DNA content of cfDNA by NGS sequencing technology and identify differences among four clinical groups and analyze the unmapped read from NGS sequencing data.

Methods: CfDNA was extracted from plasma samples which were collected (TUEB 2009/037) from 50-50 normal, IBD, colorectal adenoma and -cancer patients. Total of 3-5ug cfDNA was pooled from each group and three fractions were separated via electrophoresis and DNA fragments were recovered from the gel slices. Intact DNA above 10kb (1st), the fraction is between 200bp to 10kb (2nd) and nucleosomal DNA (3rd) fractions were separated. Indexed DNA fragment library resequencing was performed on SOLiD IV system. The sequencing yielded 50 nt long reads a total of 86.6 Gbases. Sequence alignments were performed by SHRiMP and Bowtie aligners.

Results: On average above 70% of the reads were mapped to the human reference genome. The non-aligning reads were aligned to genomes of various other organisms. We have identified several different strains of bacteria. Among them Enterobacteriaceae (*Escherichia coli*, *Shigella sonnei*) showed the largest presence with genome coverage comparable to the human genome. Since these bacteria are normally present in the human gut the results suggest that the isolation between the gut a circulatory system is not perfect. Beyond bacteria we were able to identify DNA fragments from plant chloroplasts most probably originated from consumed food, especially in IBD samples.

Conclusion: Though the sporadic occurrence of food related miRNA and DNA in blood has already been reported in previous studies, the presence of fragments which can carry complete genes seems to be novel. Our findings can be change fundamentally our general ideas from the digestion processes and macro molecular transport, furthermore may be contributing to understanding cancer development or making blood based diagnostic markers.

20

A GYOMOR SUBEPITHELIALIS TUMORAINAK DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJA

Báthori Á.¹, Szabolcs A.¹, Wittmann T.¹, Szepes Z.¹, Czako L.¹, SZTE I.sz Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

Gastroszkopia során nem ritkán észlelünk a gyomor falon benyomást képző képleteket, melyek tisztázása az endoszkópos ultrahang (EUH) elterjedése előtt nehézkes volt. Az endoszkopia fejlődésével lehetőség nyílik az ilyen eltérések kiterjedésének, a környező szövetekhez való viszonyának pontosabb megítélésére, továbbá a szövettani eredet tisztázása érdekében biopsziás minta vételére.

Két eset ismertetése kapcsán megkíséreljük bemutatni a felső tápcsatornai endoszkopia során felismert subepithelialis képletek diagnosztikájának lehetőségeit. 1. eset: 65 éves férfibetegünk gyomortumoros családi anamnézis miatt végzett rutin gastroszkopos vizsgálata során az antrum-corpora határán, a nagygyömbületen kb 1 cm-es, a felszínén borsónyi, kisebb adenomatosus elváltozást mutató sessilis polypoid képletet írt le. EUH a képletnek megfelelően a submucosában 16x7,7 mm-es inhomogén, apró, echodús focusokat és két cystosus területet is tartalmazó submucosus elváltozást ábrázolt. Ismételt gastroszkopia során gomblyuk biopsia történt, melynek szövettana stromalis elemek mellett glandularis képleteket igazolt, azonban a művi károsodás miatt a szövettan egyértelmű diagnózishoz nem vezetett. Ezt követően unroofing technikával sikerült nagyobb szövettani mintához jutnunk, melyek vizsgálata metaplasticus pancreas szövetet igazolt, malignizálódás jelei nélkül. Ezek alapján az eltérés további endoszkopos követést nem igényelt. 2. eset: 72 éves férfibetegünk első gastroszkopos vizsgálatára mellkasi panaszok miatt került sor, mivel a panaszok hátterében felmerült GERD diagnózisa. A vizsgálat során subcardialisan egy kb. 1,5 cm-es, ép nyálkahártyával fedett benyomást volt látható. Ez az EUH során a muscularis propriára lokalizált, infiltratív jeleket nem mutató, 21x11 mm-es homogén, hypoechogén képletként ábrázolódott. EUH-FNA történt, a citológiai vizsgálat a diagnózist azonban nem tisztázta. Ezt követően gomblyuk biopsziára került sor, szövettani vizsgálat leiomyomát igazolt. A benignus elváltozás további sebészeti ellátást nem igényelt.

Az EUH napjainkban nélkülözhetetlen eszköz a gastrointestinalis subepithelialis képleteinek diagnosztikájában. Segítségével az elváltozás kiindulási helye, szerkezete, környezetre terjedése tisztázható, mely sokszor önmagában diagnosztikus. A pontos diagnózis felállításához szövettani mintára van szükség, melyben az FNA mellett hasznos eszköz lehet a gomblyuk biopsia és az unroofing technika.

21

EGY RITKA KÓRKÉP SZOKATLAN MEGJELENÉSE

Bíró Á.¹, Takács R.¹, Juhász M.², Benedek G.², Zalatnai A.³, Sági Z.³, Hamvas J.¹, Bacsó- Zsilinszky kórház Budapest, Gasztroenterológia¹, Bacsó- Zsilinszky kórház Budapest, Sebészet², Bacsó- Zsilinszky kórház Budapest, Patológia³

Bevezetés: A neuroendocrin tumorok ritka daganatok, a diagnózis felállítása klinikai, biokémiai, localizációs és hisztológiai vizsgálatokon alapul. A vizsgáló módszerek fejlődésével a neuroendocrin daganatok felismerése nőtt, azonban jelentős részük a betegség előrehaladott stádiumban kerül felismerésre.

Esetismertetés: 46 éves nőbetegünk anamnesisében GERD, cholecystectomia szerepel, hasi panaszok évek óta ismertek. Osztályunkra diétahibát követő akut pancreatitis miatt vettük fel. Acut pancreatitis miatt ERCP, EST történt, jejunális táplálást indítottunk, mely mellett panaszok és laborparaméterek regressziót mutattak. Felvételkor kiemelendő akut pancreatitis klinikai és laborjelei mellett hasi UH által igazolt enormis méretű hasi terime. Emiatt Hasi CT vizsgálatot végeztünk, mely a részben cystosus terimét az uterus mellett a has középvonalában írta le retroperitoneálisan pathológiás nyirokcsomókkal. CT vizsgálat a folyamat kiindulását meghatározni nem tudta, azt az ismételt nőgyógyászati vizsgálatok és vaginális UH alapján azt ovarium tumornak tartottuk. A beteg hasi panaszainak pancreatitissal nem összefüggésbe hozható növekedése, a folyamat pontosan nem meghatározható kiindulása és enormis mérete miatt végül sebészeti műtét mellett döntöttünk. Opus során jobb ovarium régióból kiinduló enormis solid tumort és bal ovarium hasonló jellegű ökolnyai elváltozásait extirpálták.

A szövettani vizsgálat neuroendocrin carcinoma kétoldali ovarium áttétét igazolta pecsétgyűrű sejtjes jelleggel, nyirokcsomó propagatívával, kromogranin pozitivitással. A folyamat gastrointestinalis tractus ill pancreas eredetét vetették fel, ezért primer tumorkeresés indult.

IBD CENTRUMBAN SEM MINDEN CROHN-BETEGSÉG, AMI ANNAK LÁTSZIK – ESETISMERTETÉS

Bogsch B.¹, Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Iványi A.², Gyökerez T.¹, Banai J.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia,¹, II. Sebészet, Budapest²

36 éves férfibeteg jobb alhasi fájdalom, láz miatt került Sürgősségi Osztályunkra. Anamnézisében vesekövesség, ESWL kezelés, aranyérműtét, hypertonia szerepelt. Egy évvel ezelőtt hasi panaszai hátterében, sigma izolált gyulladás alapján más intézményben colitis ulcerosát vélelmeztek. Emiatt orális 5-ASA kezelést kezdtek. Sürgősségi Osztályunkon elvégzett hasi CT vizsgálat kifejezett ileitis terminalist írt le, zsírszöveti infiltrációval, folyadékkepződéssel, extraluminalis levegőzárványokkal. A radiológiai kép alapján a terminális ileum és a sigma között interintestinalis fistula lehetősége is felmerült. 48 órás sebészeti obszervációt követően, appendicitis kizárása után, Crohn betegség gyanúja miatt a beteg további kezelés céljából került Gasztroenterológiai Osztályunkra. Megkezdett antibiotikus (imipenem/cilastatin) kezelését folytattuk, gyulladásos paraméterei normalizálódtak (CRP: 257 mg/l – 7,29 mg/l, fvs: 11,4 G/l – 3,44 G/l). Kontroll hasi UH és CT vizsgálat ileocecalis régióban tályogot igazolt, a sigmafal kifejezett gyulladásával. Sigmoidoscopy során a sigma aboralis részén vasos polypoid redők ábrázolódtak, a redők között sipolynyílás jelenléte is felmerült. UH vezérelt drainage sikertelen volt, így exploráció történt, mely során a tályogüreg drainálását végezték, majd elektív bélrezekció tervével, ígértevel kezeltük tovább a beteget. Néhány napos konzervatív kezelés után a beteg ismét lázas lett, hasi fájdalmai fokozódtak, gyulladásos paraméterei megemelkedtek (CRP: 198 mg/l), kontroll hasi CT-t végeztünk, ahol a terminalis ileum kifejezett akut gyulladása igazolódott, környezeti beszűrtég, tályog ábrázolódtak, mely a sigmától egyértelműen nem volt elválasztható. Közel egy hónapos konzervatív sebészeti-gasztroenterológiai kezelést követően került műtetre a beteg, mely során sigmarezekció (19 cm), ileum rezekció (11 cm) és appendectomy történt. A műtét során IBD helyett sebészeink egy egészen más betegséget találtak. Az eset további differenciáldiagnosztikai nehézségeit és a végleges diagnózist ismertetnénk.

LONG-TERM OUTCOME OF PERIANAL AND ENTEROCUTANEUS FISTULIZING CROHN'S DISEASE TREATED WITH TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA (TNF- α) ANTAGONISTS

Bor R.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Szűcs M.², Baradnay G.³, Ábrahám S.³, Lázár G.³, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: There are only limited clinical observational data about the short and long-term efficacy of anti tumor necrosis factor alpha (anti-TNF- α) therapy in patients with perianal and enterocutaneous fistulizing Crohn's disease (CD).

Aims: The aim of this study was to retrospectively evaluate the outcomes, complications and therapeutic success rate in fistulizing CD patients.

Patients and methods: The medical record of 69 patients (35 females, 33 males, mean age at the diagnosis is 26 years [range 10-62]) treated with anti-TNF- α (infliximab and adalimumab) between 2004 and 2012 for 61 perianal and 7 enterocutaneous fistulizing CD were assessed retrospectively. Responses to biological therapy determined by Crohn's Disease Activity Index and Perianal Disease Activity Index were evaluated on week 12 and week 52. We also assessed fistula closure and recurrence, the necessity of repeated surgical procedure. The mean follow-up period was 23 months [range 3-61].

Results: 14.7% of patients had simple perianal and 8 patients had enterocutaneous fistula at the beginning of anti-TNF- α therapy. Seton drainage was performed in 39 patients (57.4%). Concomitant immunosuppressants were given to 48 patients (70.6%), and 24 patients (35.3%) received local or systemic corticosteroid therapy. Complete fistula closure was achieved in 26 patients (38.27%), while 7 cases (10.3%) seemed to be refractory to anti-TNF therapy, and the

others (51.5%) showed partial response. Abscess developed in 7 cases (10.3%) and repeated seton-drainage was needed in 14 patients (20.6%) during the therapy. One patient required transient ileostomy due to severe, refractory CD. After the discontinuation of infliximab and adalimumab the fistulas recurred in 53.85% of the patients.

Discussion: More than every third patient with fistulizing CD revealed complete fistula closure while half of the other cases showed partial response. Seton drainage had to be performed in the majority of cases. Frequency of fistula recurrence is high after stopping the therapy.

AMELOBLASZTOK BIKARBONÁT TRANSPORTFOLYAMATAINAK FUNKCIONÁLIS VIZSGÁLATA ÚJ, IN VITRO MODELLBEN

Bori E.¹, Angler D.¹, Sinka D.¹, Rácz R.¹, Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest, Magyarország¹

Bevezetés: A fogzománcot építő eredetű ameloblasztok képzik. A zománc legfőbb alkotója a hidroxipatit, melynek keletkezése során akár 14 mol hidrogén ion szabadulhat fel és ez szigorú pH szabályozás hiányában gátjává válhat a további kristálynövekedésnek. Feltehetően az ameloblasztok aktív transzportfolyamatok révén részt vesznek a mineralizációs tér pH-jának szabályozásában. Számos HCO₃⁻ szekrécióban érintett transzporter jelenlétét mutatták ki ezekben a sejtekben expressziós vizsgálatokkal, nem létezik azonban olyan modell, melyben ezek működése funkcionálisan is igazolható lenne. Éppen ezért időszzerű egy olyan in vitro modell kidolgozása, melyben az ameloblasztok bikarbonát szekréciója tanulmányozható.

Módszerek: Vizsgálatainkhoz HAT-7 sejtvonalat használtunk, a sejteket Transwell membránokra ültettük. Háromféle tápoldatot alkalmaztunk: egy Kontroll (K) és két differenciálódást elősegítő ún. Differenciáló és Hepatostim tápoldatot (D és H). Az epitélium zárt volt a transzépitél ellenállás (TER) mérésével ellenőriztük. A szoros kapcsolati fehérjék és transzporterek génexpresszióját RT-PCR, az intracelluláris pH-t és HCO₃⁻ transzportot mikrofluorometriás módszerrel vizsgáltuk.

Eredmények: A HAT-7 sejtek polarizált epitéliumot alkottak Transwell membránokon, a mért TER értékek szoros kapcsolatok kialakulására utaltak (az 5. napon: K: 295 $\pm$ 20, D: 631 $\pm$ 150, H: 1620 $\pm$ 287 Ω cm², n=6), valamint Zonula occludens 1, 2; Occludin; és Claudin 1, 4 és 8 expresszióját is kimutattuk. A sejtek polarizáltságát mutatja, hogy a bazolaterális oldalon jelentős HCO₃⁻ felvétel mérhető, míg a sejtek apikálisan CO₂ felvételre képesek, melyet HCO₃⁻ transzport nem követ. A HCO₃⁻ felhalmozódás szénsav-anhidráz(ok) és anion transzporter(ek) együttműködésének köszönhető, a bazolaterális HCO₃⁻ felvétel 1 mM acetazolammal és 500 μ M H₂DIDS-szel gátlható volt (pH emelkedés a HCO₃⁻/CO₂ perfúziót követően: 0.14 $\pm$ 0.02 és 0.26 $\pm$ 0.01 vs. 0.43 $\pm$ 0.06 pH egység/perc n=8, 4, 13). A kulcsfontosságú transzporterek közül az anion cserélő AE2 és 3, a nátrium-proton cserélő NHE1, valamint NKCC1 és CFTR (Cl⁻ transzporterek) kifejeződését találtuk.

Következtetés: Sikeresen kidolgoztunk egy új, korábban nem ismert polarizált modellrendszert az ameloblasztok elektrolit transzport folyamatainak tanulmányozásához. Ezen a polarizált epitéliumon azonosítottuk az ameloblasztok bikarbonát felvételének fontos elemeit.

FRISS NYERSANYAGOK KÁLIUM TARTALMÁNAK CSÖKKENTÉSE KÜLÖNBÖZŐ ÉTELKÉSZÍTÉSI ELJÁRÁSOKKAL

Breitenbach Z.¹, Horváth K.¹, Sz. Szabó S.¹, Polyák É.¹, G. Kisbenedek A.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet Pécs¹

Bevezetés: Előrehaladott veseelégtelenség és más betegségek során szükségessé válik az étrend kálium tartalmának csökkentése, mely különböző ételkészítési eljárások alkalmazásával valósítható meg.

Célkitűzés: Célunk volt megvizsgálni, hogy egyes nyersanyagok kálium tartalma mely konyhatechnológiai eljárásokkal csökkenthető a leghatékonyabban.

Vizsgálati anyag és módszer: 15 nyersanyag káliumkioldódását vizsgáltuk áztatás, előfőzés és készre főzés során, a darabolt

mértéke, a behatási idő és a felhasznált folyadék hőmérsékletének függvényében. A minták kálium- tartalmát ionkoncentráció-mérő műszerhez csatlakoztatott kálium ion-szelektív elektróddal határoztuk meg.

Eredmények: Magasabb káliumkioldódás volt megfigyelhető, ha a nyersanyagokat darabolva vetettük alá a műveleteknek ($p=0,01$). Az előfőzés hatékonyabbnak bizonyult az áztatásnál ($p<0,01$) és a meleg vízben (45°C) indított eljárások is magasabb káliumkioldódást eredményeztek ($p=0,03$). Az előfőzés és áztatás kombinációja szintén hatásosabb volt az önállóan alkalmazott áztatásnál ($p<0,01$).

Következtetés: Vizsgálataink megerősítették, hogy egyes ételkészítési műveletekkel hatékonyan tudjuk csökkenteni a nyersanyagok kálium tartalmát, így ezek a nyersanyagok alkalmazhatóbbá válnak a káliumszegény diétában.

26

POST-ERCP-S PANCREATITIS MEGELŐZÉSE TÖBB TECHNIKA KOMBINÁLÁSÁVAL SÉRÜLÉKENY PANCREAS TUMOROS BETEGEK ESETÉN

Burai M.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Szmola R.¹, Pap Á.¹, Onkológiai Sebészeti Centrum Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Osztály¹

Bevezetés: A post-ERCP-s pancreatitis etiológiája multifaktoriális, ezek között lehet a papilla és pancreas vezeték mechanikai sérülése elégtelen drainege-val, fertőzés okozta sérülés, sphincterotómiánál használt elektrokoter okozta termikus károsodás. Kombinált erőfeszítések szükségesek a többkomponensű patomechanizmus megelőzésére. Három igazolt módszer ismert a post-ERCP-s pancreatitis megelőzésére: rövid pancreas stent, NSAID végbélkúp, sublingualis NO donor transdermális nitrát tapasszal, vagy nélkül.

Cél: A pancreatitis kezelésénél ismert eljárás a jejunális szondatáplálás, mely ésszerű lenne a post-ERCP-s pancreatitis megelőzésére is, legalább azokban a pancreas tumoros esetekben, ahol az intraductalis citológiai mintavétel és egyéb operatív endoszkópos beavatkozások elengedhetetlenek. Ugyanakkor a jejunális táplálás a leginkább fizioiógias útja a korai folyadék resuscitációnak és kiegészítő táplálásnak, mely előnyös lehet a preoperatív, illetve a kemothérapie kezdeti szakaszában.

Betegek és módszerek: Legalább két preventív módszert kombináltunk: a leggyakrabban használt módszer a jejunális szondalehelyezés volt, mely mellé NSAID kúpot, és/vagy sublingualis NO-t és transdermális nitrátot alkalmaztunk.

Eredmények: Az elmúlt 5 évben 219 epeúti- és hasnyálmirigy tumoros betegben ERCP-t végeztünk intraductalis citológiai mintavétel céljából, tágitással vagy papillotómiával. Post-ERCP-s pancreatitis 17 esetben zajlott, melyből 9 enyhe, 7 mérsékelt és 1 súlyos. Egy esetben enyhe post ERCP-s pancreatitist észleltünk, a beteg súlyos COPD -s elégtelenségben elhunyt. Konklúzió: Post-ERCP-s pancreatitis ritkábban fordult elő a preventív módszerek kombinált alkalmazása esetén. Prospektív randomizált tanulmány szükséges ahhoz, hogy kiválasszuk a legmegfelelőbb kombinációt ezen szövödmény megelőzéséhez.

27

THE CHANGING PREVALENCE OF H. PYLORI INFECTION IN DYSPYPTIC PATIENTS: A RETROSPECTIVE ENDOSCOPIC STUDY, 1997-2012

Buzás G.¹, Lotz G.², Schneider F.³, Józán J.⁴, Ferencváros Health Centre, Gastroenterology¹, 2nd Institute of Pathology, Semmelweis University², Cell Diagnostics Ltd³, Institute of Physiology, Semmelweis University⁴

Background. Although still the most frequent infection in the world, the prevalence of *H. pylori* is decreasing in developed countries. The time-frame of this process is largely unknown.

Material and methods. This retrospective study included 4647 patients who underwent upper digestive endoscopy for dyspeptic symptoms between 1997 and 2012. *H. pylori* was determined from antral and corpus biopsies by the modified Giemsa stain and rapid urease test. The patients were previously untreated for the infection. The prevalence of *H. pylori* was calculated for age decades from 18 to >80 years, birth cohorts from 1920 to 1994, and years of examination.

Results. In the population with a mean age of 48.1±24.5 years, the overall prevalence of *H. pylori* was 55%. Male to female ratio was of 40.6/59.4%. According to clinical diagnosis, 37.9% of the cases had

functional dyspepsia, 25.3% duodenal ulcer, 3.8% gastric ulcer, 1.9% gastric+duodenal ulcer, 24.2% reflux disease and 6.7 chronic erosive gastritis. According to age decades, the prevalence was 21.8% in cases under 19 years, 34.9% (20-29 years), 46.5% (30-39 years), 63.7% (40-49 years), 63.2% (50-59 years), 59.2% (60-69 years), 61.8% (70-79 years) and 57.6% in patients over 80 years. Birth cohort analysis: In patients born between 1920 and 1929, the prevalence was 63.6%; 1930-39: 62.8%; 1940-49: 63.0%; 1950-59: 62.1%, 1960-69: 57.4%, 1970-1979: 39.0%, 1980-89: 26.7% and 1990-94: 12.2%, respectively. According to the year of examination, the prevalence of infection peaked in 1997 at 71.3%, and gradually reached its lowest level of 32.6% in 2011. The decrease became significant in the middle of the 1960's as compared to cohorts from 1920 to 1950's, and continued gradually until the end of the study period. The annual rate of decrease between 1997 and 2012 was between 1-2.2% and thus the infection is expected to completely disappear after 20-30 years.

Conclusions. The age- and birth-related prevalence of *H. pylori* infection in this large cohort of dyspeptic patients is decreasing and occurred especially in the younger age groups, being stable in the older. The decrease became significant in the birth cohorts of 1960-1970's, two decades before the discovery of bacterium and is continuous until today.

28

A POST ERCP-PANCREATITIS JELLEGE, PREVENCIÓJA, ÉS KONZERVATÍV TÁPLÁLÁSTERÁPIÁJA JEJUNÁLIS SZONDATÁPLÁLÁSSAL.

Chamdin S.¹, Gasztroenteroogia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

Az epeúti endoszkópos operatív beavatkozások kockázattal járnak, ugyanakkor terápiás szempontból kiemelt jelentőségűek bírnak. Terápiás szempontból a cholestasis megszüntetése, a kőextrakció, a biliaris pancreatitis tehermentesítő drainage, az endobiliaris és nasobiliaris stentbeültetés és a Vater papillán végzett beavatkozások adenoma esetén is definitív terápiás lehetőséget jelentenek. A legnagyobb gondosság ellenére jelentkezhettek szövödmények, kialakulásukban nem elhanyagolható tényező a comorbiditás, az életkor és a beavatkozást végzők jártassága. A leggyakoribb és leginkább veszélyeztető post-ERCP-s szervi szövödmény a korai vagy akár kezelés után napokkal kialakuló pancreatitis.

Beteganyag és módszer: Osztályunkon 2011.-2013. január között 569 esetben végeztünk ERCP vizsgálatot. pancreatitis Prevenióként a komplikált, nehezített vizsgálatokat követően, NSAID kúpot, esetenként Wirsung draint alkalmaztunk 21 esetben (4 %) fordult elő post ERCP- hyperamilasaemia, ebből 8 esetben vált szükségessé nasojejunális táplálás. Az esetek zöme hyperamilasaemia -enyhe fokú pancreatitisként zajlott le, és kisebb számban középsúlyos és egy esetben súlyos pancreatitist észleltünk. A fennmaradó esetekben a betegek carentia mellett panaszmentessé váltak. A diagnosztikus kritériumok között laboratoriumi vizsgálatok, képalkotók, és fizikális vizsgálat szerepelt.

Összefoglalás: A post-ERCP pancreatitis megelőzésében a vizsgálati gondosság, pontos indikáció, felismerésében a konzekvens vizsgálati observatio protokoll fontos kritérium. Saját gyakorlatunkban a jejunális táplálás megfelelő módszernek bizonyult a terápiájában és a progresszió megállításában.

29

CLINICAL EXPERIENCES WITH INFLIXIMAB AND ADALIMUMAB IN A SINGLE CENTRE COHORT OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Csöndes M.¹, Szabó A.¹, Kárász T.¹, Pekárdi S.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár County Hospital, Győr¹

Objectives: In recent years, biological therapies targeting TNF alfa have significantly improved the management of IBD refractory to conventional therapies. Our aim was to summarise our experiences of biological agents in inflammatory bowel disease (IBD).

Patients and methods: Data of 86 patients with IBD were analysed [Crohn disease (CD)/ ulcerative colitis (UC)]: 60/26, male/female: 52/34, age at diagnosis: 30 years, duration: 8.6 years]. Both inpatient and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: Infliximab therapy was given in 24 CD patients and 26 UC patients. Thirty-six CD patients received adalimumab. Concomitant

steroids in 97.5% and azathioprine in 79% (combined: 79%) of patients were used at the start of biological therapy. Seventeen of 24 (69%) achieved complete remission/fistula closure during infliximab, 30 of 36 (80%) during adalimumab therapy in CD, and 22 (84%) went into remission during infliximab therapy in UC, at some point. Remission rates were not associated with disease location, need for azathioprine use or extraintestinal manifestations - neither in CD nor in UC. Infliximab and adalimumab treatment enabled complete steroids withdrawal in 57/64 (89%) of steroid-dependent patients. Side effects were noted in 8 (16%) of patients (allergic reactions and infectious complications) on infliximab, and in 2 (5%) (urinary tract infection, hepatopathy) on adalimumab therapy. Two patients required surgery during the course of treatment; 1 UC patient required ileostomy and total colectomy, the other required intestinal resection.

Conclusions: Adalimumab and infliximab can be effective and safe for inducing and maintaining remission in IBD. Biological agents demonstrated a steroid-sparing effect. Adalimumab therapy resulted in fewer adverse reactions.

30

A SZÉNHIDRÁT ANYAGCSERE VÁLTOZÁSA BIOLÓGIAI TERÁPIÁBAN RÉSZESÜLŐ GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKBEN

Csontos Á.¹, Lőrinczy K.¹, Székely H.¹, Reismann P.¹, Patócs A.¹, Fekete B.¹, Terjék O.¹, Szabó A.¹, Herszényi L.¹, Somogyi A.¹, Tulassay Z.¹, Miheller P.¹, Gasztroenterológia, SE II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹

Bevezetés: A zsigeri zsírszövetnek újabb jelentősebb szerepet tulajdonítanak nem csak az anyagcsere folyamatok, de bizonyos immunológiai folyamatok szabályozásában is. A zsírszövet sejteit által termelt citokinek és a gyulladásos bélbetegségek kapcsolatát egyre szélesebb körben vizsgálják. A krónikus gyulladás - feltehetően az TNF-alfa közvetítésével - elősegíti az inzulin rezisztencia kialakulását, valamint befolyásolja a lipid metabolizmust. Nem teljesen ismert még az anti-TNF-alfa kezelés hatása a szénhidrát-, a lipid háztartásra, valamint az ezeket befolyásoló hormonok szintjére gyulladásos bélbetegségben szenvedőknél.

Célunk az volt, hogy a biológiai kezelésnek hatása lehetett az anyagcsere betegség javulására, függetlenül a szteroid-hatás kiváltásától.

Betegek és módszerek: Vizsgálatunkba a Semmelweis Egyetem II. Sz. Belgyógyászati Klinikáján gondozott 17 gyulladásos bélbeteg voltunk be. (4 colitis ulcerosa, és 13 Crohn beteg) gyulladásos bélbetegségben szenvedő, nem diabetes beteget anyagcsere paramétereit vizsgáltuk az egy éves biológiai kezelés, (5 mg infliximab /kg a 0., 2., 6. majd minden 8. héten, vagy adalimumab 160/80 indukciót követően 40mg/2 hét fenntartó dózisban) megkezdése előtt, majd 3 és 12 hónap múlva A kezelés hatására bekövetkező szénhidrát anyagcsere változást a 3. és 12. hónap elteltével az általános szénhidrát- és lipid metabolizmus paraméterein, az orális glükóz tolerancia teszten, és a HOMA IR indexen keresztül vizsgáltuk.

Eredmények: A vizsgált periódusban szignifikánsan javultak a páciensek inzulin rezisztencia értékei (1.40 ± 1.02 , 0.27 ± 0.24 , 0.20 ± 0.38 ; $p < 0.01$). Bár nem szignifikáns, de javuló eredményeket találtunk az orális glükóz tolerancia teszt értékelése során és csökkenő trended fedeztünk fel a szérumban ghrelin koncentrációkban is (1044.6 ± 428.0 , 957.8 ± 170.33 , 944.0 ± 260.5).

Következtetés: A szénhidrát anyagcserében bekövetkezett javulás a biológiai terápia járulékos előnye lehet.

31

ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY FOR ADENOMAS OF THE AMPULLA OF VATER

Czakó L.¹, Terzin V.¹, Báthori Á.¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Background: Endoscopic papillectomy (EP) with curative intent is increasingly performed for benign ampullary tumors. This study aimed at evaluating the feasibility and efficacy of EP in adenoma of the ampulla of Vater.

Methods: Between January 2010 and February 2013, 14 patients (5 men and 9 women with an average age of 72.8 ± 7.6 years; range 61 -

85 years) underwent EP for adenoma arising from the ampulla of Vater at our tertiary referral center. Two patients had previous transduodenal removal of ampullary adenoma. Endoscopic resection was performed in a radical fashion analogous to polypectomy for colon adenomas.

Results: An EP was technically feasible in all patients. En bloc and complete endoscopic resections were achieved in 10 (71%) and 11 (78%) cases, respectively. 8 adenomas (52%), 6 with low grade and 2 with high grade dysplasia, 3 carcinomas in adenoma (21%), and 3 hyperplastic polyps (21%) were the final histopathological diagnoses of the endoscopic specimens. The complete concordance between the previous endoscopic forceps biopsy and the resected specimen was only 44%. The 2 adenocarcinoma cases were referred for surgery, because of incomplete resection. The median length of hospital stay was 3.8 days (range, 2–6 days). No recurrences were experienced during the follow-up period in the completely resected cases. Mild postpapillectomy pancreatitis occurred in 1 patients (7%) and painless hyperamylasemia in 2 cases. Postpapillectomy pancreatitis and dilatation of the Wirsung duct developed in a patients 1 year after the procedure; pancreatic papillotomy was therefore performed.

Conclusions: Vater papilla adenomas can be treated endoscopically effectively with low complication rate. Forceps biopsy alone is not sufficiently reliable enough for the identification of malignancy. These lesions should therefore be fully resected by EP for a final diagnosis and possibly definitive treatment. Ampullary cancer was associated with a high rate of incomplete resection after EP.

32

RARE COMPLICATION OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES: NON-HODGKIN LYMPHOMA OCCURRING IN CROHN'S DISEASE

Czirjak K.¹, Ven L.¹, Kapin M.², Keresztes K.³, Racz F.¹, Francz M.², Szegedi L.¹, 1st Department of Internal Medicine, Andras Josa Teaching Hospital, Nyiregyhaza¹, Department of Pathology, Andras Josa Teaching Hospital, Nyiregyhaza², Department of Hematology, Andras Josa Teaching Hospital, Nyiregyhaza³

Introduction It is widely known that several types of malignant disease may develop in inflammatory bowel disease (IBD) patients. The most common of these is colorectal cancer, the risk of which is proportional to the duration of the disease. The majority of the lymphomas occurring in IBD patients develop following immunomodulating or immunosuppressive treatment. Lymphoma occurring as a consequence of immunomodulating treatment has already become a well known disease entity while lymphomas developing after biological therapy were evaluated in several studies during recent years. Primary extranodal lymphomas developing in IBD patients are more rarely encountered. The vast majority of these are non-Hodgkin lymphomas (NHL), which may be considered as a complication of the disease. Literature data regarding incidence vary widely. One of the most frequently diagnosed histological type is marginal zone B-cell lymphoma. Only a few individual case reports have been published in the medical literature.

Case report Herein we report the case of a 39-year old male patient. The medical history includes surgery for perianal fistula, following which colonoscopy had been recommended to but declined by the patient. He did not seek follow-up medical care. Eight years later colonoscopy was performed due to abdominal pain and mucous diarrhea. During the examination segmental inflammation was encountered in the large intestine; the macroscopic features suggested Crohn's disease. Histopathology sample was taken. The biopsy sample revealed IBD along with presumed lymphoma based on the histopathological characteristics. Marginal zone B-cell lymphoma was confirmed on further diagnostic tests. Based on the diagnosis haematological treatment was commenced further to the treatment of the bowel disease. The colonoscopy and the biopsy which were performed following the chemotherapy did not reveal either abnormalities indicative of lymphoma or signs of inflammatory activity. The bowel disease has remained in remission.

Implications for practice The case was deemed worth publishing due to the rare co-occurrence of IBD and non-treatment induced NHL. The significance of histopathological awareness should be emphasized as it was the pathologist's attention which eventually led to the right diagnoses in our case as well. It should be stressed that macroscopic features did not suggest lymphoma.

A FELSŐ GASTROINTESTINALIS VÉRZÉSEK KOMPLEX ELLÁTÁSA

Dabi Á.¹, Bagosi T.¹, Muszely J.¹, Ádám T.¹, Takács R.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

A felső gastrointestinalis vérzések (GIV) ellátása kapcsán jelentős szerep jut az orvosok, endoszkopos szakasszisztensek és osztályos nővérek közötti team munkának. A hatékony vérzéscsillapítás érdekében a korszerű kombinált vérzéscsillapító eljárások mellett elengedhetetlen a minőségi sürgősségi komplex betegellátás.

A fokozódó gyakoriságú GIV (peptikus fekélyek, oesophagus varixok, reflux oesophagitis, Mallory-Weiss szindróma, erosiók malignomák) miatt osztályunkon átlagosan havi 30 beteget látunk el. A felső gasztrointesztinális vérzések miatt kezelt betegek beküldő forrása legtöbbször a Kórház SBO, sebészeti konziliumot követően budapesti akut sebészeti ügyelet, kórházi társosztályok, és saját osztályunk. A betegek endoszkópos ellátásra kapcsán több lépcsős ellátást biztosítunk kórházi és osztályos szinten. Az endoszkopos vizsgálat elvégezhetősége érdekében a haemodinamikai stabilizálás, előzetes localis kezelés, szisztémásan parenterális PPI, és haemostiptikumok adása szükséges. Az endoszkopos ellátásban az ajánlásoknak megfelelően használjuk a többtényezős vérzéscsillapító eljárásokat. Peptikus eredetű GIV esetén az injectálási technikával rutinszerűen együtt Haemoclip® felhelyezést, és/vagy Argonplazma coagulációs, vagy unipoláris electroda kezelést alkalmazunk. Az oesophagus varix vérzéseket peri- vagy intravasalis injectálással (1,2% Aethoxisclerol®) és ligatíóval kezeljük. Betegeinket osztályunk gasztroenterológiai szubintenzív őrző részlegében helyezük el. Munkánkban 5 év sürgősségi endoszkopos ellátásának (2007-2011.) anyagát dolgozzuk fel. A vizsgált időszak felőleli a Kórházi SBO indulása óta eltelt és az azt megelőző szakaszt. ellátási rendszert. Megközelítőleg 1300 eset elemzése kapcsán az endoszkopos vizsgálatot, a megelőző ellátást, és a betegek további sorsát vizsgáltuk.

A vérző betegek ellátásában a legfejlettebb endoszkopos technikák megoldások alkalmazása mellett a jól működő gyógyító team szervezettsége biztosítja komplex kezelés eredményességét

PANTOPRAZOLE BEFORE ENDOSCOPY IN PATIENTS WITH GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING: DOES THE DURATION OF INFUSION AND ULCER LOCATION INFLUENCE THE EFFECTS?

Dancs N.¹, Szalai M.¹, Kárász T.¹, Szabó A.¹, Csöndes M.¹, Horváth Z.², Rácz L.¹, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Department of Gastroenterology¹, Széchenyi István University, Department of Mathematics and Computer Sciences²

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of pre-emptive pantoprazole infusion on early endoscopic findings in patients with acute ulcer bleeding.

Method: Records of 333 patients admitted with acute ulcer bleeding were analyzed. Ulcer bleeders were given either 80 mg bolus of pantoprazole followed by continuous infusion of 8 mg per hour or saline infusion until endoscopy.

Results: In 93 patients saline infusion whereas in 240 patients bolus plus infusion of pantoprazole was administered with mean ($\pm$ SD) durations of 5.45 ± 12.9 hours and 6.9 ± 13.2 hours, respectively ($P = 0.29$). Actively bleeding ulcers were detected in 46/240 (19.2%) of cases in the pantoprazole group as compared with 23/93 (24.7%) in the saline infusion group ($P = 0.26$). Different durations of pantoprazole infusion (0-4 hours, >4 hours, and >6 hours) had no significant effect on endoscopic and clinical outcome parameters in duodenal ulcer bleeders. Gastric ulcer bleeders on pantoprazole infusion longer than 4 and 6 hours before endoscopy had actively bleeding ulcers in 4.3% and 5% compared to the 19.5% active bleeding rate in the saline group ($P = 0.02$ and $P = 0.04$).

Conclusion: Pre-emptive infusion of high-dose pantoprazole longer than 4 hours before endoscopy decreased the ratio of active bleeding only in gastric but not in duodenal ulcer patients.

WHIPPLE KÓR SAJÁT ESETEINKBEN

Dandé G.¹, Czuczor V.¹, Rácz F.¹, Gerzon T.¹, Szegedi L.¹, Orlik B.², Balogh I.³, Nyíregyháza Jósa András Oktatókórház I. Belgyógyászat¹, Nyíregyháza Jósa András Oktatókórház Patológia², Debreceni Egyetem OEC Laboratóriumi Medicina Intézet³

A Whipple-kór a *Tropheryma whipplei* által okozott, ritka, multiszisztémás megbetegedés. Vezető tünetei közé a hasmenés, fogyás, láz, malabsorptio, következményes cachexia tartoznak. Az általános tünetek, és gastrointestinális manifesztációk mellett az idegrendszer, a szív, bőr, ízületek és a hasi nyirokcsomók érintettségéből származó tünetek jellemezhetik. Munkánkban három saját esetünk kapcsán képekkel illusztrálva szeretnénk bemutatni a kórforma változatos klinikai megjelenését, a nemzetközi szakirodalom tükrében. Hangsúlyozni szeretnénk a PCR alapú diagnosztika szerepét, mely intézményünkben a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrummal együttműködve, újdonságként elérhető modalitás. A klinikum illetve endoszkópos lelet alapján felmerülő esetekben a fent említett eljárás nagy segítséget nyújthat a pontos diagnózis felállításában.

A VATER PAPILLA TUMORA RITKA, SZISZTÉMÁS MALIGNUS BETEGSÉG RÉSZÉKÉNT

Dávda L.¹, Haraszi B.¹, Rejtő L.², Selmecei A.², Illés Á.², Méhes G.³, Horkay E.⁴, Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Hematológiai Tanszék², Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Patológiai Intézet³, Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum, Radiológiai Klinika⁴

A myeloid sarcoma (MS), vagy extramedullaris acut myeloid leukaemia egy ritka neoplasticus elváltozás, mely éretlen myeloid sejtekből áll és extramedullaris megjelenés jellemzi. Különböző lokalizációban jelentkezhet és változatos hisztopatológiai képet adhat, így diagnosztikus kihívást jelent. Az MS kialakulhat de novo, vagy acut myeloid leukaemiával (AML), ill. myelodysplasticus szindrómával (MDS) egyidejűleg.

Esetünkben egy középkorú férfi történetét ismertetjük. Kórelőzményében 2012 januárjában történt jobb oldali semicatratio szerepel, melyet más intézetben végeztek, seminomat állapítottak meg. Fél évvel később egy fogextractiot követően kialakult, agresszív növekedést mutató, a jobb orbitába is betérjedő, látásvesztést okozó tumoros területből biopsia történt, melynek szövettani vizsgálata myeloid sarcomát igazolt. Néhány héttel később fájdalommalanul kialakult mechanicus icterus miatt intézetünkbe szállították. ERCP-t végeztünk. A vizsgálat során látótérbe került Vater papilla makroszkóposan malignitás lehetőségét vetette fel. A vett minta hisztológiai diagnózisa a MS volt. Mindezek fényében revidálásra került a semicatratio során vett minta. CT vizsgálat tüdő, liquor vizsgálat pedig központi idegrendszeri érintettségét is igazolt. Sternum- és cristiabiopsia a csontvelő infiltrációját nem támasztotta alá. Haematológián komplex kemoterápia indult, melyet követően valamennyi lokalizációban regressziót tapasztaltunk, icterusa, cholestasisa megszűnt. Össejttransplantatiót terveztünk, azonban a súlyos pancytopenia miatt kialakult septicus állapotot uralni nem tudtuk, a beteg elhunyt.

Esetünk felhívja a figyelmet arra, hogy a mechanicus icterus gyakori és ismert okai mellett a háttérben szisztémás betegség részét képező ritka, neoplasticus elváltozások is állhatnak, melyek esetében a kemoterápia az elsődleges megoldás. Ennek figyelembe vételével kell megtervezni az endoszkopos teendőket.

ROLE OF PULSEOXIMETRY MONITORING DURING GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY WITH SEDOANALGESIC PREMEDICATION

Döbrönte Z.¹, Szenes M.², Gasztonyi B.², Csermely L.³, Kovács M.⁴, Lakatos L.⁵, Lakner L.¹, Mester G.⁶, Pandur T.⁵, Patai Á.⁷, Pák P.⁴, Pécsi G.⁸, Rácz I.⁹, Sarang K.¹, Stöckert A.⁷, Székely A.¹⁰, Varga Szabó L.¹¹, Toldy E.¹², Vas megyei Markusovszky Kórház, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály¹, Szombathely, Zala

Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg², Területi Kórház, Krems³, Vaszary Kolos Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Esztergom⁴, Csolnoky Ferenc Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Veszprém⁵, Gróf Esterházy Kórház, Belgyógyászati Osztály, Pápa⁶, Erzsébet Kórház, Belgyógyászati Osztály, Sopron⁷, Karolina Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Mosonmagyaróvár⁸, Petz Aladár Megyei Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Győr⁹, Batthyány Kázmér Szakkórház, Belgyógyászati Osztály, Kiskőrös¹⁰, Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet, Dunaújváros¹¹

Recent guidelines recommend routine pulseoximetry monitoring during endoscopy, however this has not been the common practice yet in the majority of the local endoscopic units.

Aims: to draw the attention to the importance of the routine use of pulseoximetry monitoring during endoscopy.

Method: A prospective multicenter study was performed with the participation of 11 gastrointestinal endoscopic units. Data of pulseoximetry monitoring of 1249 endoscopic investigations were evaluated, out of them 1183 were carried out in sedation and 66 without sedation.

Results: Oxygen desaturation was observed in 19,1 % of the cases. It occurred most often during ERCP (31,2%) and proximal enteroscopy (20%). Procedure-related risk factors proved to be long duration of the investigation and premedication with pethidine or combined sedoanalgesia with pethidine and midazolam (34,38%). The age over 60, obesity, consumption of hypnotics or sedatives, severe cardiopulmonary state, or rather ASA score III and IV were found as patient-related risk factors.

Conclusion: Increasing the safety of the patients undergoing endoscopic investigation pulse oximeter and oxygen supplementation should be the standard in all of the endoscopic investigation rooms. Pulseoximetry monitoring is advised routinely during endoscopy with special regard to the risk factors of hypoxemia.

38

MINIMÁLISAN INVAZÍV LEHETŐSÉGEK AZ AKUT NEKROTIZÁLÓ PANCREATITIS SEBÉSZI KEZELÉSÉBEN – ESETISMERTETÉS

Dorogi B.¹, Dubóczki Z.¹, Mészáros P.¹, Tarpay Á.¹, Szmola R.¹, Pozsár J.¹, Pap Á.¹, Káposztás Z.¹, Viscerális sebészeti és invazív gasztroenterológiai részleg - Országos Onkológiai Intézet¹

Bevezetés: Az akut nekrotizáló pancreatitis napjainkban is magas mortalitású betegség, a megfelelő időben elvégzett megfelelő sebészi beavatkozás döntő fontosságú a beteg sorsát illetően. Egy 56 éves férfi esetét mutatjuk be, akit extrahepaticus biliaris obstrukciót okozó epehólyagtumor kezelése céljából vettünk fel osztályunkra. Laparoscopes exploráció során irrezekálabilis viszonyokat találtunk, a fészesen telt epehólyagot drenáltuk. Az epeelfolyást palliatív fémszál behelyezésével biztosítottuk, majd a beteget panaszmentes állapotban otthonába bocsátottuk.

Diagnosztikus lépések: A beteg 4 hét elteltével pár napja tartó gyengeséggel, hidegrázással, magas lázzal, övszerű epigastriális fájdalommal jelentkezett ambulanciánkon. Fizikális vizsgálat során a bal lumbális régióban Grey-Turner jel volt észlelhető, laborvizsgálat jelentősen emelkedett gyulladásos paramétereket, valamint igen magas serum amiláz és lipáz értékeket mutatott. Az elvégzett akut CT fertőződött, nekrotizáló, retroperitoneum felé terjedő akut pancreatitis képet írt le.

Kezelési stratégia: Tekintettel a progrediáló klinikai képre, stabil keringésre, valamint a nekrotizáló folyamat elsősorban a retroperitoneum laterális térsége felé való terjedésére, minimálisan invazív sebészi beavatkozás mellett döntöttünk. Kis lumbotomiás metszésből tártuk fel a retroperitoneumot, melyen keresztül necrectomiát, öblítést, drainagét végeztünk. Zárt öblítő rendszert használva a folyamat szanálódott, a beteg láztalanra vált, az üreg mérete UH-al kontrollálva jelentősen csökkent. Rövid intenzív, majd osztályos megfigyelést követően a beteget jó általános állapotban otthonába bocsátottuk.

Következtetések: Akut nekrotizáló pancreatitisben megfelelő indikáció esetén a néhány centiméteres lumbotómiából történő retroperitonealis feltárás és a zárt rendszerben történő öblítés biztonsággal alkalmazható. Esetünk kiemeli a minimálisan invazív sebészeti beavatkozások jelentőségét az akut nekrotizáló pancreatitis kezelésében, melyek során csökkenthető a beteg műtéti terhelése, elkerülhető a folyamat hasüreg felé történő terjedése valamint annak

súlyos szövődményei, így hozzájárulhatnak a magas mortalitás csökkentéséhez és gyorsabbá válhat a beavatkozás utáni felépülés.

39

GIST TUMOROK MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE A SEBÉSZ SZEMSZÖGÉBŐL

Dubóczki Z.¹, Mészáros P.¹, Pozsár J.¹, Burai M.¹, Papp Á.¹, Tóth L.¹, Káposztás Z.¹, Daganatsebészeti Centrum, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹

GIST tumorok esetében a teljes sebészi eltávolítás a választandó kezelés, még a célzott molekuláris kezelések idején is. Az utóbbi években a funkció kímélő és minimalisan invazív sebészi technikák előterbe kerültek az alacsony rizikójú GIST tumorok kezelésében, habár nagyon fontos, hogy ezen technikák kiválasztásakor az onkológiai radikalitás ne szenvedjen csorbát. Másfelől a sebészi resectiot is mérlegelő multidiszciplináris megítélés szükséges az előrehaladott, metastaticus vagy kiújult GIST tumorok esetén, ahol az elsőként választandó kezelés az imatinib terápia. Ezen esetekben is egyre jelentősebb a sebészeti ellátás szerepe, habár a megfelelő evidenciák még hiányoznak. GIST tumorok akut, főként vérzéses szövődményeinek ellátása is sebészi feladat. Osztályunkon az elmúlt évben öt alkalommal végeztünk műtétet GIST tumor miatt. Egy esetben leiomyomának hitt elváltozást nucleáltunk a nyelőcső falából, melyről GIST tumor igazolódott. Két esetben laparoscopos gyomorfali excisio történt. Egy esetben pancreas-duodenum szögletben elhelyezkedő tumor miatt duodenum fali excisiót végeztünk. Egy esetben GIST tumor májmetasztásának rupturája miatt kényszerültünk máj resectiorra. A betegek közül 3 nő és 2 férfi volt, az átlag életkor 56,2 év. Minden betegnél történt endoscopes vizsgálat, mely a betegséget felvetette. Két esetben endoscopes ultrahang vizsgálatot is végeztünk, ezen esetekben vezérelt cytológiai mintavétel is történt, mely a diagnózist megerősítette. Szöveti vizsgálat 3 esetben alacsony rizikó, 2 esetben intermediér rizikó besorolást adott. Molekuláris patológiai vizsgálattal 1 esetben c-kit exon 9 mutációt, 3 esetben c-kit exon 11 mutációt, 1 esetben PDGFR exon 18 mutációt igazoltunk. Fenti esetek jól mutatják a GIST tumorok sebészi kezelésének sokszínűségét. Az eredményes kezeléshez nélkülözhetetlen a multidiszciplináris megközelítés, valamint a sebész és a gastroenterológus szoros együttműködése.

40

SENSITIVITY OF ROUTINE ABDOMINAL MULTIDETECTOR COMPUTED TOMOGRAPHY IN PATIENTS WITH PANCREATIC SOLID TUMOUR PROVEN WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE ASPIRATION – PRELIMINARY RESULTS FROM A TERTIARY REFERRAL CENTER

Dubravcsik Z.¹, Serényi P.², Janota M.¹, Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, Department of Pathology and Cytodiagnostics, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét²

Introduction: The diagnosis of pancreatic tumour, especially in early stages is sometimes challenging. Multi-detector computed tomography (MDCT) is generally accepted as one of the most accessible and sensitive method to demonstrate pancreatic masses, but there is an increasing number of evidence, that endoscopic ultrasound (EUS) is superior to MDCT both in sensitivity and specificity especially when combined with fine-needle aspiration (FNA). The aim of our preliminary retrospective analysis was to determine the value of routine abdominal MDCT in patients with solid pancreatic malignancy proven with EUS-FNA.

Patients and methods: In 2012, 53 pts with the suspicion (clinical signs, positive abdominal ultrasound or ERCP) of pancreatic malignancy were referred to our endoscopic lab for pancreatic EUS-FNA. Based on the radial EUS findings FNA was performed with linear echoendoscope according to our protocol (22 or 25 G FNA-needle with at least 4 needle passes). All patients had contrast-enhanced, dual-phase MDCT with general abdominal protocol before or after the EUS within 2 weeks. Radiologists were blinded according to the EUS-FNA results but were informed about the suspicion of pancreatic tumour. Both EUS and MDCT results were analyzed retrospectively.

Results: Cytology revealed 36 malignancy of 39 FNAs (3 neuroendocrine tumour and 33 adenocarcinoma; 31 pancreatic head,

4 body, 1 tail). The mean tumour size on the radial EUS was 31.8 (19-45) mm. MDCTs of the 36 patients with cytologically proven pancreatic malignancy were positive in 22 cases (61.1%). The radiologist saw enlarged pancreatic head in 3 (8.3%), and dilated main pancreatic duct in 2 pts (5.5%) of the remaining 14 cases as indirect signs. More importantly in 9 patients (25%) in whom EUS-FNA proved malignancy the CT result was judged as negative. The overall sensitivity of routine MDCT was 61.1%.

Conclusion: According to our single-center preliminary results, the sensitivity of routine MDCT is not acceptable in cases of highly suspected pancreatic malignancy. Further analysis of our data is needed to evaluate the factors influencing the MDCT results, but it is supposed that in cases with high susceptibility of pancreatic cancer MDCT with special pancreatic protocol should be performed to increase the sensitivity of the „gold standard” method.

41

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR POST-ERCP PANCREATITIS IN PATIENTS WHO UNDERWENT PROPHYLACTIC PANCREATIC DUCT STENTING – RESULTS OF A PROSPECTIVE, MULTICENTER, CONTROLLED STUDY

Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Hritz I.², Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, 1st Department of Internal Medicine, Fejér County Szent-György Hospital, Székesfehérvár²

Introduction: Small caliber pancreatic duct stenting has been accepted and suggested for prevention of post-ERCP pancreatitis (PEP) in the high risk population by the American and European gastrointestinal endoscopic societies. Prophylactic pancreatic stents (PPS) reduce the risk of PEP by 50% in high risk patients, however a subgroup of them still develop PEP. The aim of the present study was to analyze this subgroup in terms of risk factors, severity of PEP and the consequences of attempted but unsuccessful PPS placement.

Patients and methods: 237 patients high risk of PEP were considered for PPS placement in 2 Hungarian tertiary referral centers during the past 5 years, and pancreatic stents were successfully placed in 213 cases (90%). PEP was defined based on the Cotton consensus criteria. Cumulative, patient and procedure related risk factors were determined following the guidelines of the ESGE. Univariate analysis was chosen to evaluate risk factors of PEP in patients with PPS.

Results: 30 of 213 patients (14.1%) with successful PPS implantation developed PEP (25 mild; 4 moderate; 1 severe), on the contrary in 9 of 24 patients with attempted but failed PPS placement occurred PEP with a significantly higher incidence of 37.5% (3 mild, 5 moderate and 1 severe). Univariate analysis revealed that in patients with successful PPS implantation sphincter of Oddi dysfunction (SOD) was the only significant risk factor for PEP (OR 2.54, CI: 1.1054 to 5.8442, P = 0.0281). Interestingly, in the 24 of 237 patients with attempted but failed PPS placement the procedure related risk factors were significantly higher compared to the 213 patients with successful pancreatic stenting (2.0 vs. 1.53, p=0.026, respectively).

Conclusions: In 14.1% of patients with high cumulative risk factors PEP developed despite PPS, however in the majority of these cases PEP were mild (83%), therefore in these patients PPS application may also contribute to attenuate the severity of pancreatitis. SOD is the only significant risk factor for PEP after PPS insertion. Attempted but failed PPS placement mainly occurred in more complex ERCP procedures, and it resulted in a significant increase in PEP incidence.

42

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VEZÉRELT PSEUDOCYSTO-GASTROSTOMIA KETTŐS VEZETŐDRÓTOS TECHNIKÁVAL - TAPASZTALATAINK

Farkas É.¹, Somogyi E.¹, Tóthné Piszmán K.¹, Magyariné Muhi M.¹, Bosnyák A.¹, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Kft. Endoszkópos Laboratóriuma, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét¹

A súlyos hasnyálmirigy gyulladások egyik szövődménye a pseudocysták kialakulása. Ezek megoldása mérettől, elhelyezkedéstől illetve számuktól függően konzervatív kezelés vagy sebészi illetve

endoszkópos cysto-enterostomia (CE) lehet. Az utóbbi évtizedben az endoszkópia invazivitásának fokozódásával párhuzamosan egyre gyakrabban az endoszkópos megoldást választjuk, amennyiben lehetséges. Az endoszkópos ultrahang (EUH) vezérelte CE a korábbiaknál nagyobb biztonságot nyújt a szövődmények elkerülése és a bedomborodást nem adó cysták megoldása szempontjából.

2009 óta osztályunkon 21 betegnél (11 nő) végeztünk EUH vezérelt CE-t, melyek közül 5 esetben történt infektálódott cysta miatt a CE. A cysták közül 7 esetben nem észleltünk bedomborodást a gasztrointestinumban. 19 esetben végeztük a szájaztatást a gyomorba, 2 esetben transpapillarisán történt a CE. A betegeket radiális echoendoszkóppal is megvizsgáltuk, a beavatkozásokat lineáris echoendoszkóppal (Fujinon, Japán) végeztük el. Minden esetben cystotomot (Endoflex, Németország) használtunk a szájaztatáshoz, majd ballontágítást követően (Boston Scientific, USA), a hagyományos egy vezetődrótos technikákkal szemben két vezetődrótot (Boston Scientific ill. Endoflex) használtunk. Ezután végeztük el a double-pigtail stentek bevezetését és 7 esetben nasocysticus draint (BlueNeem, India) is implantáltunk. Két esetben észleltünk szövődményt (1-1 vérzés ill. infekció), melyek azonban konzervatív kezeléssel uralhatóak voltak. A stenteket 2-4 hónappal később távolítottuk el.

Az EUH használatának előnye a bedomborodást nem okozó cysták szájaztathatósága és a folyamatosan és jól kontrollálható műtéti pozíció, míg a kettős vezetődrótos technika abban nyújt segítséget, hogy az ismételt stent ill. drain behelyezések kapcsán nem kell újra és újrakanulálni a készített nyílást.

Eddigi vizsgálataink eredményei és típusos vizsgálatok bemutatásával szeretnénk megosztani kedvező tapasztalatainkat az EUH és a kettős vezetődrótos technika alkalmazásával.

43

STERIOD PULSE THERAPY IS FAVOURABLE THAN THE CONVENTIONAL ONE IN PREVENTING THE INCREASE OF BODY FAT PERCENTAGE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE RECEIVING SHORT COURSE OF CORTICOSTEROID THERAPY

Farkas K.¹, Valkusz Z.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Szűcs M.², Bálint A.¹, Bor R.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged²

Introduction. The effect of a 12-weeks course of corticosteroids on the metabolic processes and bone formation has not been well studied. The aim of the present pilot study was to evaluate the changes in bone and lipid metabolism as well as the body fat percentage in IBD patients treated with steroids for 12 weeks and to compare two types of oral tapering of methylprednisolone.

Patients and methods. Nineteen patients with IBD (5 with Crohn's disease, 14 with ulcerative colitis) received intravenous methylprednisolone of 1 mg/kg for 5 days due to an acute exacerbation of the disease tapered by 4 mg per week. Patients were prospectively randomized in two groups. In "conventional" group (I) steroids were given daily. In "pulse" group (II) weekly dose of steroids were given on special days of the week. Finally, both groups received the same methylprednisolone dose. The body mass index and the waist and hip circumference were measured before and after the corticosteroid therapy. Blood samples were collected to assess serum glucose level, electrolytes, liver and renal function, cholesterol and triglycerides levels, erythrocyte sedimentation rate, C-reactive protein, serum cortisol, serum osteocalcin and serum crosslaps values. Total body composition was performed at the beginning and at the end of the steroid therapy to determine the fat and fat-free component of the body.

Results. Serum cholesterol and bilirubin level significantly increased, whereas serum cortisol and thrombocyte level significantly decreased after steroid therapy in both groups. Neither serum osteocalcin nor serum crosslaps levels showed significant difference after the steroid therapy in any groups. Body fat percentage significantly increased at the end of the steroid therapy in Group I patients. Significant loss of body bone mass was detected at the end of the steroid therapy in both groups.

Discussion. Our results suggest that even a 12-weeks course systemic steroid therapy may negatively affect bone metabolism. Steroid pulse therapy seems to be favourable than the conventional taper of steroids in preventing the increase of body fat percentage.

CSÖKKENT CSONTSÚRÚSÉG DERMATITIS HERPETIFORMISBAN

Fekete B.¹, Lőrinczy K.¹, Zagoni T.¹, Juhász M.¹, Kocsis D.¹, Fekete B.¹, Csontos Á.¹, Terjék O.¹, Szabó A.¹, Tulassay Z.¹, Tóth M.¹, Miheller P.¹, Gasztroenterológia, SE II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹

Bevezetés: A dermatitis herpetiformis (DH) és a coeliakia (CD) gluténszenzitív kórképek. Ismert klinikai adat, hogy a coeliakiát csökkent csont ásványi anyag tartalom kíséri. Dermatitis herpetiformisban szenvedő betegek egy részében nemcsak hasi panaszok, de vékonybél elváltozások és malabszorpció is tapasztalható. Ennek ellenére az irodalomban kevés adat áll rendelkezésre arról, hogy a felszívódási zavarokhoz társuló csonttritkulás fokozott kockázatot jelent-e ezen betegcsoport számára. Célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk DH-ban szenvedő betegek csont ásványi anyag tartalmát és releváns laboratóriumi paramétereit. Emellett a kapott eredményeket összevetettük coeliakiás betegekben és egészséges kontrollokban mért értékekkel.

Módszerek: Vizsgálatunkban 53 panaszmentes DH, 34 CD beteget és 42 egészséges kontrollt vontunk be. A csontsűrűség méréseket kettős energiájú röntgen abszorpciometriával végeztük el a lumbalis gerincen, a bal combnyakon és a radiuson. A számításokat az SPSS 15.00 program segítségével végeztük, páros és független mintás Student tesztet, Pearson korrelációt alkalmaztunk.

Eredmények: Dermatitis herpetiformisban szenvedő betegek (n=26) 49%-nál, a coeliakiás betegek 61%-ánál (n=21), viszont az egészséges kontroll személyek csupán 30%-ánál (n=12) figyeltünk meg csökkent csontsűrűséget a lumbalis csigolyákon. Dermatitis herpetiformisban és CD-ben szenvedő páciensek lumbalis csontsűrűsége szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult, mint az egészséges kontrolloké (0.993±0.136 g/cm² és 0.880±0.155 g/cm² vs. 1.056±0.126 g/cm²; p<0.01). A főként corticalis állományból álló csontok sűrűsége (femur és radius) nem tért el szignifikánsan DH betegekben a kontroll páciensekéhez képest. Coeliakiában azonban szignifikáns különbséget találtunk a femuron (0.733±0.151 g/cm² vs. 0.841±0.119 g/cm²; p<0.01) és a radiuson (0.618±0.067 g/cm² vs. 0.667±0.072 g/cm², p<0.05) mért BMD értékek között egészséges kontrollokhoz viszonyítva.

Következtetés: Vizsgálatunkkal igazoltuk, hogy DH betegekben is csökkent a csontsűrűség, ami főként a lumbális, trabecularis csontállományt tartalmazó gerincet érinti. Ez a csökkenés azonban kisebb mértékű a coeliakiában észlelthez képest.

DOUBLE-BALLOON ENDOSCOPY FOR SMALL INTESTINAL DISEASE: UPDATE FROM A SINGLE-CENTER IN HUNGARY

Fekete S.¹, Golovics P.¹, Lovász B.¹, Mandel M.¹, Golopenza P.², Zubek L.², Pak G.³, Pak P.³, Kiss S.¹, Papp J.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis University, 1st Department of Medicine, Budapest, Hungary¹, Semmelweis University, Department of Anaesthesiology and Intensive Therapy, Budapest, Hungary², Vaszary Kolos Hospital, 2nd Department of Medicine, Esztergom, Hungary³

Background and aims: We report on our experience with the Fujinon EN-450 T5 therapeutic double-balloon endoscope (DBE) and compare our findings with the results of earlier capsule endoscopy.

Materials and methods: Between August 2005 and December 2012, 234 DBE procedures were conducted in 220 consecutive patients (M/F:108/112, age:52.8years, SD:19.6years) who presented at our tertiary referral hospital. The results of previous capsule endoscopy (CE) examinations were available in 48 patients. The indications for DBE included obscure gastrointestinal bleeding (OGIB) in 128patients, suspected/known IBD in 37patients, and polyposis/suspected neoplasia in 51patients. All of the examinations were performed at our outpatient clinic.

Results: In OGIB, abnormal small-bowel findings were noted in 71 patients(55.9%) including angiodysplasias, erosions, and small ulcers. Malignancy was found in 8 patients(6.3%), while an intervention was carried out in 38 patients. In suspected IBD cases, IBD was diagnosed in 8/20 cases. In known IBD patients, assessment of the extent as well as disease behavior and activity was the indication. In polyposis/suspected malignancy, polyps were removed

by snare polypectomy in 10 Peutz-Jeghers patients, while primary adenocarcinoma was diagnosed in 5. The concordance of CE and DBE findings was 41.7%(20/48), while in three cases, DBE provided significantly new information including 2 malignancies. The average insertion length was app. 212cm (range: 60-480cm).

Conclusion: Based on our experience, DBE is a safe and useful method for evaluating and treating small-bowel disease in selected patients with obscure bleeding, IBD or polyposis syndromes. The concordance of DBE and CE in this real-life setting was only fair.

PORTÁLIS VÉNA LIGATURA ÁLTAL INDUKÁLT MÁJREGENERÁCIÓ SORÁN BEKÖVETKEZŐ MORFOLÓGIAI ÉS FUNKCIONÁLIS VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLATA PATKÁNY MÁJBAN

Fülöp A.¹, Budai A.¹, Lotz G.², Kiss A.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem; I. sz. Sebészeti Klinika; Budapest¹, Semmelweis Egyetem; II. sz. Patológiai Intézet; Budapest²

Bevezetés: A vena portae ágainak okklúziója a kirekesztett lebenyek atrófiáját, és a portális keringésben résztvevők hypertrófiáját eredményezi. A kiterjesztett májresectio előtt végzett szelektív portális okklúzió célja a visszamaradó parenchyma mennyiségének megnövelése, a posztoperatív májelégtelenség megelőzése. A májregeneráció ezen típusának pontos mechanizmusa nem teljesen tisztázott.

Céltűzés: A vena portae ligatúra (PVL) után bekövetkező regeneráció vizsgálata kisállat modell segítségével.

Módszerek: Him Wistar patkányokon (n=70) PVL-t hajtottunk végre, mely során a vena portae ellátási területének 80%-a (III-VII lebenyek) kirekesztésre került, míg a portális keringésben résztvevő 20% képezte a regeneráció alapját. Az állatok 0, 12 órával, és 1, 2, 3, 5, 7 nappal a PVL után kerültek terminálásra. Hisztológiai vizsgálatainkat hematoxinil-eosin festett metszeteken végeztük (sejtosztódás, apoptózis, necrosis, és ödéma mértékének vizsgálata), PAS reakció segítségével vizsgáltuk az egyes lebenycsoportok glikogénhalmozási sajátosságait. Meghatároztuk a lebenyek nedvességtartalmát, a regenerációs rátát (RR) és az epeszekréció mértékét.

Eredmények: A sejtosztódási értékek 24 óra elteltével szignifikánsan magasabbak voltak az I-II lebenyekben a kontrollcsoport értékeihez viszonyítva (54,6 vs 0,2), csúcsertékét pedig a 48. órára érte el (56,3 vs 0,2). Az apoptotikus alakok száma szintén a 48. órára érte el maximumát (43,6 vs 0) a portálisan kirekesztett lebenyekben. A necrosis mértéke PVL utáni első napon érte el maximumát a kirekesztett lebenyekben. Nagyfokú ödéma utaló jeleket nem lehetett felfedezni a regenerálódó lebenyekben. A regenerációs ráta az I-II lebenyekben 266,2% volt 7 nappal PVL után, szemben a kirekesztett lebenyek 18,8%-os RR értékével. Az epetermelés jelentősen nőtt az I-II lebenyekben (30,3% vs. 71,6%) illetve jelentősen csökkent a kirekesztett lebenyekben (69,6% vs 28,8%).

Következtetés: A hisztológiai és epetermelési vizsgálataink alapján feltételezhető, hogy a vena portae keringésben résztvevő lebenyek regenerációja során nem csak térfogatukban, hanem funkcionálisan is jelentős kapacitásnövekedést érnek el, és azok működésükben is átveszik a kirekesztett lebenyek szerepét.

DIFFERENT ACTIVATING EFFECT OF GENOMIC DNA FROM NORMAL AND TUMOROUS EPITHELIAL CELLS ON HT-29 CARCINOMA CELLS, HDF-ALPHA FIBROBLASTS AND PERIPHERAL MONONUCLEAR BLOOD CELLS

Füri I.¹, Sipos F.², Spisák S.², Patai Á.¹, Wichmann B.², Müzes G.¹, Galamb O.², Valcz G.¹, Kalmár A.¹, Leiszter K.¹, Tóth K.¹, Barták B.¹, Nagy Z.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

Background: The methylation pattern of genomic DNA fragments may represent its organ origin. In case of tumorous and inflammatory conditions, the amount of cell-originated DNA is elevated in the serum. The mediation and immunobiologic effect of methylated

DNA sequences on Toll-like receptor 9 expressing cells are not fully understood.

Aims: Our aims were to examine and compare the TLR9- and pro-inflammatory cytokine associated immunobiologic effect of human DNA from normal- and tumor origin on different cell types and ex vivo peripheral mononuclear cells (PBMCs).

Methods: Genomic DNA was isolated from fresh frozen colonic epithelial samples. Subsequently, 5x10⁵ HT-29 colon cancer cells, 2x10⁵ HDF-alpha fibroblasts, and 2x10⁶ PBMCs were incubated with 15-15µg of normal or tumorous DNA for 6 hours. Total RNA was isolated by Qiagen RNeasy Mini kit. Expression levels of TLR9-signaling and pro-inflammatory cytokine related genes were measured by real time quantitative RT-PCR. Activation of PBMCs was determined by RT-PCR-based Qiagen T and B cell activation arrays.

Results: In TLR9 pathway, RT-PCR analysis of 13 genes showed altered mRNA expression on the level of key adaptor molecules. T and B cell activation array verified altered IL-2 mRNA expression. IL-2 was over-expressed after incubation with tumor-originated DNA. The treatment of HT29 cells with tumorous DNA resulted in higher expression of IL-1β than incubation with normal DNA. In case of HDF-alpha cells, normal DNA activated the whole TLR9-signaling pathway, in contrast to cells treated with tumorous DNA. In PMBCs treated with tumorous DNA higher IL-2 expression was observed compared to PMBCs incubated with normal DNA

Conclusion: On different types of cells, exogenously administered DNA depending on its origin may display heterogenic pro-inflammatory signal. DNA from tumorous colonic epithelium could act as an endogenous pro-inflammatory ligand in HT29 cells. DNA from normal colonic epithelium may promote fibrogenesis of normal fibroblasts through TLR9 activation. The DNA-dependent activation of PMBCs may reflect to its role in mediating the observed immunobiologic effects.

48

RETROSPECTIVE CASE SERIES ANALYSIS OF PATIENTS TREATED WITH LIVER CIRRHOSIS AT OUR SPECIALIST CARE CENTRE BETWEEN 2006-2011

Gajdán L.¹, Lambert M.¹, Nyikos O.¹, Mag M.¹, Gervain J.¹, Hepato-Pancreatology Sub-Department, I. Department of Internal Medicine, Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹

Introduction: Our 36-bed gastroenterology unit has been running with a focus on hepato-pancreatology system disorders since 2006. In addition to providing secondary care for the 430,000 local residents in our county, we are also a country-wide tertiary referral centre for liver diseases including chronic viral hepatitis and preparation for liver transplantation. At our specialist care centre, we are able to provide the complete spectrum of diagnostic tests for hepato-pancreatology system diseases and offer access to the full range of therapeutic procedures. In this presentation, we carry out a structured analysis of the case series of patients treated with liver cirrhosis at our specialist care centre between 2006-2011.

Patients and results: During this period, there were 6991 hospitalizations at our unit. Out of these, we had 1495 cases hospitalised with the diagnosis of liver cirrhosis involving a total of 1184 patients (male:female ratio=2.5:1). The mean age was 59 years. The etiology of cases included alcohol for 87.3%, chronic HCV infection for 6.3%, rare diseases for 3.1% (autoimmune liver diseases, Wilson's disease, Osler's disease, cardiac cirrhosis, chronic HBV infection), and unclear etiology for 3.3%. From the latter group, some proved to be non-alcoholic steatohepatitis in subsequent analyses. The severity of liver disease according to the Child-Pugh classification was: 129 cases A/567 cases B/799 cases C. The reasons for the hospitalization were vascular and/or parenchymal decompensation in 70% of the cases, gastrointestinal bleeding in 7% of the cases, varying degrees of encephalopathy in 3% of the cases, and 20% others. We performed abdominocentesis due to diuretic-resistant ascites in 433 cases, of which 17% was confirmed as spontaneous bacterial peritonitis. Dialysis was carried out for 19 patients (4 peritoneal, 15 hemodialysis) due to progressive hepatorenal syndrome. The incidence of hepatocellular carcinoma among cirrhotic patients was 4.5%. Out of the 1184 patients, 316 died in complications of liver cirrhosis while hospitalised (27% mortality rate). The total number of patients indicated for liver transplantation was 36/1184.

49

„MI A HELYZET A GYALOGOSOKKAL?”-AVAGY HOGYAN LEGYÜNK JÓ ENDOSCOPOS ASSZISZTENSEK

Gárdonyi M.¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, Gasztroenterológia / Endoscopes labor¹

Az endoscopes vizsgálatok eredményességét nagyban befolyásolja a beavatkozást végző team szakmai felkészültsége. Talán nem nevezhető túlzásnak az 50-50 % -os megoszlás, ennyiben mulhat asszisztensen és orvoson egyaránt a sikeresség. A megszerzett magasszintű elméleti tudás mellett, mivel gyakorlati területről van szó, rendkívül fontos a szakmai „fogások” készség szintű elsajátítása, az együtt dolgozás tökéletesítése. A képzésben fontos a fokozatosság, az ismeretek folyamatos egymásra építése. Az előadás elemzi, ma Magyarországon az endoscopes munkahelyeken általában hogyan történik a kezdő asszisztensek oktatása, melyek azok a sarkalatos pontok, amelyek alapján kiderül, ki alkalmas a feladat elvégzésére, hogyan lehet valakiből képzett asszisztens. Megpróbál választ keresni azokra, a kérdésekre melyek oly gyakran felvetődnek: hatékonyabb-e az összeszokott páros, léteznek –e asszisztens expertek és valójában mitől jó a jó endoscopes asszisztens.

50

FUNCTIONAL CHARACTERIZATION OF HEREDITARY CHRONIC PANCREATITIS ASSOCIATED TRYPSINOGEN ACTIVATION PEPTIDE MUTANTS

Geisz A.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Sahin-Tóth M.², First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, Boston, MA, USA²

Background. Mutations in human cationic trypsinogen cause hereditary-pancreatitis by altering its proteolytic regulation of activation and degradation by chymotrypsin C (CTRC). CTCRC stimulates trypsinogen autoactivation by processing the activation peptide to a shorter form but also promotes degradation by cleaving the calcium binding loop in trypsinogen. Mutations render trypsinogen resistant to CTCRC-mediated degradation and/or increase processing of the activation peptide by CTCRC. Objectives. The present study was aimed at clarifying the role of CTCRC in the mechanism of action of the activation peptide mutations.

Methods. Human pancreatic enzymes were produced recombinantly and purified to homogeneity. Trypsinogen activation was followed by enzymatic assays and SDS-PAGE. Trypsinogen secretion was measured from transfected HEK 293T cells.

Results. Activation peptide mutations D19A, D22G, K23R and K23_I24insIDK robustly increased the rate of trypsinogen autoactivation, both in the presence and absence of CTCRC. Degradation of the activation peptide mutants by CTCRC was unchanged and processing of the activation peptide was increased only in the D19A mutant by 4-fold. Surprisingly, however, increased processing had essentially no effect on autoactivation. Finally, the activation peptide mutants exhibited reduced secretion from transfected cells, and secreted trypsinogen levels were inversely proportional with autoactivation rates.

Conclusions. Activation peptide mutations D19A, D22G, K23R and K23_I24insIDK form a mechanistically distinct subset of hereditary pancreatitis associated mutations, which exert their effect primarily through direct stimulation of autoactivation, independently of CTCRC. The potentially severe clinical impact of the markedly increased autoactivation is offset by diminished secretion, resulting in a clinical phenotype indistinguishable from typical hereditary pancreatitis.

51

A SZÉRUM TNF-ALFA SZINT VÁLTOZÁSOK INFLIXIMAB INFÚZIÓK SORÁN CROHN BETEGSÉGBEN.

Gelley A.¹, Boros A.², Nagy E.¹, Balázs C.¹, Miheller P.³, Tulassay Z.³, Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest¹, Károlyi Sándor Kórház, Budapest², Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika, Budapest³

Bevezető tanulmányban vizsgáltunk a szérum TNF-α, az IL-6, és a szolubilis IL-6 receptor szintek változását infliximab infúziók előtt és után 3 Crohn betegen. Kapcsolatot kerestünk a citokin szint és infliximab infúzió beadási intervallumok között. Betegek és módszer:

két terápia resistens lumenális vastagbél Crohn betegnél súlyos stenosis, egy másik betegnél 7 aktív perianális fistula alakult ki, ezek alapján indikáltak az infliximab kezelést. A citokin szinteket ELISA módszerrel határoztuk meg. Eredményeink: A lumenális Crohn betegeknél klinikai és nyálkahártya gyógyulást észleltünk. A harmadik beteg perianális fistulái záródtak, és egy komplett fistulája is inaktiválódott. Az infliximab kezelés során a kezelés megkezdése előtti értékhez viszonyítva a szérumban TNF- α szintek emelkedtek (median: 1.12 vs 7.30 pg/ml, $p=0.0075$), az IL-6 szintek csökkentek (median: 4.39 vs 1.65 pg/ml, $p=0.0312$), a szolubilis IL-6 receptor szintek nem változtak (median 481.1 vs. 370.1 pg/ml $p=0.29$). Bár az infúziók adása után a TNF- α szint átmeneti enyhe csökkenését észleltük, a következő infúzió előtt már jelentős növekedést láttunk. E növekedés csökkenő tendenciájú, az infliximab beadási idejének növelésével. Maximum TNF- α szint az első 8 hetes intervallumban érhető el. A TNF- α szint változás mértéke negatív regressziót mutat két egymást követő infúzió között eltelt idővel (regr.: R^2 equals 0,684; lin. beta: -0,827, $p<0,001$). Következtetés: A szérumban TNF- α szint növekszik az infliximab kezelés során. E megfigyelés magyarázata az lehet, hogy az infliximab megnöveli a TNF2R vedlését a sejtfelszínről, a megnövekedett szolubilis TNF2R lekötő a TNF- α -t, és az inaktív komplex hosszabb ideig a keringésben marad, mely az alkalmazott ELISA módszerrel kimutatásra kerül. E munka jelentősége, hogy a szérumban TNF- α szint változás mintázata akár az infliximab hatását ellenőrző laboratóriumi markerré fejleszthető.

52

PREVALENCE AND PREDICTORS OF HOSPITALIZATION AND RE-HOSPITALIZATION IN CROHN'S DISEASE IN A POPULATION BASED INCEPTION COHORT BETWEEN 2000-2012

Golovics P.¹, Mandel M.¹, Lakatos L.², Lovász B.¹, Végő Z.¹, Szita I.², Mester G.³, Balogh M.³, Molnár C.⁴, Komáromi E.⁵, Mohács A.¹, Szilágyi B.¹, Fekete S.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 Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁴, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁵

Background and aims: Limited data are available on the hospitalization rates in population-based studies. Since this is a very important outcome measure, the aim of this study was to analyze prospectively the prevalence and predictors of hospitalization and re-hospitalization in a population based inception cohort in the Veszprem province database between 2000 and 2012.

Methods: Data of 304 incident CD patients diagnosed between January 1, 2000 and December 31, 2010 were analyzed (median age at diagnosis: 32.2; SD: 15.4 years). Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: Probabilities of first hospitalization and first re-hospitalization were 54.9%, 72% 76% and 22.8%, 34%, 52.3% after 1, 2 and 5 years of follow-up in Kaplan-Meier analysis. Main reasons for hospitalization in the first year were diagnostic procedures (48.5%), IBD related surgery (29.9%) and disease activity (14.3%). Non-inflammatory disease behavior at diagnosis (HR: 1.41, 95%CI: 1.41-1.89, $p=0.02$) was the only factor significantly associated with time to hospitalization while both non-inflammatory disease behavior at diagnosis (HR: 1.92, 95%CI: 1.35-2.74, $p<0.001$) and disease behavior change (HR: 1.89, 95%CI: 1.27-2.81, $p=0.002$) were associated with time to first re-hospitalization in multiple Cox-regression analysis. Early hospitalization (within the year of diagnosis) was associated with age at onset ($p=0.002$), non-inflammatory disease behavior at diagnosis (OR: 2.67, $p<0.001$), internal fistulizing disease (OR: 2.02, $p=0.04$), need for immunosuppressives (OR: 1.74, $p=0.018$) and need for surgery/multiple surgeries (OR: 2.63, $p=0.018$ and OR: 2.54, $p=0.005$) during the disease course, and with need for surgery/multiple surgeries ($p=0.018$) also in multivariate analysis.

Conclusions: Hospitalization and re-hospitalization rates are still high in this population-based cohort and early hospitalization was associated with clinically significant outcomes (need for immunosuppressives and surgery). Non-inflammatory disease behavior at diagnosis was identified as the pivotal predictive factors for both hospitalization and re-hospitalization.

53

A ZELLER KLINIKAI DIETETIKAI VIZSGÁLATA

Gubicsoné Kisbenedek A.¹, Jekkel A.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Breitenbach Z.¹, Szabó Z.¹, Ungár T.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Táplálkozástudományi és Dietetikai tanszék¹

Bevezetés: Napjainkban egyre inkább előtérbe kerülnek a népi gyógyászatban alkalmazott növények, különböző betegségek kezelésében. A magas húgysavszinttel rendelkező betegek kezelésében kevés gyógyszer áll rendelkezésre, illetve gyakran előfordul, hogy a betegek nem tudják a gyógyszert szedni mellékhatásai miatt

Vizsgálati anyag és módszer: A vizsgálat céljából tüztük ki a zeller klinikai alkalmazhatóságának vizsgálatát magas húgysavszinttel rendelkező betegek körében. A betegek nyersen naponta 250g mennyiségben fogyasztottak zellert 2 héten keresztül. A vizsgált betegek, 18. életévet betöltött önként jelentkező, magas húgysavszinttel rendelkező személyek voltak. A vizsgált betegek száma 18 fő. A kontroll csoportba 18 fő magas húgysavszinttel rendelkező, gyógyszeres kezelésben részesülő nagykorú betegeket választottunk. Az eredmények feldolgozásához MS Excel programot használtunk, az eredményeket szignifikánsnak akkor tekintettük, ha $p<0,05$.

Eredmények: A magas húgysavszint értékkel rendelkező betegek esetében a vizsgálat után 11 esetben csökkent, 7 fő esetében nem változott a szérumban húgysavszint, a vizsgálat előtti értékhez képest a zeller hatására. A húgysavszintben 10%-os csökkenést tapasztaltunk mindkét csoportban könnyű vegyes étrend mellett. A gyógyszert szedő kontroll csoport eredményei illetve az esetcsoport eredményei között a különbség nem szignifikáns. ($p>0,05$)

Következtetések: A vizsgálat eredményei rámutattak arra, hogy a zeller diétoterápiában történő alkalmazása javasolható a szérumban húgysavszint csökkentése érdekében önmagában és gyógyszeres kezelés mellett is.

Kulcsszavak: zeller, diéta, magas húgysavszint

54

ENDOSCOPIC TREATMENT OF ZENKER'S DIVERTICULUM WITH FLEXIBLE ENDOSCOPE. THE FIRST HUNGARIAN CASE

Gyökér T.¹, Rusznyák K.¹, Adorján K.², Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology¹, Anesthesiology, Budapest²

Introduction: Zenker's diverticulum is located proximal to the upper esophageal sphincter, usually on the posterior wall, and results in increased hypopharyngeal pressure. Symptoms include dysphagia, regurgitation and cough, and, at the very end it can lead to weight loss and/or aspiration. The standard treatment is myotomy of the cricopharyngeal muscle extended to the tissue bridge between the esophagus and the diverticulum. It can be performed by open surgery or an internal endoscopic approach by using a rigid diverticuloscope.

Patient: A 69-year-old male was referred due to long lasting dysphagia and regurgitation. Barium swallow revealed a 3x5 cm Zenker's.

Method: We performed endoscopic myotomy using flexible diverticuloscope that allows excellent septum exposure and endoscope stability. The procedure was performed under general anesthesia with orotracheal intubation with patient in the left lateral position. The patient received antibiotic prophylaxis. For cutting we used needle knife. At the bottom of the cutting we put 3 clips to avoid bleeding and perforation.

Result: Next day the barium swallow showed prompt emptying of the contrast from the diverticulum to the esophagus. The patient was allowed to eat soft food. All symptoms ceased after procedure, and he remained symptom-free at 1 month, as well.

Conclusion: A similar case that was performed during ESGE live show inspired us to introduce this kind of procedure into our portfolio.

55

A KÉT LEBENYET ÉRINTŐ MÁJTUMOR IS GYÓGYÍTHATÓ: KÉT LÉPCSŐS (TWO STAGE) MÁJRESEKCIÓK

Hahn O.¹, Dudás I.², Tamás J.¹, Fekete K.¹, Gyömörei G.¹, Bennemann S.¹, Pajor P.¹, Bozó A.¹, Zsírka-Klein A.¹, Harsányi L.¹, Kupcsulik P.¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²

Előzmények, célkitűzések: Colorectalis májmetasztasisok továbbra is csak májresectioval gyógyíthatók. A máj mindkét lebenyét érintő áttétekkel bíró betegek korábban csak onkológiai kezelésben részesültek, mellyel 5 éves túlélés – a legmodernebb kezelésekkel sem – érhető el. A ressecabilis kritériuma jelenleg csak az elégséges térfogatú (de leginkább funkciójú), megfelelő keringésű és jó epeelfolyással bíró maradék máj (future liver remnant-FLR). A kétlépcsős májresectio stratégiájával ezek a betegek is gyógyulási esélyt kaphatnak.

Beteg és módszer: 2001 és 2012 között a Semmelweis Egyetem ÁOK I.sz. Sebészeti Klinikáján 1010 májresectiot végeztünk különböző javallatok alapján. Fenti időszak alatt 35 betegnél – bilobaris áttétek miatt – a resectiot két lépcsőben terveztük elvégezni. Az első resectionál a későbbi maradék máj tumor „mentesítését”, illetve az ellenoldali lebeny vena portae ágának elzárását (ligatura-PVL, vagy embolizáció-PVE) végeztük. Az első resectio, illetve vena portae occlusio után 8 héttel kontroll CT-volumetria történt. Amennyiben az FLR tumormentes maradt és térfogata a teljes máj térfogatának 30%-át elérte, a resectio elvégezhető volt.

Eredmények: A második lépcsőt 26 betegnél (74%) sikerült elérni. Kilenc betegnél daganat progresszio miatt a második resectio nem történt meg. A sikeresen kezelt 26 betegnél az áttétek átlagos száma szignifikánsan kevesebb volt azokénál, akik a 2. resectioig nem jutottak el (5,5 vs 8,1; $p < 0.05$). Az első, illetve a második resectionál a postoperatív morbiditás 16% és 34%, a mortalitás 0% és 0% volt. Azoknál a betegeknek, akik a 2. lépcsőt sikeresen vették a median ösztönözött túlélés 33 hó, az 5 éves túlélés 31% volt. A „two stage hepatectomy”-ra nem alkalmas betegeknek 5 éves túlélés nem volt.

Következtetések: Kétlépcsős májresectio további, korábban irresecabilisnak minősített betegeknek nyújt esélyt a gyógyulásra.

56

ASSOCIATION OF MICRORNA EXPRESSION AND LIVER FIBROSIS DETECTED BY FIBROSCAN AND HISTOLOGY

Halász T.², Horváth G.³, Pár G.⁴, Schaff Z.¹, Lendvai G.¹, Second Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Pathology, Military Hospital, Budapest, Hungary², Hepatology Center of Buda, Hungary³, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary⁴

Background and aims: Fibrosis characterizes chronic inflammatory liver injuries. Beside the gold standard liver biopsy and non-invasive transient elastography (Fibroscan) measuring liver stiffness (LS) other indicators would be desirable that could help in differentiating fibrosis stages and in characterizing the progress of fibrosis. In the present study, we investigated the expressional alterations of miR-21, miR-122, miR-214, miR-221, miR-222 and miR-224 in different stages of liver fibrosis and correlated these values with progress of fibrosis.

Methods: We selected 52 patients of different fibrosis etiology. Fibrosis was determined histologically by METAVIR scores and by LS examination. In addition, ALT serum biochemical values were also recorded. From the formalin-fixed paraffin embedded biopsy samples, total RNA was isolated using modified RNeasy FFPE kit for co-purification of miRNA (Qiagen) and miRNA expression levels were detected using TaqMan MicroRNA Assays (Life Technologies).

Results: The Metavir fibrosis score and LS values were correlated with high significance (Spearman's rank order, $r = 0.82$, $p < 0.0001$). miR-122 expression pattern was found to be significantly different between F4 and F0-F2 ($p < 0.02$) revealed by the non-parametric ANOVA test. In addition, miR-122 and miR-221 negatively correlated ($p < 0.001$ and $p < 0.03$), whereas miR-214 and miR-222 positively correlated with METAVIR stage ($p < 0.006$ and $p < 0.04$). LS negatively correlated with miR-122 expression ($p = 0.0002$), whereas miR-222 and miR-224 displayed positive correlation

($p < 0.03$ and $p < 0.005$). Furthermore, ALT levels were found to correlate positively with miR-21 ($p < 0.03$).

Conclusions: These results indicate that miR-122 seem to be a good diagnostic marker of fibrosis stage. miR-214, miR-221, miR-222 and miR-224 correlated with fibrosis stadium as well; however, there were no significant differences between stages. Nevertheless, the positive correlation of miR-21 with ALT levels suggest that this miRNA could indicate necroinflammation.

Acknowledgement: This work was supported by OTKA T75468 by the National Scientific Research Fund.

57

ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED PROCEDURES ON PANCREATIC FLUID

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Nehéz L.², Gasroenterology Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest¹, 1st. Surgical Clinic Semmelweis University Budapest²

Introduction: Pancreatic fluid often appear after acut pancreatitis, or associate with pancreatic neoplasms.

Aims: Fluid sample taking by endoscopic ultrasound guided FNA for diagnosis pseudocyst malignancy.

Patients and methods: In four years (2008-2012) period 981 patient were examined by echoendoscop, 221 of them for pancreatic laesions. In 15 cases endoscopic pseudocysts drainage (EPD) were performed. Most of the cases went through ERCP to exclude major ductal leakage. In 14 cases the pseudocysts were drained with double pigtail endocystic plastic drain (7 and/or 10 F) through the gastric wall, using endosonography. In one case self expanded metal stent (SEMS) was used to emptying the pseudocyst followed acut necrotising pancreatitis.

Results: Our results revealed eligible cystemptying. Applying SEMS the EPD become „one step” procedure assured a large diameter of flow. In 30 cases the pancreatic fluid were only punctured for diagnostic goals the cysts were not drained, because of small diameter in 15 cases (2-3,5 cm) or because of septal structure of the pseudocyst. Mucinous cystadenoma were found in several cases mostly females (60-75 yrs), were operated on. In other cases pancreas neoplasm were the cytological diagnosis.

Conclusion: The echoendoscope fine needle biopsy and aspiration is a well known method to distinguish malignant formations. In cases of EPD using doppler echo effect ideal puncture site could be localising by excluding the intra cystic mass, and cystic wall vessels. Applying SEMS assured more simple modality of pseudocyst drainage.

58

THE LATEST RESULTS OF NUTRITIONAL STATUS SCREENING AMONG PEOPLE LIVING IN SOCIAL HOMES AND THE INDICATIONS OF SUPPLEMENTARY, FORMULA FEEDING

Hartmann E.¹, Figler M.¹, Lelovics Z.², Institute of Human Nutrition and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs, Hungary¹, „Moritz Kaposi” General Hospital, Kaposvár, Hungary²

Introduction: The primary objective of our study was the nutritional status screening of the people living in nursing homes, and comparing the results with data from previous years. We set off a further objective the trace of the formula feeding fulfils or not, and search of correspondence between malnutrition and formula feeding.

Patients and methods: in 31 social homes in all 1590 over the age of eighteen (742 /46.7% male, 848 /53.3% female, the average age was 62.2±18.0 years) voluntary applicants, who live constantly residential institution, were screened in 2011 with the method of Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) and with the help of questionnaire composed by them we examined the correspondence of supplementary formula feeding with the different factors of malnutrition. To analyse the data we compared the 95% confidence intervals, the analysis was done with paired t-test and with univariate linear regression analysis.

Results: according to our research the rate of people who are in the danger of malnutrition is high (28.9%), but the prevalence of malnutrition depends on the examined parameters and number of examined parameters. The rate of undernourished people is 15.7% based on the body mass index, 8.9% based on the accidental weight loss, the affect of acute diseases on the risk of malnutrition was

found 22.6%. According the type of institution mostly people living in psychiatric homes have higher risk of malnutrition. 6.9% of screening participants received temporary or permanent supplementary, formula fed. The three-fifths of the residents receiving supplementary, formula feeding constantly or regularly. All individuals examined, 1081 residents was incomplete dentition, of which a person has received in formula-fed nutrition for this reason. A resident drank 777±333ml formula feeding in average a day. Three-fifths of clinical formula feeding receiving a full, but 39.4% of them consumed adapted to nutrient formula.

Conclusions: Based on changes of body mass index compared the previous years worsened the nutritional status of the residents, the rate of unintentional weight loss in turn has improved. From the results we can see that filter nutritional status of residents based on several criteria, the more we can receive a more balanced view of the condition.

59

FOGZACSKÓ ÉS FOGGYÖKÉRHÁRTYA EREDETŰ ÖSSEJTEK IMMUNFENOTÍPUSÁNAK, PROLIFERÁCIÓS ÉS OSZTEOGÉN DIFFERENCIÁCIÓS KÉPESSÉGÉNEK VIZSGÁLATA

Hegedűs O.¹, Reider H.¹, Perczel-Kovács K.¹, Nagy K.¹, Rácz R.¹, Varga G.¹, Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék, Budapest, Magyarország¹

Céltűzés Kutatócsoportunk 2008 óta sikeresen izolál összejteket foggyökérhátyából (periodontal ligament, PDL) és 2012-től fogzacskóból (dental follicle, DF) is. Célul tűztük ki a kétféle sejtkultúra immunfenotípusának, valamint proliferációs és in vitro oszteogén differenciációs képességének összehasonlítását.

Módszerek A humán impaktált bölcsességfogak gyökérhátyájából és fogzacskóból izolált sejteket αMEM alapú tápoldatban (10% szérum) tenyésztettük. Fáziskontraszt mikroszkóp segítségével megfigyeltük a sejtek morfológiáját, növekedésük mértékét. Az exponenciális növekedési fázisban Bürker-kamrával meghatároztuk a duplázódási időt. Immuncitokémiai módszerekkel vizsgáltuk a mesenchymalis összejtekre jellemző STRO-1, CD90, CD105 markerek, az oszteogén sejtekre jellemző bone sialoprotein (BSP) és osteonectin (ON), valamint citoskeletális fehérjék (vimentin – mesenchymalis eredet, nestin – ectodermális eredet) expresszióját. A három hetes oszteogén differenciálódás során fellépő változásokat immunfestésekkel (STRO-1, ON, BSP, vimentin) követtük nyomon, és a STRO-1 expresszióját kvantifikáltuk is. A mineralizációs góccokat Kóssa-festéssel azonosítottuk.

Eredmények A PDL és DF kultúrák sejtei fibroblasztszerű morfológiát mutatnak, a PDL esetében a sejtek elnyúltabb, és kevesebb nyúlványa van. A PDL és DF sejtek duplázódási ideje hasonló, 20 és 30 óra közötti. Mindkét kultúra pozitív a c-kit, CD90 és CD105 markerekre és nestinre. Mindkét kultúrában a differenciálatlan sejtek túlnyomó része expresszálja a BSP, ON, vimentin fehérjéket, melyek az oszteogén irányú differenciálódás során végig megmaradnak. Az oszteogén differenciálódás kezdetén a PDL és DF kultúrákban a STRO-1-pozitív sejtek aránya egyaránt 10% körüli, majd 14 nap alatt szignifikánsan megnő 40 %-ra, ami a DF esetében a 3. hétre tovább nő 60 %-ra. Mindkét sejtkultúra oszteogén differenciálódásánál a Kóssa-festés 3 hét után erősen pozitív.

Következtetések A foggyökérhátya és a fogzacskó összejteinak fenotípusa a csontvelői mesenchymalis összejtekéhez hasonló, de ezek a dentális összejtek az ectomesenchymalis eredetűeknek köszönhetően nemcsak mesenchymalis markereket expresszálnak, hanem az ectodermális eredetű utaló nestint is. Mind a PDL, mind a DF összejtek differenciálhatóak oszteogén irányba, a differenciáció a STRO-1 expresszió növekedésével jár.

60

GENETIC ASPECTS OF CHRONIC PANCREATITIS IN CHILDREN

Hegyi E.¹, Čierna I.¹, Vavrová L.², Konečný M.², Kovács L.¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia¹, Department of Clinical Genetics, St. Elizabeth Cancer Institute, Bratislava, Slovakia²

Introduction: Causes of recurrent acute pancreatitis/chronic pancreatitis (RAP/CP) in children compared with the adult population are significantly different. While in adults the major etiologic factor is the excessive alcohol consumption, among children in addition to anatomical anomalies of pancreas and biliary tract the genetic factors seem to be crucial. Mutations in PRSS1 gene (cationic trypsinogen) cause hereditary pancreatitis, while mutations in SPINK1 (serine protease inhibitor Kazal type 1), CTFR (chymotrypsin C) and CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductor regulator) genes can predispose patients to develop CP/RAP.

Aims: To characterize the frequency of mutations of genes associated with the development of CP in children with idiopathic or hereditary CP and determine the genotype-phenotype correlation in these patients.

Patients and methods: 18 children with idiopathic or hereditary CP diagnosed from 2008 to 2012 at the 2nd Department of Pediatrics, University Children's Hospital, Bratislava were enrolled. Direct sequencing of PRSS1, SPINK1 genes and exons 2,3,7 of CTFR gene was performed.

Results: Median age of symptom onset was 9,1 years (range 2,5-17 years) and the most common presenting symptoms were abdominal pain and vomiting. Family history was positive in 6 cases. In 2/18 patients the p.R122H mutation of PRSS1 gene was found; 1/18 was trans-heterozygous carrier of p.G208A (PRSS1) and p.G60G (CTFR) variants. The p.N34S mutation of SPINK1 gene was seen in 5/18 patient (1 homozygous and 4 heterozygous), among them 2 were trans-heterozygotes with p.G60G (CTFR) variant. 1/18 patient was homozygous for p.G60G, 1/18 heterozygous for p.R254W and 1/18 heterozygous for p.G214R variant of CTFR gene.

Conclusions: In a group of 18 pediatric patients with idiopathic or hereditary CP we found a high prevalence of pathogenic mutations associated with the development of the disease. These results confirm the importance of genetic testing in children with idiopathic CP.

This work was supported by GUK/244/2012 and Collegium Talentum.

61

DO GASTROENTEROLOGISTS' GENDER AND AGE INFLUENCE THE PARAMETERS OF QUALITY COLONOSCOPY?

Hettmann D.¹, Burger C.¹, Hersényi L.¹, Koller A.¹, Székely H.¹, Müllner K.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Molnár B.¹, Péter Z.¹, Szmolá R.¹, Sipos F.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, SE II.sz.Belgyógyászati Klinika¹

Aim: To clarify the influence of gastroenterologists' gender and age on the parameters of quality colonoscopy (total and adjusted total colonoscopy rate, intubation of terminal ileum, sedation, adenoma detection rate).

Methods: Charts of totally 2467 colonoscopies performed in the period of 1-Sep-2011 and 31-Aug-2012 in the Endoscopy Unit of 2nd Dept. Med. Semmelweis University were retrospectively evaluated. Distribution of endoscopists according to gender and age (years) were as follows: 3 females under 40 (F1), 5 males over 40 (M1), 2 males under 40 (M2).

Results: cecum was reached in 88.04% of colonoscopies, the adjusted total colonoscopy rate was 94.77% (F1 95.97%, M1 94.2%, M2 95.5%, respectively). Intubation of terminal ileum was successful in 35.6% of cases (F1 42.24%, M1 38.75%, M2 27.05%, respectively). Sedation was applied in 76% of colonoscopies (F1 81.39%, M1 72.39%, M2 74.77%, respectively). Adenoma detection rate was 30.97% (F1 39.58%, M1 22.34%, M2 39.41%).

Conclusions: The group of male endoscopists over 40 years of age has achieved the highest rates for adjusted total colonoscopies, intubation of terminal ileum, and implementation of sedation. The rate of adjusted total colonoscopies is optimal, however, the low rate of intubation of terminal ileum is far from the expected. Adenoma detection rate is in line with the 30% rate in literature, and it is noteworthy that young gastroenterologists performed better in this aspect. However, these results are obviously biased regarding whether these parameters were measured at first-time or follow-up colonoscopies. Sedation was widely performed.

NEMZETKÖZI ENDOSZKÓPOS ÉLŐSHOW (ESGE) - NŐVÉR SZEMMEL

Hódosi M.¹, Koós T.¹, Gazdag É.¹, Szita K.¹, Hasulyó E.¹, Molnár I.¹, Szász N.¹, Visnyei Z.¹, Bogsch B.¹, Tolmácsi B.¹, Schafer E.¹, Gyökres T.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest¹

2012. szeptember közepén endoszkópiánk nemzetközi endoszkópos élőshow-t szervezett. A rendezvényen a 400 fölötti résztvevő több mint 20 országból érkezett. A helyi adottságok (két telephely) miatt számos logisztikai, szervezési kérdést kellett megoldanunk, melyben mi nővérek is fontos szerephez jutottunk. A gasztroenterológiai fekvőbeteg osztály, a szubintenzív részleggel együtt 69 ágygal a MÁV-telephelyen működik, míg az élőshow endoszkópos része, a jobb körülmények miatt a 3 km-re lévő Honvéd-telephelyen ment végbe. Szerencsére a Honvéd-telephelyen 3 napra egy teljesen kiürített, 30 ágyas fekvőbetegosztályt kaptunk, melyen csak a felhúzott ágyak vártak minket. Néhány óra alatt kellett felkészülni a betegek fogadására és megteremteni azokat a körülményeket (pl. nővérhívó, gyógyszereszekrény, stb.), melyek mindennapi munkánk során, a saját helyünkön adódtak, magától értetődőnek tűnnek. Mindeközben a napi, a lehetőségekig lecsökkentett rutinmunkának is folynia kellett. Az átmeneti „Honvédos” osztályra mind orvosilag, mind nővérileg külön személyzetet jelöltünk ki (3-2 fő műszakonként). A belső mentőszállítás az endoszkópos beavatkozásokon átesett betegeket, kellő megfigyelési idő után, szállítható állapotban transzportálta az anyaosztályra, ahonnan postafordultával áthozta a workshop második napján endoszkópiára kerülőket. Az élőshow során 36 beteg vizsgálatára került sor. Ennyi ágyaműt, ilyen gyorsan még nem cseréltünk. Szubintenzív részlegen 3 beteget kellett megfigyelnünk, egyikük kései, inkomplett sigma perforáció miatt műtetre került, a POEM-es és az egyik „lehamozott” nyelőcsővízű idős beteg néhány napon belül otthonába távoztatható. A legtöbb beteget a beavatkozás másnapján emittáltuk (az adminisztrátor is része volt a csapatnak, a szombati zárójelentések tömegének írásával). Ahhoz, hogy akadálymentesen folyamatosan tudjuk a munkánkat végezni a kórház egészének összefogott munkájára volt szükség, beleértve ebbe mindenkit, nemcsak beteg ellátó osztályokat. A rendezvény nemzetközileg is sikeres volta megerősített bennünket abban, értelmes célokért érdemes erőfeszítéseket tenni.

63

PEG RITKA SZÖVŐDMÉNYE: GYOMOR FALI TUMOR TRANSPLANTÁCIÓ A PEG SZÜRCSATORNÁJÁBA. ESETBEMUTATÁS

Horvát G.¹, Makai G.¹, Bugát Pál Kórház Nonprofit Kft., Gasztroenterológia¹

Táplálási nehézségek esetén immár rutinszerűen alkalmazzák világszerte a gastrostoma kialakításának valamelyik formáját. Az endoscopos gastrostomás beavatkozás minimal invazív, a szövődmények előfordulása lényegesen alacsonyabb, mint a sebészi beavatkozásoké. A szövődményeket gyakoriságuk alapján osztjuk fel. Egy az ide vonatkozó irodalomban is ritkán előforduló szövődményről számolunk be.

Esetbemutató: Egy 54 éves férfibetegnek 2009-ben igazolódott jobb oldali alsó lebenyi tüdőtumora, mely miatt műtét történt. 2010-ben agyi metastasist mutatott ki a CT, melyet jobb occipitalis craniotomiával oldottak meg. 2011-ben recidíva alakult ki az agyban és a tüdőben is, mely a radiológiai és onkoterápiás kezelés ellenére jelentősen progrediált. Átmenetileg endoscopos gastrostomát alakítottak ki, melyet 3 hónap után eltávolítottak. A tumoros folyamat progressziójának általános tüneteivel, gyengeséggel, nyelési zavarral, bő köpettel járó köhögéssel, nehézlégzéssel kezeltük több alkalommal kórházunkban. 2012-ben táplálás biztosítása céljából újra PEG történt. Ennek során a korábbi PEG helyén 15 mm-es polypoid tumor találtunk, melynek közepén, a szűrőcsatornában megfelelően köldökszerű behúződás volt látható. A szövettani vizsgálat a képletet metastasissnak véleményezte. A boncolás során máshol nem volt üreges szerv falában áttét.

Következtetés: Legvalószínűbb, hogy az első PEG beavatkozás során a köpettel garatba kerülő tüdőből származó tumorsejtek, a manipuláció során a szűrőcsatornába sodródtak, melyben sikeresen megtapadtak. Egy ritka és érdekes szövődményről szerettünk volna beszámolni.

ENTEROKUTÁN SIPOLLYAL SZÖVŐDÖTT RÖVIDBÉL SZINDRÓMÁS BETEG: ESETISMERTETÉS

Horváth M.¹, Rácz S.¹, Sahin P.², Bede A.³, Ecsedy G.⁴, Fuszkes P.¹, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Gasztroenterológiai Osztály¹, Szent Imre Kórház Gasztroenterológiai Profil², Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Intenzív Terápiás Osztály³, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Sebészeti Osztály⁴

A rövidbél szindróma olyan veleszületett vagy szerzett, a vékonybelet érintő betegségek esetén alakul ki, ahol a felszívódási zavar súlyos, akár fatális hiányállapothoz vezet. A dietetikus és klinikus által meghatározott táplálás terápiával ez a hiányállapot megelőzhető vagy kezelhető.

Az 54 éves férfi betegnél szeptikus állapot, intesztinális pneumatózis, nekrotizáló enterocolitis miatt akut műtét feltárás történt intézményünk Sebészeti Osztályán, de diffúz vékonybél károsodás miatt konzervencia hiányában reszekció nem történt. Intenzív Terápiás Osztályunkon szupportív ellátás mellett állapota nem romlott, ezért ismételt feltárást és a korábbiakhoz képest rövidebb szakaszon károsodott vékonybél eltávolítását végezték. Perforáció miatt további műtétekre és vékonybél reszekciókra volt szükség, végül duodenoileális anasztomózis képzés történt, varratelégtelenség miatt enterokután sipoly maradt vissza. További sebészeti teendő hiányában került átvételre osztályunkra, ahol a megkezdett parenterális táplálást folytattuk. Visszatérő lázat enterális, sipoly és kanül eredetű polimikrobás fertőzéssel magyaráztuk, váltott, célzott antimikrobás kezelést alkalmaztunk. Parenterális és per orális táplálást konzílium alapján állítottuk be. Mivel a szájon keresztül bevitt tápanyag mennyisége és minősége nem volt megfelelő tartós parenterális táplálás céljából vénás port került behelyezésre. Ezt követően ismételt, intenzív terápiás ellátást is igénylő szeptikus állapot hátterében vénás port kolonizáció merült fel, mely végül eltávolításra került. További kanül fertőzések elkerülése céljából, vélhetően pszichés eredetű tápszer intoleranciája miatt szonda táplálását kezdtük, továbbá a szájon keresztül bevitt táplálék mennyiségét növeltük. Elfogadható energia bevétel, javuló vérkép és albumin szint alapján a szonda eltávolításra került. A beteget további táplálás terápiás gondozás céljából ambulánsan a Szent Imre Kórházba irányítottuk.

Enterokután sipollyal járó, többszörös vékonybél reszekció okozta rövidbél szindrómás beteg esetén keresztül mutatjuk be a mesterséges táplálás kapcsán szerzett tapasztalatainkat és a felmerülő nehézségeket tárgyaljuk.

65

STUDY OF VITAMIN D METABOLISM AND SIGNALING IN HUMAN HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND SURROUNDING LIVER TISSUES

Horváth E.¹, Balla B.¹, Kósa J.¹, Lakatos P.¹, Lazáry Á.¹, Németh D.¹, Jozilan H.¹, Somorácz Á.², Korompay A.², Gyöngyösi B.², Borka K.², Kiss A.², Kupcsulik P.³, Schaff Z.², Szalay F.¹, 1st Dept. of Medicine, Semmelweis University¹, 2nd Dept. of Pathology², 1st Dept. of Surgery³

Aim: 1,25-DihydroxyvitaminD3 (1,25(OH)2D3), the active form of vitamin D, mediates antitumor effects mostly by the vitamin D nuclear receptor (VDR) in various cancers. We aimed to examine mRNA and protein expression differences of 1,25(OH)2D3-inactivating CYP24A1 and mRNA expression of the activating CYP27B1 enzymes, as well as that of VDR between human non-tumorous liver and hepatocellular carcinoma (HCC) tissue samples, and to study the correlation with clinicopathological characteristics.

Patients and Methods: We evaluated 38 patients who had undergone liver surgery for therapeutic purposes. mRNA expression of VDR, CYP24A1 and CYP27B1 was measured by RT-PCR, CYP24A1 protein was detected by immunocytochemistry.

Results: VDR and CYP27B1 mRNA was both expressed in HCC and in surrounding liver tissues as well, although at different amounts. VDR and CYP27B1 expression was significantly lower in HCC compared with non-tumorous liver ($p < 0.05$). In patients with hepatitis B (HBV) infection expressed the highest VDR mRNA ($p < 0.05$). CYP27B1 mRNA was significantly lower in females non-tumorous liver tissues compared with males ($p < 0.05$). The majority of the HCC samples expressed CYP24A1 mRNA, in contrast neither of the non-tumorous liver expressed of this gene.

Immuncytochemistry study proved that the gene activation was followed by CYP24A1 protein synthesis.

Conclusions: Our novel data on the presence of 1,25(OH)₂D₃ inactivating CYP24A1 mRNA, as well as reduced expression of VDR and CYP27B1 mRNA in human HCC samples indicate the decreased bioavailability of 1,25(OH)₂D₃ in HCC cells, providing an escape mechanism from the anti-tumor effect of 1,25(OH)₂D₃.

66

EVALUATION OF THE EFFECT OF SIMULATOR PRACTICE ON TRAINEES' CLINICAL ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIO-PANCREATOGRAPHY PERFORMANCE

Hritz L.¹, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Szepes Z.³, Kruglikova I.⁴, Funch-Jensen P.⁴, Madácsy L.², Endoscopy Unit, Fejér Megyei Szent György University Teaching Hospital, Székesfehérvár, Hungary¹, Department of Gastroenterology and OMCH Endoscopy, Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Hospital, Kecskemét, Hungary², 1st Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Szeged, Hungary³, Department of Gastroenterology, Aalborg University Hospital, Denmark⁴

Different simulators are available to supplement clinical endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) training. The ERCP computer-based simulator (ECS) is thought to be useful for understanding the anatomy, duodenal motility and basic orientation for cannulation. We have previously demonstrated that ECS can differentiate between endoscopists with lack or high level of competence. Furthermore, it has been suggested that simulator practice improves clinical performance of trainees hence can augment the ERCP training, however limited information is available in terms of ECS practice.

This study aimed to evaluate the effect of ECS practice on trainees' clinical ERCP performance.

Fifteen trainees who performed regularly esophago-gastroduodenoscopy and colonoscopy but were naive to ERCP underwent clinical training supervised by three experts where individual's clinical ERCP performance was evaluated. Trainees were randomized into two groups after ERCP didactic teaching. Study group (SG; n=6) participated first in ECS practice using the AccuTouch Endoscopy Simulator before starting on patients; control group (CG; n=9) did not undergo ECS practice. 59 patients were involved into the study (~3.93/trainee). The clinical performance of all participants was monitored and analyzed. Pylorus intubation time and technique, papilla reaching time and positioning, proper orientation and cannulation control, lack of unnecessary motions and reddening of the visual field were assessed.

Trainees who underwent ECS training intubated the pylorus and reached the papilla in significantly shorter period of time compared to trainees without such practice (88.6 vs. 130.2 sec; p=0.03 and 129.4 vs. 179.4 sec; p=0.03, respectively). There was no statistical difference in pylorus intubation technique, proper orientation and positioning of the papilla as well as lack of unnecessary motions between the two study groups, however proper cannulation control was better achieved in SG compared to CG (score 2.84 vs. 2.36; p=0.04). Additionally, reddening of the visual field was also significantly decreased in SG compared to CG (22.2 vs. 31.2 sec; p=0.05).

In our randomized trial the ECS practice significantly enhanced trainees' clinical ERCP performance. In conclusion, ECS has definite training potential and thus can be useful in ERCP training.

67

ON-TREATMENT AND PROJECTED SUSTAINED VIRAL RESPONSES WITH BOCEPREVIR-BASED TRIPLE THERAPY IN PREVIOUS TREATMENT-FAILURE HCV PATIENTS WITH ADVANCED FIBROSIS OR CIRRHOSIS. INTERIM ANALYSIS OF THE HUNGARIAN NAMED PATIENT PROGRAM COHORT.

Hunyady B.¹, Abonyi M.², Csefkó K.³, Haragh A.¹, Horváth G.⁴, Jancsik V.⁵, Makara M.⁶, Makkai E.⁷, Müller Z.⁸, Özsvár Z.⁸, Ribiczey P.⁹, Sipos B.¹⁰, Szabó O.¹¹, Szalay F.², Szentgyörgyi L.¹², Újhelyi E.¹³, Varga M.³, Weisz G.³, and the Hungarian Boceprevir Named Patient Program⁰, Department of Gastroenterology, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, First Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest², Third Department of Medicine,

Réthy Pál Hosital, Békéscsaba³, Hepatology Center of Buda, Budapest⁴, Outpatient Clinic, Kenézy Hospital, Debrecen⁵, Outpatient Clinic, Szent László Hospital, Budapest⁶, Department of Infectology, Magyar Imre Hospital, Ajka⁷, Department of Infectology, Szent György Hospital, Székesfehérvár⁸, Department of Infectology, Zala Megyei Hospital, Zalaegerszeg⁹, First Department of Medicine, Jóna András Teaching Hospital, Nyíregyháza¹⁰, Third Department of Medicine, Szent László Hospital, Budapest¹¹, Infectology and Hepatology Outpatient Clinic, Szent Borbála Kórház, Tatabánya¹², Fifth Department of Medicine, Immunology Laboratory, Szent László Hospital, Budapest¹³

Background and Aims. Efficacy and safety of boceprevir+peginterferon/ribavirin (B+PR) therapy in previous treatment failure HCV genotype 1 pts with advanced liver fibrosis (F3) or cirrhosis (F4) have been analyzed, with special attention to previous null-responder cirrhotics.

Methods. Real life data of the Hungarian Boceprevir Named Patient Program have been retrospectively collected. Treatment: 4-weeks PR lead-in, followed by 44 weeks B+PR therapy according to label (no response guided therapy), with w12 (HCV RNA>100 IU/mL) and w24 (HCV RNA>15 IU/mL) futility rules. Intent to treat (ITT) w24 (N=148), per protocol w48 (PP EoTR, N=30) interim efficacy and safety results, and projections for ITT EoTR and sustained viral responses (SVR) are reported.

Results. Baseline characteristics: age: 29-71 (mean: 56.4) years; bodyweight: 52-107 (mean: 77.5) kg; male: 43%; cirrhotic: 48%; previous null-responder: 36%, partial responder: 38%, relapser: 26%; genotype G1a: 5%, G1b: 95%; high baseline viral load: 66%. Sixty pts stopped therapy by w24, 36 pts due to w12, 12 pts due to w24 futility rules, 12 pts due to adverse events (AE). IITT number and percent of pts with HCV RNA<15 IU/mL at w24 amongst previous null-responders, partial responders, or relapsers: 27/53 (51%), 32/56 (57%), or 29/39 (74%), respectively (total: 88/148 [59%]). HCV RNA<15 IU/mL at w24 was numerically (not statistically) lower in cirrhotics 39/72 (54%) versus non-cirrhotics 49/76 (64%). 14/27 (52%) previous null responder cirrhotics reached HCV RNA<15 IU/mL by w24. Out of those pts eligible to continue therapy beyond w24, PP 34/37 (92%) have reached negative PCR by w48 (51 pending). Based on these PP EoTR result and a 14% relapse rate (by literature¹), 53% ITT EoTR and 45% ITT SVR can be expected; 30% in previous null-responder cirrhotics. 12 pts developed resistance associated variants. No death has been reported so far. Fourteen pts (9%) experienced serious AE (10 cirrhotics, 5 non-cirrhotics). Reported rate of grade 3-4 anemia, thrombopenia, neutropenia or any other AE were 9%, 5%, 16%, or 17%, respectively.

Conclusions. Based on projections from our data, efficacy of B+PR therapy might exceed our expectations in previous null-responder cirrhotics. Final results to be presented.

1Bacon NEJM 2011;364:1207-17

68

PROGRESSION OF DIFFUSE ESOPHAGEAL SPASM TO ACHALASIA: REPORT OF A RARE CASE

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

Background: Diffuse esophageal spasm (DES) and achalasia share both clinical and manometric characteristics. The progression of certain primary esophageal motor disorders to classic achalasia has been documented.

We describe a case of a 44-year-old man, who has suffered from progressive symptoms of dysphagia for solid foods and chest pain for the previous 2 years, and lost 8 kg of bodyweight during this period. Diffuse esophageal spasm (DES) was diagnosed: esophageal manometry showed simultaneous contractions, with mean simultaneous contraction amplitude of >30 mmHg and multiple peak contraction. He was advised to take nitroglycerin 3 times a day and his symptoms improved temporarily. One year later the patient's symptoms recurred. On control esophageal manometry peristaltic waves weren't seen in the esophagus, and the lower esophageal sphincter did not relax with the swallow. These results indicated classic achalasia. Lower esophageal sphincter pneumatic balloon dilatation was performed. His symptoms resolved rapidly after balloon dilatation, he gained 11 kg.

The progression from DES to achalasia is uncommon (8%) and predictors of progression to achalasia based on the initial manometry parameters were not identified. Several studies suggest, that the primary motility disorder, such as DES, nutcracker esophagus and achalasia share a common pathophysiologic mechanisms.

69

SELF-EXPANDING METAL STENTS FOR MALIGNANT ESOPHAGEAL OBSTRUCTION: EXPERIENCE IN OUR PRAXIS

Ilyés S.¹, Bordás L.¹, Szalai L.¹, Fazekas I.¹, Gurzó Z.², Novák J.¹, Pándy Kálmán County Hospital, Department of Gastroenterology¹, Endoscopic Labor²

Background. Dysphagia is the most common disabling symptom in patients with inoperable esophagogastric carcinoma. Self-expanding metal stents (SEMS) are highly effective in the palliation of these patients.

Methods. Retrospective case note review of all patients receiving SEMS over a 1-year period between November 2011 and December 2012. 20 consecutive patients (7 female-13 male) were investigated. Median age of 69 (range 55-84) years, 15 patients (75%) had primary malignant disease of the esophagus or gastroesophageal junction.

Results. In 20 patients, 22 stents were placed without technical problems. Dysphagia improved significantly. Mean survival of all patients was 75 days (range 1-365). Major complications occurred in 3 patients. one patient died of pneumonia, one of acute left ventricular insufficiency and one of gastric wall perforation. Minor complications such as stent migration observed in 2 patients, retrosternal pain occurred in 13 patients. In these patients the migrated stent could successfully be placed in the correct position. Recurrent dysphagia due to overgrowth by tumor, we found in two cases. Two patients had esophagorespiratory fistulas which were all initially successfully occluded.

Conclusion. Our experience confirms too, that the SEMS placement is a safe and efficacious method of malignant esophagogastric obstruction palliation, providing definitive treatment in most cases.

70

COMPARISON OF OESOPHAGEAL FUNCTION IN PATIENTS WITH ACID AND NON-ACID REFLUX

Izbéki F.¹, Rudas A.¹, Wágner I.¹, Légner A.², Hritz I.¹, Altörjay Á.², 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár¹, Department of Surgery, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár²

Background: Decreased oesophageal motility has been described in patients with Gastroesophageal Reflux Disease (GORD); however it is not clear if this impairment is consequence or cause of increased acid exposure. It is known that non-acid reflux causes symptoms. Non-acid reflux may contain pancreatic enzymes and bile that can also be injurious to the oesophageal motility. Therefore the aim of the present study was to investigate the oesophageal motility of patients with symptomatic reflux that is attributed predominately to non-acid reflux and to compare them with patients with symptomatic acid reflux.

Patients and methods: Forty-seven symptomatic patients (age: 43(18-73)years; male 18; female: 29) were referred for 24 h MII-pH and oesophageal motility testing with suspected GORD or who were refractory to double dose PPI treatment. Each patient underwent upper gastrointestinal endoscopy. Water perfusion oesophageal manometry and combined multichannel intraluminal impedance pH-metry were performed in each person after overnight fasting. Non-acid refluxers were defined by having positive symptom correlation predominantly due to non-acid reflux events with positive Symptom Association Probability (SAP) or positive Symptom Index (SI) without positive acid reflux indices of abnormal % time pH<4, or positive DeMeester score. Acid refluxers were defined by either having positive reflux indices and/or predominately positive symptom correlation with positive SAP or positive SI with acid reflux events.

Results: Forty-five per cent (21/47) patients had non-acid reflux and 55% (26/47) were acid refluxers. Oesophagitis was seen in 7 of the 26 acid refluxers but none in the non-acid refluxer group. Only 1 patient out of 21 of non-acid refluxers, whereas 42% (11/26) of the

acid refluxers were diagnosed as having ineffective oesophageal motility, notwithstanding that there were no significant differences between the two groups with respect to peristalsis, lower oesophageal pressures, duration of relaxation, complete bolus transit, distal oesophageal amplitude and velocity.

Conclusions: Oesophageal motility of patients with non-acid reflux is predominately normal, while ineffective oesophageal motility is frequently diagnosed in acid reflux. This information on oesophageal function in these patients may be useful when evaluating persistent symptoms and selecting treatment, especially antireflux surgery.

71

A BETEGEK(TÁJÉKOZTATOTT?) BELEEGYZÉSE.VALÓBAN TÁJÉKOZOTT?HAZAI GYAKORLAT AZ ENDOSZKOPOS LABOROKBAN

Kabai A.¹, Gasztroenterologia¹, Kátai Gábor Kórház², Karcag³

Bevezetés: Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény, ismerteti a betegek jogait és kötelezettségeit az egészségügyi ellátás területén. Ez a törvény többek között magába foglalja a betegek tájékoztatáshoz való jogát is.

Az egészségügyben számos olyan szakterület van, ahol eszközös, invazív, diagnosztikus és/vagy terápiás beavatkozásokat végeznek, amelyhez a beteg írásos beleegyezése elengedhetetlen. A beteg saját személyére vonatkozó döntési jogának gyakorlásához a legalapvetőbb feltétel a megfelelő tájékoztatás és annak megértése.

A tájékoztatott beleegyezés feltétele, a teljes körű szóbeli és írásbeli felvilágosítás.

Az endoszkópos technika fejlődése lehetővé tette az egyre bonyolultabb és invazívabb beavatkozások elterjedését, amelyek megkívánják a szélesebb körű tájékoztatást.

Jelenleg rendelkezésünkre áll-e az egyes beavatkozásokról részletes betegtájékoztató? Melyek a jó betegtájékoztató kritériumai? Megfelelően alkalmazzuk-e azokat a gyakorlatban?

Kik és milyen módon végzik a betegek tájékoztatását? Jut-e rá elegendő idő?

Érvényesülnek-e a kompetenciák?

Módszer: A magyarországi endoszkópos laborokban a jelenleg alkalmazott betegtájékoztatók felmérése céljából 2013 - ban országos szintű retrospektív adatgyűjtésre került sor, kérdőíves felmérés és dokumentációs adat elemzés formájában.

Következtetés: A fent említett törvény 14. § (3) pontja szerint: "A tájékoztatás joga a beteget akkor is megilleti, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének."

A kiterjesztett, beavatkozás specifikus betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat nem csak a betegek jogait és önrendelkezését biztosítja, hanem jogilag az ellátást végző dolgozókat is védi.

72

PERCUTÁN ENDOSCOPOS GASTROSTOMÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK AZ ELMÚLT 10 ÉVBEN

Kádár T.¹, Szilágyi S.¹, Budai J.¹, Iszaka A.¹, Bányainé Bodonyi K.¹, Gurzó Z.¹, Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház Endoszkópos Labor¹

Bevezetés: PEG-et mai formájában 1980-ban végeztek először. Endoszkopos laborunkban 2001 óta végezzük ezt a beavatkozást. A kezdeti nehézségek után, munkahelyünkön megfelelő tapasztalattal rendelkezünk a beavatkozás elvégzéséhez, rutin eljárássá vált, de továbbra is kellő odafigyelést igényel.

Megbeszélés: Az elmúlt 10 évben 225 PEG beültetés történt, amiből férfi 150, nő 75, átlagéletkor 58 év, legfiatalabb 31 éves, legidősebb 84 éves. Az irodalmi adatok alapján 1-6% között fordul elő major szövődmény (egyszer fordult elő súlyos vérzés, majd halál), minor szövődmények közül vérzés, gyulladás, fájdalom a leggyakoribb.

A beavatkozást követően a betegek életminősége javul, a táplálás gyorsan elkezdhető, költsége viszonylag kevés.

Befejezés: A beavatkozás továbbra is gondos team munkát igényel, csak ebben az esetben érhető el a biztonságos beavatkozás alacsony szövődményrátával.

73

GERD TREATMENT STRATEGIES OF HUNGARIAN FAMILY PHYSICIANS

Kalabay L.¹, Herszényi L.², Tulassay Z.², Department of Family Medicine¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background and aims: Most patients with gastro-oesophageal reflux disease (GERD) are diagnosed and treated by family physicians. Different treatment strategies are in use in Hungary. Current classifications do not comprise all aspects of the disease. The aim of this study was to survey current strategies for GERD treatment at the primary care level. In addition we tested whether family physicians would accept a newly proposed scoring. This scoring system involves clinical, endoscopic and extra-oesophageal findings, estimates severity of disease and a guides initiation of individual treatment of GERD.

Methods: Cross-sectional anonymous questionnaire survey involving 238 family medicine doctors (92 men, 146 women, age: 50.6±15.7 years, mean±SD).

Results: Only 27% of participants recommended PPI-s to GERD patients regardless of severity of symptoms. As first line therapy PPI-s, H2 receptor antagonists (H2RA-s), antacids, and combination of these were chosen in 44.1%, 37.7%, 15.3%, and 2.1%, respectively. Severity of symptoms determined the choice of medication in 97% of cases. Step-up, step-down, and combination of these strategies were used in 49.8%, 47.6%, and 2.6%, respectively. Following remission PPI-s, H2RA-s and their combination were used in 48.5%, 48.5%, and 2.1% as maintenance therapy. Doctors would refer 37.8±26.8 of their GERD patients to endoscopy. The estimated ratios of indications for medical treatment of GERD were as follows: self-treatment (with OTC drugs): 23.2±18.0%, family doctor: 47.9±19.8%, ($p<0.0001$), internal medicine/gastroenterologist: 30.9±20.2%, respectively. When prescribed by family doctors, the estimated adherences to PPI-s, H2RA-s and antacids were 70.3±19.6%, 57.2±26.7%, and 46.2±30.2%, respectively. When prescribed by gastroenterologists, these ratios were 72.2±28.9%, 73.45±214.7%, and 49.0±31.7%, respectively. 89.5% of participants needed a simple, symptom-based scoring system and 92.7% of them accepted the provided scheme.

Conclusions: Therapeutic approaches of GERD show a big variation among Hungarian family doctors. There is a need for a simple and reliable scoring system.

74

DNA METHYLATION ANALYSIS OF PROSTAGLANDIN D2 RECEPTOR (PTGDR) GENE IN COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

Kalmár A.¹, Pétefia B.¹, Hollósi P.², Spisák S.³, Galamb O.³, Wichmann B.³, Valcz G.³, Patay V. A.¹, Schöller A.¹, Fűri I.¹, Barták B.¹, Nagy Z.¹, Tulassay Z.³, Molnár B.³, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Molecular Medicine Research Unit, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background and aims: Dysregulated gene expression can be caused by DNA methylation alterations, that can contribute to the formation of colorectal cancer (CRC). In the promoter region of prostaglandin D2 receptor (PTGDR) gene three CpG island can be predicted. Our aims were to analyse the DNA methylation status of the gene in colorectal cancer samples and to correlate these results with mRNA and protein expression levels.

Materials and methods: PTGDR gene was selected on the basis of whole genome expression data (Affymetrix HGU133 Plus 2.0 microarrays) from healthy colonic (n=49), colorectal adenoma (n=49) and left-sided CRC (n=49) biopsy samples and also from laser microdissected (LCM) epithelial and stromal cells from healthy (n=6) and CRC (n=6) samples. CpG island prediction was performed with EMBOSS CpG Plot. DNA methylation analysis was performed on macrodissected (n=10) and LCM (n=5) healthy colonic, adenomatous biopsy (n=10) and LCM (n=5), macrodissected (n=10) and LCM (n=5) left-sided colorectal cancer samples using bisulfite-sequencing PCR (BS-PCR) followed by pyrosequencing. Prostaglandin D2 receptor protein level was analyzed by immunohistochemistry.

Results: PTGDR gene showed decreasing expression ($p\leq 0.01$) in adenoma and carcinoma biopsy samples and its mRNA level was found to be significantly downregulated ($p\leq 0.01$) in the tumor epithelial cells, whereas no DNA methylation difference could be found in stromal cells of normal and tumor samples. Hypermethylation of the gene could be observed in 20 % (2/10) of adenoma biopsies and 50% (5/10) of macrodissected tumor samples. The pyrosequencing results of laser microdissected colonic epithelial cells confirmed increased methylation levels in tumor epithelial cells. The prostaglandin D2 receptor protein level was found to be lower in adenoma and tumor samples compared to healthy controls.

Conclusion: PTGDR was found to be hypermethylated in colorectal cancer samples predominantly in the epithelial cells that can result in reduced mRNA and protein levels during tumorigenesis.

75

EPEÚTI SÉRÜLÉSEK CHOLECYSTECTOMIA SORÁN OSZTÁLYUNK 5 ÉVES ANYAGÁBAN (2007-2011)

Kári D.¹, Polányi C.¹, Kesserű B.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹, Sebészeti, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest¹

Bevezetés: Cholecystectomy a leggyakoribb elektív műtét az általános sebészeten. Ennek legsúlyosabb szövődménye az epeúti sérülés. Laparoscopus cholecystectomy során az epeúti sérülés incidenciája kétszer-háromszor nagyobb, mint a hagyományos nyitott műtétek kapcsán (0,1-0,4% nyitott műtétnél vs 0,3-0,7% laparoscopus cholecystectomy során). Eseteink bemutatásán keresztül az epeút-sérülések lehetséges rekonstrukciós lehetőségeit vesszük számba.

Beteganyag és módszer: Osztályunkon az utóbbi 5 évben 2128 cholecystectomiát végeztünk. Elsődleges műtéti típus a jelenleg

76

URSODEOXYCHOLATE AMELIORATES THE EFFECT OF CHENODEOXYCHOLATE-INDUCED CELL INJURY ON PANCREATIC DUCTAL EPITHELIA

Katona M.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Rázga Z.³, Venglovecz V.², 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: Recent work by our group has shown that chenodeoxycholate (CDC) at high concentration (1mM) strongly inhibited ion transporters and induced irreversible mitochondrial injury in intact guinea pig pancreatic ducts. Previous studies demonstrated that ursodeoxycholate (UDC) and its conjugated forms have antiapoptotic and cell protective effects. The aim of this study was to investigate the effect of UDC on cell damage induced by high concentration of CDC.

Methods: Intra-interlobular ducts were isolated from guinea pig pancreas by enzymatic digestion. Ducts were then pretreated with different concentration of UDC (0.1 and 0.5 mM) for 5 and 24-hours and changes in intracellular Ca²⁺ concentration [Ca²⁺]_i, ATP level [ATP]_i and pH [pH]_i were measured by microfluorometry. Morphological changes of mitochondria were studied by transmission electron microscopy.

Results: 5-hour pretreatment with 0.1 or 0.5 mM UDC and 24-hour pretreatment with 0.1 mM UDC did not significantly influence the effect of 1 mM CDC on duct cells. In contrast, 24-hour pretreatment with 0.5 mM UDC significantly decreased the rate of ATP depletion and mitochondrial injury caused by 1 mM CDC. In addition, 0.5 mM UDC prevented the inhibitory effect of CDC on acid-base transporters. Conclusion: Our results indicate that UDC may represent a novel option against bile acid-induced ductal injury, however further investigations are needed.

This study was supported by OTKA, MTA and NFÜ/TÁMOP.

77

PRELIMINARY DATA OF A CLINICAL SURVEY ON ACUTE PANCREATITIS BASED ON THE HUNGARIAN NATIONAL REGISTRY

Kemény L.¹, Takács T.¹, Balázs A.¹, Farkas Jr. G.², Pap Á.³, Maléth J.¹, Gervain J.⁴, Rudas L.⁵, Bod B.⁶, Czelez J.⁷, Kelemen D.⁸, Forster

T.⁹, Hegyi P.¹, Rakonczay Jr. Z.¹, Geisz A.¹, Czako L.¹, Szabo E.¹, Szepes Z.¹, Rosztoczy A.¹, Fogas J.⁵, Kiss J.¹, Molnar T.¹, Légrády P.¹, Sepp K.¹, Pálvolgyi A.¹, Szabolcs A.¹, Roka R.¹, Gyimesi G.¹, Takacs R.¹, Hritz I.⁴, Izbéki F.⁴, Lázár G.², Wittmann T.¹, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group.¹⁰, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Department of Anesthesiology and Intensive Care Unit, University of Szeged, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Second Department of Medicine, University of Szeged, Hungary⁹, Hungarian Pancreatic Study Group¹⁰

Aims: To investigate the etiological factors, clinical severity and outcome of acute pancreatitis (AP) in our recently established Hungarian Pancreatic Registry.

Methods: Retrospective analysis of 189 AP patients admitted to gastroenterology wards, ICUs and surgery wards between 2008 and 2013 focused on the etiology and clinical outcome.

Results: Out of the 189 AP patients, 88 were females and 101 were males, the mean age at admission was 58.7±2.2 and 54.5±1.5 years, respectively. Regular alcohol consumption and smoking was present in 51% and 30% of males, whereas in only 4.6% and 5.8% in female patients, respectively. The most common cause of AP in females was biliary disease (52.3%), whereas in men, it was alcohol (32.7%). AP was idiopathic in 24.4% of female and 11.9% of male patients. Furthermore, dietary problem was identified in 23.3% and 49.5% of female and male patients, respectively. According to the revised Atlanta Classification, AP was mild in 88.3% and 73.3%, moderately severe in 5.8% and 10.9%, severe in 5.8% and 15.8% of female and male patients, respectively. 1 female (1.2%) and 7 males (6.9%) died among AP patients. Only severe AP resulted in death with a total mortality rate of 38.1%.

Discussion: Our study indicates that the revised Atlanta Classification is suitable for clinical practice, since it differentiates between the mortality rates of moderately severe and severe AP. Furthermore, registry provides a foundation for prospective clinical investigations of AP.

78

NEUROIMMUNOMODULATION IN THE ORAL MUCOSA OF THE DIABETIC RAT

Kispelyi B.¹, Lohinai Z.², Altdorfer K.³, Fehér E.³, Department of Prosthodontics, Semmelweis University, Budapest¹, Department of Conservative Dentistry, Semmelweis University, Budapest², Department of Anatomy, Histology and Embryology, Semmelweis University, Budapest³

Background: Increasing evidence indicates that different neuropeptide-containing nerve elements are involved in the immune system and influence the inflammation of the gastrointestinal tract. The aim was to investigate the morphological localization and distribution of the different immunoreactive nerve fibers and immunocompetent cells in the oral mucosa (e.g. tongue and gingiva) and compare with the data received from streptozotocin induced diabetic rats. Materials and methods: The different nerve elements and immunocytes were detected by ABC immunohistochemistry.

Results: The immunoreactive (IR) nerve fibres were found in all layers of oral mucosa with different density. These IR nerve fibers were mainly located beneath the epithelial lining, around the blood vessels and glands, some of them were also located in the taste buds. After two weeks of streptozotocin treatment the total number of IR nerve fibres was significantly increased, as well as the number of the immunocytes (lymphocytes, plasma cells, mast cells). Some IR nerve fibres were found in a very close situation to the immunocytes. Electronmicroscopic investigation also revealed the close distance between the IR nerve fibres and immunocompetent cells where the gap was 1 µm or even less. Some of the immunocytes showed also immunoreactivity for substance P (SP) and neuropeptide Y (NPY).

Conclusions: Bidirectional interaction exists in the oral mucosa and the neuropeptide containing nerve fibres might be involved in the neuroimmunomodulation. In diabetic rats the immunocytes synthesize, store and release these neuropeptides, acting autocrine/paracrine on the other immunocytes as well as on the nerve terminals.

79

VÉKONYBÉL TUMOROK. MEGTALÁLJUK?

Kiss I.¹, Szabó E.¹, Gyimesi G.¹, Kiss J.¹, Kiss I.², Tiszlavicz L.³, Wittmann T.¹, Szegedi Tudományegyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Belgyógyászati Osztály II.¹, Szegedi Tudományegyetem, Radiológiai Klinika², Szegedi Tudományegyetem, Patológiai Intézet³

Bevezetés: Ezek a daganatok ritkák, diagnosztikájuk endoszkopos és képalkotó módszerekkel lehetséges. A pontos diagnózist gyakran a műtét és a rezekátum patológiai feldolgozása adja.

Esetismertetés: 56 éves férfi betegben 1999-ben FAP miatt ileorectalis műtétet végeztek. A felső GI traktus kontroll vizsgálatára során a duodenum leszálló száján adenoma mellett tumort is találtunk. Az inváziót endoszonográfia igazolta. Egyebütt (vékonybél, rectum, pajzsmirigy, pancreas, csontok, vesék) képalkotó vizsgálatokkal (CT enteroclysis, MR) tumor nem volt kimutatható. A műtéti rezekátum feldolgozása adenocarcinómát igazolt (T3N0M0).

48 éves nőbeteg vastagbél lokalizációjú Crohn-betegsége miatt 22 éve rendszeres gastroenterológiai ellenőrzés alatt állt. A bal hasfélben időnként visszatérő görcsös fájdalom miatt történt colonoscopia a terminalis ileumban és a colonban egy-egy soliter fekélyt igazolt. CT enteroclysis az egyik ileum kacsban körülírt szűkületet jelzett, stenotizáló Crohn-betegsége gondolva előtt történt. Az operáció során a Bauhin-billentyűtől orálisan 1 méterre diónyi vékonybél daganatot találtak, mely miatt resectio történt. A szövettan aktív Crohn-betegség mellett sigillocellularis carcinómát igazolt, onkológiai kezelés indult.

74 éves nőbeteg jobb alhasi fájdalom miatt került vizsgálatra. Tájékozódó labor, natív has felvétel, hasi UH eltérést nem mutatott. Teljes colonoscopia és gynecologia vizsgálat sem jelzett kórosat. A tervezett vékonybél képalkotó vizsgálat előtt akut has miatt sürgős műtét történt. 7,6 cm-es involvált ileum került eltávolításra és a mesenteriumot beszűrő tumorból biopszia történt. A bél folytonosságát jejunotransversostoma biztosította. Patológus tumoros érinvázió okozta ischaemiás perforációt véleményezett, a tumor carcinoidnak bizonyult. Hasi MR-nél aorta bifurkáció magasságában mesenterialis érkepleteket infiltráló tumort írtak le. Sandostatin kezelésben részesült.

Összefoglalás: A három esetből az elsőben preoperative, a következőkben képalkotó vizsgálatokkal, a harmadik esetben pedig műtét kapcsán vált ismertté a vékonybél daganata, mely jelzi a vékonybél területén elhelyezkedő daganatok diagnosztikus bizonytalanságát.

80

MANGELERNÄHRUNGS-SCREENING BEI HOSPITALISIERTEN PATIENTEN

Kiss A.¹, Lelovics Z.², Internationale Institut für Ernährungsforschung¹, „Moritz Kaposi” Krankenhaus, Kaposvár²

Einleitung und Ziele: Die krankheitsassoziierte Mangelernährung betrifft noch immer 20–40% der stationären Patienten. Das Malnutrition schadet auf jedem Fall den Gesundheitszustand, und assoziiert mit einem negativen Outcome. Ich habe mich zum Ziel gesetzt, den Ernährungszustand bei hospitalisierten Patienten zu erheben, die Prävalenz zu bestimmen und die Tätigkeit des Ernährungsteams überzumessen. Mit der vorliegenden Arbeit soll ein Überblick über den Ernährungszustand der gastroenterologischen Patienten gegeben werden im Vergleich zu anderen Abteilungen.

Die Methode: Der Ernährungszustand wurde bei 1290 konsekutiv aufgenommenen Patienten in 10 Krankenhäusern, ein Institut und zwei Klinik mit Hilfe von Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) und durch anthropometrische Messungen erhoben. Im Zentrum der Datenerhebung steht die Organisationseinheit der Krankenhaus Station. Das Mangelernährungsrisiko ist innerhalb 36 Stunden nach der Aufnahme gescreent werden.

Ergebnisse: in dieser Studie wurde der Ernährungszustand von 619 Mann und 671 Frauen, insgesamt von 1290 Patient erhoben. Die Mehrheit, 21,5% der Probandinnen und Probanden waren zwischen 61–70 Jahre. Der überwiegende Teil der Krankenhauspatienten wurde in den Abteilungen Innere Medizin und Chirurgie behandelt. Anhand des BMI sind 19,0% der Krankenhauspatienten untergewichtig. Ungewollter Gewichtsabnahme betrifft ebenso 19,9% der Patienten. Der Einfluss die Krankheitsschwere auf die Nahrungsaufnahme sind 14,4% der Patienten vernehmbar. Bei 64,3%

der Patienten wurde nach dem MUST eine geringe Mangelernährungsrisiko, 9,4% der Patienten hat mittel, und 26,4% der Patienten hat hohes Mangelernährungsrisiko diagnostiziert. Innerhalb der Krankenhäuser hatten die Fachbereiche Gastroenterologie, Onkologie und Pulmonologie die höchsten Anteile an Patienten mit hohem Risiko. Ein Krankenhaus hatten ein Ernährungsteam und in diesem Krankenhaus sind der Ernährungszustand der Patienten viel besser.

Zusammenfassung: In ungarischen Krankenhäusern ist die Prävalenz der Mangelernährung sehr hoch, deshalb sollte jeder Patient bei stationärer Aufnahme gewogen und hinsichtlich eines Mangelernährungsrisikos gescreent werden. Die ernährungstherapeutische Behandlung von Patienten mit Mangelernährung bzw. einem Risiko für eine Mangelernährung muss Teil der medizinischen Therapie sein.

81

LEVELS OF ANTI-DOUBLE-STRAND DNA BUT NOT ANTINUCLEAR ANTIBODIES ARE ASSOCIATED WITH TREATMENT EFFICACY AND ADVERSE OUTCOMES IN IBD PATIENTS TREATED WITH ANTI-TNF

Kiss L.¹, Lovász B.¹, Farkas K.², Végh Z.¹, Molnár T.², Palatka K.³, Papp M.³, Mohás A.¹, Szilágyi B.¹, Fekete S.¹, Mandel M.¹, Golovics P.¹, Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³

Background & Aims: Treatment of Crohn's disease (CD) by infliximab has been associated with the induction of antinuclear (ANA) and anti-double strand DNA (dsDNA) autoantibodies and in some studies the formation of dsDNA antibodies was associated with lupus-like syndromes. The aim of this study was to analyse the relationship between the development ANA and dsDNA antibodies during anti-tumor necrosis factor (TNF) α therapy and adverse outcome in patients with inflammatory bowel diseases. Methods: Data of 105 (96 CD, age at diagnosis: 27.1 years, duration: 8.2 years, males/females 48/57) patients treated with anti-TNFs for at least one-year. Records of a total of 198 one-year treatment cycles were collected and levels of auto antibodies were determined at induction and after one-year treatment periods.

Results: The majority of CD patients had ileocolonic (67.4%) and complicated disease (B2-B3: 72.6%) with perianal lesions (63.2%). Any time ANA or dsDNA positivity was 28.6% and 18%. Elevated level of ANA at induction or during anti-TNF α therapy was not associated with treatment efficacy or development of adverse outcomes. In contrast, treatment efficacy (dsDNA positivity/no/partial response vs. remission: 68.5% vs. 31.5%, $P=0.003$) was inferior and adverse outcomes were more frequent in patients with dsDNA positivity during the anti-TNF α therapy in both univariate analysis and in logistic regression models (OR efficacy: 4.91, 95%CI: 1.15-20.8; OR adverse outcome: 3.81, 95%CI 1.04-13.9). Conclusions: Our data suggest that development of dsDNA during biological therapy may be associated with suboptimal treatment efficacy and adverse outcomes.

82

ASSESSMENT OF QUALITY COLONOSCOPY IN OUR ACADEMIC ENDOSCOPIC UNIT

Koller A.¹, Varga Z.¹, Bittera B.¹, Láng J.¹, László B.¹, Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Sipos F.¹, Székely H.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Herszényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹

Background: Evidences prove that utilization of colonoscopy has increased dramatically in the past few years. Effectiveness and safety of colonoscopy depend on the quality of examination. Growing body of evidence suggests that the quality of colonoscopy varies in clinical practice.

Methods: Colonoscopic data were reviewed from 2347 colonoscopy reports from 2010 performed by 15 endoscopists in our Endoscopic Unit. The cecum intubation and adenoma detection rates, causes of unsuccessful examinations, the rate of complications and the use of anaesthesia were evaluated retrospectively.

Results: The mean cecum intubation rate was 81.8% (range 72-99%). When examinations with poor preparation and previously

unknown stenosis/stricture were excluded, the adjusted cecal intubation rate was 89.14%. When all examinations were evaluated, of the 15 endoscopists four reached an intubation rate over 90%. The main causes of incomplete colonoscopies were the following: poor preparation, previously unknown stenosis/stricture, lack of compliance and previous bowel resection. Ninety percent of detected colorectal adenomas were found in patients older than 50 years. The adenoma detection rates in male and female patients over 50 years of age were 43.55% and 32.46%, respectively. No severe complications (perforation or bleeding) occurred during the investigated period. In 55.2% of examinations conscious sedation was performed by an expert anaesthesiologist, using combination of Pethidine, Midazolam or Propofol.

Conclusions: Our results regarding quality colonoscopy (cecal intubation and adenoma detection rates) are comparable with that of international results. There is clear need for evidence-based quality measures to ensure the quality of colonoscopy.

83

CUSTOMISED NUTRITION THERAPY IN THE TREATMENT OF CROHN'S DISEASE-RELATED MALIGNANT BOWEL DISEASES

Kömives C.¹, Molnár A.³, Varga M.¹, Bíró I.¹, Fejér C.¹, Uhlyarik A.², Szász N.², Banai J.², Sahin P.¹, Topa L.¹, Szent Imre Hospital, the teaching hospital of the Medical School of University of Pécs¹, Honvédkórház, the Military Hospital of the Hungarian Defence Forces², Association of Hungarian Crohn-Colitis Patients³

Introduction: Sarcopenia accompanying a malignant disease and exacerbated by chemotherapy intensifies the side effects and decreases the efficiency of treatment, thereby reducing life expectancy. Case description: We present the nutrition therapy of two young female patients (A and B) receiving chemotherapy for malignant tumours with different localisations (A: small intestine, B: large intestine) developed in connection with Crohn's disease (A: poorly differentiated small intestine neuroendocrine malignoma pT3(m)NxMO; B: colon adenocarcinoma pT3pN3M2, Dukes C2). Beyond chemotherapy, nutrition was complicated by the primary disease and the special conditions caused by preventive resective surgery (A: Type II Short Bowel Syndrome with 70 cm jejunum, with missing caecum and rectosigmoid colon; B: subtotal colectomy with a 16-18 cm rectum stub and a perianal fistula). Using the body mass index, skin-fold thickness measurement, lab results and also bioelectrical impedance analysis a more complex image of the patients' nutrition levels was gained. Enteral diet was optimised. Assessment of body composition enabled us to set up customised and effective enteral and parenteral diets. Results: The undernutrition (BMI A: 15.6-18.9 kg/sq. m.; B: 17.7-18.9 kg/sq. m.), body fat loss (A: 17-21.8 per cent; B: 27.2-21.7 per cent) and sarcopenia (skeletal muscle mass A: 16.9-15.8-19.3 kg; B: 23.8-24.8 kg) observed at the beginning of the nutrition therapy took a turn for the better in both cases despite chemotherapy. To achieve this, in case A supplemental parenteral nutrition in the patient's home was required. For patient B cancer cachexia could be avoided by a repeated adjustment of enteral nutrition. Patient A was freed of tumour as a result of oncological treatment, while with patient B the hope could be maintained for making the liver metastases operable.

Conclusion: By designing and administering a customised nutrition therapy the assessment of body composition is of vital importance. Intestinal failure can be diagnosed and parenteral nutrition commenced only after the failure of the optimised enteral diet. If parenteral nutrition therapy is required it can effectively reduce the sarcopenia caused by the primary disease and chemotherapy. Thereby, apart from the patients' quality of life also their life expectancy can be improved.

84

RETROGRÁD ENTERO-ENTERÁLIS INTUSUSCEPCIÓ. ESET ISMERTETÉS

Koronczi D.¹, Rakonczai E.², Gál S.³, Belgyógyászati Osztály, Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján¹, Belgyógyászati Osztály, Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján², Sebészeti Osztály, Szent Lázár Megyei Kórház Salgótarján³

Bevezetés: Retrográd entero-enterális intususcépció az emésztő rendszer szomszédos szakaszába történő teleszkópos beelsűszása.

Ez a kórkép elsősorban a korai gyermekkor betegsége. (0,5-3 éves kor között a leggyakoribb) Felnőtt korban nagyon ritka. Ekkor az összes bél obstrukció kevesebb mint 1%-at teszi ki. Eset ismertetés: 42 éves férfi beteg hónapok óta húzódó hasi panaszok miatt az utóbbi két hónapban két alkalommal járt belgyógyászati szakrendelésen, majd osztályunkra utalták kivizsgálás céljából. Gasztroszkópos és colonoszkópos vizsgálat során kóros eltérést nem találtunk, hasi UH sigmoidális fal megvastagodást írt le. Hasi CT vékonybél intususcepciót véleményezett. Ezek alapján nyitott hasi műtetre került sor, mely során retrográd ileo-ilealis intususcepciót találtak. Reszekció után a bél folytonosságát egy ülésben end to end anastomózzal oldották meg. A későbbiekben reszekátum szövettani vizsgálatát, vagy egyéb vezető pontot nem talált.

Következtetés: Az eset a felnőtt kori a hasi fájdalomnak egy nagyon ritka okát fedte fel. A panaszok időben elhúzódó jellege, a passagezavar intermettáló fellépése különösen nehezítette a diagnózis felállítását. Továbbá az intususcepció nem típusos (retrográd) iránya, valamint a vezető pont hiánya rendkívül egyedivé teszi az esetet.

85

KIVÉTELESEN RITKA NYELÉSKÉPTELENSÉGEK

Kotsis L.¹, Vadász P.¹, Heiler Z.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Mellkassebészeti¹

A szerzők a Mellkassebészeti Tanszék két évtizedes gyakorlatából, nem szokványos módon, nyeléképtelenség állapotába jutott betegeket emeltek ki. A bemutatásra kerülő 6 eset egyetlen közös nevezője az órák-napok alatt kialakult nyeléképtelenség volt. Fiatal nőbeteg mellkasi fájdalom kíséretében vált nyelés és hányásképtelenné, noha gyomra extrém tágulatot mutatott, ezt a mellkasban kizáródott Bochdaleck típusú rekeszsérve váltotta ki. Súlyosan dysphagiás nőbeteg nyelésfelvétele dysphagia lusoriára emlékeztetett, valójában ezt leiomyoma váltotta ki. Légzési panaszoktól mentes beteg nyelésősvén hajszályni szűkület keletkezett, amit a feltételezett nyeléső tumor helyett főhőrgő adenocarcinoma okozott. Időskori achalasia állt egy napok alatt kialakult nyeléképtelenség mögött. Évekkel korábban tumor miatt pulmonectomisált beteg gyors lefolyású súlyos nyelési zavar jelentkezett. A várható pseudochalasia helyett, valódi, secunder achalasiát találtunk. Neurodystrofiás beteg, cahexiássá majd nyeléképtelenné vált, amit tumor eredetűnek vélték. Helyette, kivételesen ritka, nutcracker típusú motilitási zavar volt kimutatható. Az alaphelyzethez igazodó megoldások sürgős rekeszsérvi műtét, leiomyoma enucleatio, nyeléső intubáció, Heller–Dor típusú illetve transthoracalis hosszú myotomiát öleltek fel és valamennyi eredményesnek bizonyult. Ezekből a sajátos esetekből az a következtetés vonható le, hogy amennyiben a mindennapi gyakorlat csődöt mond, akkor akár rendkívüli dysphagiás állapotok felbukkanása sem kizárja, a rutintól merőben eltérő beavatkozásokat igényelve.

86

OUR INITIAL EXPERIENCES WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND EXAMINATIONS IN DIFFUSE LIVER DISEASES

Kovács A.¹, Patai Á.¹, Dobro N.², Mérő L.², Erzsébet Teaching Hospital 1st. Dept. Of Internal Medicine and Gastroenterology, Sopron, Hungary¹, Western Hungarian University Bolyai Secondary Grammar School, Szombathely, Hungary²

Introduction:

One of the greatest diagnostic challenges in everyday medical practice is to evaluate the extent of liver fibrosis in diffuse liver diseases. Blind – percutaneous – liver biopsy is considered to be today's „gold standard”, which provides invaluable information for the diagnosis and prognosis of the disease and for the selection of treatment strategy. However, blind liver biopsy obtained from the sample is often not representative of the liver as a whole (it only provides valuable information for 1/50.000 part of the liver). Other disadvantages include the heterogeneous distribution of fibrosis, as well as the possibilities of complications and the expenses of the intervention.

The FibroScan test is a recent promising diagnostic technique based on the principle of transient elastography. It allows for the analysis of a tissue sample size of approximately a 100 times larger than the

tissue sample obtained with blind biopsy whilst using a non-invasive technique. However, these tests are of limited availability and are relatively costly and even these tests do not provide valuable information in 2% to 16% of the cases.

Aim: In view of the above, real time tissue elastography performed during endoscopic ultrasound examinations was used as an alternative diagnostic technique to assess whether this method can be used to evaluate the extent of liver fibrosis in diffuse liver disease.

Materials and methods: The examinations were performed using the following devices: Pentax EG-3870UTK linear echoendoscope and Hitachi HI VISON ultrasound.

Results: During our short test period we compared the results of 7 patients receiving treatment for diagnosed liver cirrhosis to the results of normal control.

Conclusions: Based on the limited number of cases involved in our study, our initial results are promising. The spectral analysis data shows a clear correlation between the distribution of the blue color – indicating rigid structures – and the extent of tissue fibrosis. Although the examination itself is minimally invasive, it can be performed in an ambulatory setting, and it is not influenced by constitutional characteristics.

Notwithstanding that a further prospective controlled study would be expedient, we believe the method itself could be appropriate for the quantitative evaluation of the extent of liver fibrosis using minimally invasive techniques.

87

KAPSZULÁS ENDOSZKÓPOS KÖRKÉP; GYŐR 2012

Kovács V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia, Győr¹

Bevezetés: 2011-ben a kijelölt centrumokban, az obstrukciós gastrointestinális vérzés fő indikációval lehetőség nyílt OEP által támogatott vékonybél kapszulás endoszkópia elkezdésére. A vizsgálatok számának növekedésével megfogalmazódott az igény az endoszkópiában már jól ismert kapszulás endoszkópos „hands on training” szervezésére.

Céltűzés: Az endoszkópos képzésben bevált „hands on training” mintájára egy kapszulás endoszkópos képzési rendszer feltételeinek kidolgozása. További cél a nemzetközileg már elfogadott „capsule endoscopy standard terminology” (CEST) alapján a kapszulás endoszkópos vizsgálati leletek értékelésének, leírásának hazai egységesítése. A későbbiekben – az EUS licenc vizsgaprogram mintájára – a kapszulás endoszkópos jártassági vizsga megszervezésének lehetősége is felmerült.

Módszerek és eredmények: Az első hazai kapszulás endoszkópos „hands on training” programra, továbbképzésre 2012. augusztus 31-én került sor Győrben. A training 12 résztvevője (szakorvosok és szakasszisztensek) a kapszulás endoszkópia gyakorlati bemutatása és a CEST alapjainak megismerését követően válogatott eseteket értékelt. A 12 válogatott eset elemzése kapcsán lehetőségük nyílt a kapszulás leletezés gyakorlására, önálló értékelésére.

Összefoglalás: A kapszulás endoszkópos vizsgálatok számának növekedésével indokoltnak látszik a CEST alapján egy egységes hazai leletezési rendszer kidolgozása. Remélhető, hogy a tervek szerint évente megrendezett képzés hozzájárul a kapszulás vizsgálati eredmények egységes kiértékeléséhez. A rendezvény megfelelő fórumot biztosít a kapszulás endoszkópiával ismerkedők és a gastroenterológiai szakképzésben résztvevők ismereteinek bővítéséhez. A tapasztalatok cseréje egymás fejlődésének záloga.

88

THE STRAIN DEPENDENCY OF L-ARGININE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS IN MICE

Kui B.¹, Balla Z.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

Background: Acute pancreatitis (AP) is a sudden inflammation of the pancreas. The pathogenesis of AP is not well understood and it has no specific therapy. To investigate the pathomechanism of AP, we mainly rely on animal models such as L-arginine-induced AP. The use of L-arginine to induce AP in mice is becoming increasingly popular. However, we found high mortality with the originally published dose (2x4 g/kg) of L-arginine in mice. Thus, we aimed to

establish a basic amino acid-induced AP model with a lower mortality rate.

Methods: AP was induced with various intraperitoneal (ip.) doses of L-arginine in FVB/n or C57Bl/6 mice. Control mice were injected with physiological saline. Laboratory (serum amylase and pancreatic myeloperoxidase activities) and histological (necrosis and inflammatory infiltration) parameters were measured to determine AP severity.

Results: Ip. injection of mice with 2x4 g/kg L-arginine resulted in a 82 % mortality rate in FVB/n and 55 % in C57Bl/6 mice, which was independent of the disease. Using 4x2.5 g/kg L-arginine dose, we found significantly lower mortality (33 % in FVB/n and 10 % in C57Bl/6 mice), and similar degree of AP morbidity compared to 2x4 g/kg L-arginine. The pancreatic myeloperoxidase and serum amylase activities and histological parameters were significantly elevated in all L-arginine treated groups compared to control mice.

Conclusions: Different mouse strains show various sensitivities to L-arginine and there is a fine borderline between the effective and lethal dose of L-arginine. All laboratories have to precisely determine the effective dose of L-arginine used for the induction of AP.

89

EFFECTS OF NON-CONJUGATED BILE ACID ON THE ACID-BASE TRANSPORTERS OF THE HUMAN ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS

Laczó 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 Internal Medicine, University of Szeged, Hungary,¹Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary²

Introduction: Barrett's esophagus (BE) is the most severe complication of gastro-esophageal reflux disease (GERD). Exposure of gastric and/or bile acids during reflux episodes play a critical role in the pathogenesis of BE. The acid extruding mechanisms of esophageal epithelial cells (EECs) are not completely understood, although the acid-base transporters may play an important role against these toxic agents. The aim of our study was to investigate the effects of bile acids on human EECs.

Methods: CP-A esophageal epithelial cell line was derived from a region of non-dysplastic metaplasia of BE and grown to confluent monolayers. To monitor changes in intracellular pH (pHi) cells were loaded with the fluorescent dye, BCECF-AM NH4Cl pulse technique and RT-PCR were used to measure the activity and expression of the acid-base transporters.

Results: Chenodeoxycholate (CDC; 0.1 mM, 0.5 mM and 1 mM) caused reversible and dose-dependent decrease in pHi. CDC significantly increased the activity of Na⁺/H⁺ exchanger (NHE) while decreased the activity of Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter (NBC). It had no significant effect on Cl⁻/HCO₃⁻ anion exchanger (AE). Twenty-four hour incubation of CP-A cells with 0.1 mM CDC significantly increased the expression of NHE-2 and decreased the expression of NBC, but had no effect on the expression of AE.

Conclusions: CDC reversibly decreased the pHi and increased the activity and the expression of NHE indicating the activation of the defensive pHi regulating mechanisms on the epithelial cells. The role of the decreased activity and expression of NBC in the development of gastroesophageal reflux related esophageal complications needs further investigation.

90

LOW PREVALENCE OF BARRETT'S ESOPHAGUS AND ESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA OVER A 10-YEAR PERIOD

Láng J.¹, Bittera B.¹, Varga Z.¹, Koller A.¹, László B.¹, Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Sipos F.¹, Székely H.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹

Background: Barrett's esophagus (BE) is prevalent in the Western world, however the majority of patients with BE will never develop esophageal adenocarcinoma (EAC). Few data are available on risk factors for progression to neoplasia. Identifying predictors of high-grade dysplasia (HGD) and EAC would be useful for risk stratification.

Methods: clinical, endoscopic and histologic data were reviewed for patients with a new BE diagnosis between 2002 and 2011. Patients were classified as having specialized intestinal metaplasia, low grade dysplasia (LGD), HGD and EAC. Gender, age, presence of hiatal hernia, segment length of BE and *Helicobacter pylori* (H. pylori) status were evaluated for their association with dysplasia severity and presence of EAC.

Results: Over a 10-year period 26.984 patients underwent upper gastrointestinal endoscopy. Erosive reflux esophagitis (ERD) was diagnosed in 53% (n=14322) of all patients. In all, 358 patients (61% men and 39% women, mean age: 58) were newly diagnosed with BE (1.33% of all patients and 2.5% of ERD patients). Among them 74 patients had LGD (0.52% of ERD and 20.7% of BE patients) and 17 patients HGD/EAC (0.06 of all investigated patients, 0.12% of ERD and 4.7% of BE patients). The presence of hiatal hernia was significantly more frequent in more severe ERD (Los Angeles classification C/D versus A/B, 55% and 37%, respectively, p<0.05). The presence of hiatal hernia (P<0.001), longer Barrett segment length (P<0.001), male gender (P<0.05) and absence of H. pylori infection (P<0.05) were significantly associated with higher pathological grade and presence of EAC.

Conclusions: We demonstrate a low prevalence of BE and EAC over a 10-year period. We confirm that only a minority of BE patients will develop EAC. Presence of hiatal hernia, segment length of Barrett, male gender and H. pylori negative status were strong predictors of risk for development of HGD and EAC.

91

ENDOSZKÓPOS MUKOZEKTÓMIA

Langhammer S.¹, Dr.Vincze Á.², Langhammer Szilvia Pte.I.Belklinika Pécs Endoszkópos Labor¹,Dr.Vincze Áron PTE.I.Belklinika Pécs Endoszkópos Labor²

A titkok feltárásának vágya ősidők óta az emberiség haladásának fő mozgatórugója.Az orvosok azon igénye,hogy a beteg ember testüreibe betekintést nyerjenek már igen ősi óhaj,már a régi időkben is igyekeztek megtekinteni a beteg ember könnyen feltárható testüregeit, a száját,a végbelet és a hüvelyt.

A fiberoszkópok majd később a videóendoszkópok az emésztőtraktus egyre több szakaszának áttekintésére váltak alkalmassá és így egyre több betegség feltárását tették lehetővé.

A kolonoszkópos vizsgálat során a polip a leggyakoribb patológiás eltérés,mely prekancerózus állapotot jelent.A vastagbélrák a harmadik leggyakoribb halál okok között szerepel Magyarországon a tüdő és a mell daganat után,ezért a megelőzésre nagyon nagy hangsúlyt kell fektetnünk.Különböző endoszkópos technikák állnak rendelkezésre a polipok eltávolítására.

-Biopsziás Fogó

-Polypectómia

-Mucosectómia

Az endoszkópos mukoza rezekció egy olyan endoszkópos műtéti módszer,amikor a mukozában és /vagy a submukozában lévő léziókat távolítjuk el.A módszert Tada és munkatársai írták le 1993-ban.Alkalmas a pontos szövettani diagnózis felállítására,így a további teendők meghatározására.

66 éves urémiás férfitbeteg ,véres széklettel jelentkezik a klinika ambulanciáján.Kolonoszkópia során adenomatózus felszínű szélesen elterülő szőnyeg polipot találunk,mely a vérzésforrás is egyben.Tekintettel a beteg fizikai állapotára kérjük a mukozektómia elvégzését.

Az endoszkópos mukozektómia a jövő technikája.A korai rákos megbetegedések eltávolításának legjobb módszere.A szűrővizsgálatok jelentőségének hangsúlyozásával és a különböző endoszkópos technikák használatával végre felvehetjük a harcot ezzel a kegyetlen betegséggel.

92

KRÓNIKUS PANCREATITIS GYERMEKKORBAN – DIAGNOSZTIKUS NEHÉZSÉGEINK

Lásztity N.¹, Pánczki A.¹, Szmola R.², Nagy A.¹, Lőrincz M.¹, Gasztroenterológiai és Nephrológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház¹,SE II.sz Belgyógyászati Klinika²

Krónikus pancreatitis ritka klinikai entitás gyermekkorban, a pontos incidencia és prevalencia nem ismert. Cisztás fibrózis, coeliakia és anyagcsere betegségek mellett gyakoribb kórformák közé tartoznak a

genetikai hajlamosító tényezők vagy anatómiai elváltozások (pancreas divisum, pancreas anulare) következtében kialakuló krónikus pancreatitisek. A betegség diagnosztikájának felállítására a klinikai képen, a pancreas struktúrális károsodásának kimutatásán (képkalkotók – hasi UH, CT, MR cholangiopancreatographia) és gyermekkorban ritkán alkalmazott funkcionális (direkt vagy indirekt) vizsgálatokon alapul. Ritka esetben, a kiváltó okoktól is függően, endoscopos retrográd cholangiopancreatographia és ezzel egyidejű pancreas stent behelyezése is szükségessé válhat. A laboratóriumi és szerológiai vizsgálatok a betegség fennállására utalhatnak, azonban direkt diagnosztikus értékük csekély. Típusos panaszok a súlygyarapodási zavar, hasi fájdalom, haspuffadás, zsírszékelés, malabsorpció utaló hiányállapotok.

A gyakori gyermekkori kezdetet mutató hereditár pancreatitis autoszomalisan domináns családi halmozódást mutat, penetranciája változó. A krónikus pancreatitisekre hajlamosító genetikai eltérések (kationos és anionos tripszinogén kódoló PRSS1 és PRSS2 gének, a serin proteáz inhibitor Kazal típus 1 (SPINK1) gén, a pancreas asszociált chymotripsin C gén és a cisztás fibrózis transzmembrán regulátor (CFTR) gén mutációja) komplex multigénus formában öröklődnek. A betegek egyszere több génben hordozhatnak rizikót képező mutációkat, melyek kombinációja fokozza a betegség kialakulásának veszélyét.

Osztályunkon krónikus pancreatitis miatt gondozott betegeink esetbemutatásán keresztül szeretnénk röviden áttekinteni a gyermekkori krónikus pancreatitis klinikai jellemzőit, diagnosztikus nehézségeinket, a betegség prognózisát. Két esetünk kapcsán a genetikai vizsgálat kimutatta CTSC gének homozigóta polimorfizmusát, egyik esetben ehhez a CFTR gén heterozigóta $\Delta F508$ mutációja is társult. Mindkét gyermek (16 és 11 éves) esetében krónikus pancreatitis alakult ki az ismételt shubok következtében, enzimszubsztitúciót igényelnek. A 16 éves leánynál meszesedő pancreatitis, kőképződés, gyakori shubok miatt köeltávolítás, Wirsungojejunostomia is történt.

A gyermekgyógyászok fontos feladata a korai felismerés és az ismétlődő pancreatitisek, késői szövődmények megelőzése.

93

THE NUTRITIONAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES, IMPAIRMENT AND HANDICAP

Lelovics Z.¹, Vági Z.², Hartmann E.², 1st "Moritz Kaposi" General Hospital, Kaposvár¹, 2nd International Institute of Nutrition Research, Hungary²

Aim of the study: Approximately 780,000 handicapped live in Hungary. In 262 disabled person's home care 16,191 of them. The authors analyzed their nutritional status, nutrition and catering in a representative sample.

Patients, methods: The authors used the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) developed by the Malnutrition Advisory Group (MAG), for the screening of the nutritional status of Hungarian handicapped patients who live in social institutions (n=533, 45.8% male; 54.2% female; mean age 47.9+/-15.8) and used a questionnaire to record data about their nutritional parameters and health status.

Results: On the basis of BMI value 10.9% of the patients are at risk of malnutrition. The rate of weight loss was 5-10% in 11 males and 16 females, more than 10 % weight loss was recorded in 4 males and 2 females (1.6% of males, 0.7% of females). Involuntary weight loss affected 6.1% of males and 6.2% of females. The acute illness could impede for five days or longer the traditional diet (per os) in 11.9% of males and 16.6% of females. The authors considered the criteria of MUST and find small risks of malnutrition in 369 patients (69.2%), medium risks in 47 patients (8.8%) and high risks in 117 patients (22.0%). Overall, the rate of patients at risk of malnutrition was 30.8%.

Conclusions: Handicapped, who live in social homes, have high risk of malnutrition. The fast and simple screening process of MUST have to be taken at time of moving in the social home. By the results—keeps in mind of the degree of disability—nutrition-nutritional therapy should be applied. The role of the dietitian is very important at the institution (who might need a specialized qualification). The nutritional rehabilitation starts with the nutritional screening. By the results, the guidelines of nutrition and if it is necessary a personal diet have to be determined. The last one is a part of the complex rehabilitation of handicapped.

94

25- HYDROXYVITAMIN D LEVELS IN HUNGARIAN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

Lombay B.¹, Szalay F.², Borsod County Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest²

Background: Chronic liver diseases such hepatitis C (CHC) are commonly characterized with low serum levels of 25-hydroxyvitamin D [25(OH)D]. Beneficial effect of vitamin D substitution for the efficacy of antiviral treatment is debated.

Aim: To investigate the relationship between the levels of 25-hydroxyvitamin D and sustained virological response (SVR) in Hungarian CHC patients.

Patients and methods: Data of 110 CHC patients were analyzed. Seventy-seven subjects had pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) therapy previously; twenty-one patients were on-treatment and twelve had no therapy. Gender, age, presence of liver cirrhosis and the results of previous antiviral treatment were considered in our comparison. Normal range of 25(OH)D was 30-100 ng/ml. The levels of 25(OH)D were measured before and during the treatment at random time points after 12 weeks treatment.

Results: The mean level of 25(OH)D expressed in ng/ml was 33.87±11.72 (all patients); 36.59±11.83 (males); 32.06±10.97 (females). There were no differences in mean levels of 25(OH)D among the subgroups of patients: 30.52±12.66 (on-treatment); 30.63±18.89 (without treatment); 33.55±10.29 (with liver cirrhosis); 33.98±12.13 (without liver cirrhosis); 31.23±13.04 (under 40 years); 34.35±11.45 (above 40 years). We detected significant difference in 25(OH)D level between the previously responder (SVR) and non-responder patient groups (27.63±9.96 versus 38.14±11.22; p<0.01). Critically low level of 25(OH)D (<20 ng/ml) was found in 20% (22/110) of the CHC patients.

Conclusions: Our results are in concordance with literature data on low 25-hydroxyvitamin D levels in CHC patients. Factors like age, gender, stage of liver disease and former PEG-IFN and RBV treatment did not influence the values of 25(OH)D. Contrary to earlier published data our CHC subjects with sustained virological response showed significantly lower 25(OH)D values than non-responders. Studies on larger number of patients and with fixed schedule for determination of 25(OH)D are required to identify the significance of our data.

95

RISK OF COLORECTAL CANCER IN CD PATIENTS WITH COLONIC INVOLVEMENT AND STENOSING DISEASE. 1977-2012. RESULTS FROM A POPULATION-BASED STUDY.

Lovasz B.¹, Lakatos L.², Golovics P.¹, David G.², Pandur T.², Erdelyi Z.², Mester G.³, Balogh M.³, Szita I.², Molnar C.⁴, Komaromi E.⁵, Vegh Z.¹, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis University, 1st Department of Medicine, Budapest¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Infectious Diseases, Magyar Imre Hospital, Ajka, Hungary⁴, Department of Gastroenterology Municipal Hospital, Varpalota, Hungary⁵

Background and aims: Since data are limited our aim was to study the risk of colorectal cancer (CRC) in patients Crohn's disease (CD) presenting with stenosing colonic lesions in the population-based, Veszprem province database, which included incident patients diagnosed between January 1, 1977 and December 31, 2008. Methods: The data of 640 incident CD patients were analyzed (m/f: 321/319, age-at-diagnosis: 31.5, SD: 13.9 years). Both hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: CRC was diagnosed in total 6 CD patients (total follow-up: 7759 person-years) during follow-up. 62 patients presented with colonic/ileocolonic disease and a stenotic lesion in the colon. The total follow-up was 702 person-years (mean: 11.3 SD 8.1 years). CRC developed in 6.5%, equalling 0.57 /100 person-years and an increased SIR (6.53, 95%CI: 2.45-17.4) with 4 patients observed and 0.61 expected. In a Kaplan-Meier analysis the probability of developing CRC was 5.5% after 5-years and 7.5% after 10-years of disease duration. In a sensitivity analysis, we included all patients

who presented with colonic/ileocolonic disease and a stenosing colonic lesion at diagnosis or during follow-up (n=91, total follow-up: 1180 person-years, mean: 12.9 SD 8.8 years). The prevalence of cancer was overall 4.4% (0.34/100 person-years). In a Kaplan-Meier analysis the probability of developing CRC was 3.6% and 4.9% after 5- and 10-years of disease duration.

Conclusions: The risk to develop CRC in colonic CD patients presenting with or developing a stenotic lesion in the colon is high already after relatively short disease duration suggesting the need for careful surveillance of these patients.

96

WORK DISABILITY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. PRELIMINARY REPORT FROM TWO REFERRAL CENTERS

Lovasz B.¹, Mandel M.¹, Kiss L.¹, Golovics P.¹, Vegh Z.¹, Farkas K.², Molnar T.², Balint A.², Mohas A.¹, Szilagyi B.¹, Fekete S.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis University, 1st Department of Medicine, Budapest¹, Szeged, 1st Department of Medicine, Szeged²

Background & aims: To compare the work disability (WD) rate in inflammatory bowel disease (IBD) patients, with the WD rate in the background population, and to assess whether clinical or demographic factors are associated with WD.

Methods: Data of 210 (male/female 91/119, CD/UC: 129/81, median age at onset: 24.5 years, duration: 9.5) consecutive patients with at least one-year disease duration were included. WD data were collected by questionnaire. Data on disability pension (DP) in the background population were retrieved from public databases (ONYF). We calculated overall and age-standardised relative risks (RR) for DP. Logistic regression analysis was used to examine predictive factors.

Results: The overall disability rate in this referral population was 37.6% with partial disability in 28.1%. Overall, WD was more prevalent in IBD (RR: 1.79, 95%CI: 1.18-2.72; in Crohn's disease RR: 2.10, 95%CI: 1.31-3.39 and in ulcerative colitis RR: 1.35, 95%CI: 0.62-2.90) compared to the background population. The DP rate increase gradually parallel with the age groups (from 22.2% in the <35-year-olds to 65% in the 50-62-year olds). The RR was highest in patients with an age < 35 years and 35-40-years (RR: 13.9 and 9.1), while patients >50 years had no increased RR. Previous surgery/colectomy (OR: 6.42, 95%CI: 2.37-17.3) and long disease duration (OR: 4.35, 95%CI: 1.43-13.3) but not exposure to steroids, need for azathioprine or biological were associated with an increased risk for DP.

Conclusions: IBD patients are at increased risk for DP as compared with the background population. The youngest patients had the highest risk. Previous surgery was identified as risk factor for DP.

97

SÚLYOS SZEPTIKUS ÁLLAPOTOT OKOZÓ FOURNIER GANGRAENA KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Lukász P.¹, Ecsedy G.¹, Ender F.¹, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház¹

A Fournier gangraena egy ritka, necrotizáló, gyorsan tovaterjedő fasciitis, mely beszűri a genitáliát, a perineumot, majd innen kiindulva felfelé az alhasra és lefelé a combok felé is terjed. Az infectio a subcutan erek thrombosisához vezet, mely gangraenát okoz.

Súlyos, életet veszélyeztető sepsztikus állapot alakulhat ki néhány nap alatt. A betegség halálozási aránya igen magas. Az anamnesis, a klinikai kép, a gyulladt területek képalkotó ábrázolása segítik a kórkép felismerését és a fertőzés lokalizálását.

Az eredményes kezelés feltétele a korai diagnózist követően széles sebészeti feltárás és debridment, célzott antibiotikus kezelés, intenzív terápia. A folyamat progressziója esetén a széklet és vizelet deviációjára is szükség lehet.

Előadásunkban az osztályunkon az elmúlt 5 évben kezelt Fournier gangraenás eseteket, a kezeléssel szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be.

Betegeinknél minden esetben vizelet deviatio történt állandó húgyhólyag katéterrel, 2 eset kivételével minden esetben a széklet deviációját is elvégeztük sigmoidostomia képzésével. A sebészeti feltárás, az antibiotikum és intenzív terápia ellenére súlyos sepsztikus állapot miatt 2 beteget elvesztettünk.

98

PROPHYLACTIC PANCREATIC-STENT PLACEMENT FOR THE PREVENTION OF POST-ERCP PANCREATITIS IN PATIENTS WITH HIGH RISK OF COMPLICATIONS: PROSPECTIVE, MULTICENTER, CONTROLLED STUDY

Madácsy L.¹, Dubravcsik Z.¹, Hritz I.², Szepes A.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, Hungary¹, 1st Department of Internal Medicine, Fejér County Szent-György Hospital, Székesfehérvár, Hungary²

Introduction: Post-ERCP pancreatitis (PEP) is the most common and sometimes life threatening complication of ERCP. Recently, transpapillary placed small caliber prophylactic pancreatic duct (PD) stents has been suggested to prevent PEP. The aim of the present study was to analyze the effectiveness of prophylactic PD stenting on the prevention of PEP in patients with high risk of complications, performed in two Hungarian tertiary endoscopic centers.

Patients and methods: Indications for prophylactic PD stenting were as follows: difficult biliary cannulation; repeated inadvertent PD contrast filling; precut sphincterotomy; pancreatic sphincterotomy; female gender with normal bilirubin, sphincter of Oddi dysfunction, history of PEP. Cumulative risk of PEP (sum of patient and procedure related risk factors) was calculated in all patients. During the last 5 years 237 ERCP patients were considered for prophylactic PD stent placement due to high risk of PEP and small caliber (4-5F) pancreatic stents were successfully placed in 213 cases (90%). The outcome of the study population (PD stent group) was compared to retrospective cohort of 121 patients undergone operative ERCP with similarly high cumulative risk factors but without prophylactic PD stents (control group). PEP was categorized as mild, moderate and severe according to the Cotton classification.

Results: The patients and procedures related as well as the cumulative risk factors of PEP were comparable in the PD stent vs. in the control group without significant differences: 3.21±1.3; 1.52±0.9 and 4.73±1.6 versus 3.74±1.2; 1.68±1.1; and 5.42±1.5. PEP occurred in 14.1% in the PD stent group (30 patients: mild 25; moderate 4; severe 1) versus 30.6% in the control group (37 patients: mild 19; moderate 12; severe 6). The frequency of post-ERCP pancreatitis in the PD stent group was significantly lower than in the control group (P=0.0042; OR: 0.46; 95%CI: 0.2709-0.7831). More importantly the relative risk reduction of PEP was more enhanced on the severe and moderate than on the mild complication categories: OR: 0.0947 and 0.1894 versus 0.7475. **Conclusion:** Prophylactic pancreatic stent placement is a safe and effective technique to prevent post-ERCP pancreatitis. PD stents induced a significant risk reduction of PEP, which was more enhanced in the prevention of moderate and severe complications. Therefore we recommend prophylactic PD stent placement during ERCP to prevent severe PEP in all high risk patients.

99

COELIAKIA ÉS SJÖGREN SZINDRÓMA

Marton R.¹, Juhász M.², Csomó K.³, Bogdán S.¹, Semmelweis Egyetem, Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti és Fogászati Klinika¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika², Semmelweis Egyetem, Orálbiológiai Tanszék³

Bevezetés: a szakirodalomban is vizsgált a coeliakia és a Sjögren-szindróma közötti szoros korreláció. Munkámban egy, a Semmelweis Egyetem Arc-, Állcsont-, Szájsebészeti- és II. Belgyógyászati Klinikáin kezelt coeliakiás és Sjögren-szindrómás beteg kapcsán vizsgáltam az irodalmi adatokat a két betegség kapcsolatáról, illetve a velük előforduló szájüregi tünetekről.

Eredmények: 32 éves férfi jobb oldali fültőmirigy-duzzanattal jelentkezett klinikánkon. Fizikális vizsgálattal jobb oldalon öklönyi, fájdalmas duzzanat volt tapintható a parotisnak megfelelően, melyből tiszta nyál volt préselhető. Az ultrahang vizsgálat a parotist jelentősen megnagyobbodottnak írta le. A CT vizsgálat a jobb oldali parotis cystosus megnagyobbodását megerősítette illetve a bal oldali fültőmirigyben is számtalan pontszerű elmeszesedő, cystosus képletet írt le. Felvetődött az autoimmun eredetű parotitis lehetősége. Immunserológiában az SSA és SSB értékek negatívak voltak, ellenben ANA pozitívitas igazolódott. Próba excísió eredménye lymphoepithelialis laesio volt. A rutin laboreredmények felszívódási zavar gyanúját is felvetették, amely miatt panendoscopia történt. Coeliakia igazolódott. Gúténmentes diéta és steroid terápia

következtében a nyálmirigyduzzanat jelentősen regrediált, majd 3 hónap múlva visszatért. Ekkor az immunszerológia Sjögren syndromát igazolt. 3 évvel később keratoconjunctivitis sicca, minimális xerostomia, kifejezetten emelkedett SSA, emelkedett SSB, ANA pozitivitás volt a vizsgálatok eredménye. Következésképpen tehát elmondhatjuk, hogy a Sjögren-szindróma szájúregi tüneteiért részben felszívódási zavar is felelős lehet, amelynek hátterében gyakran coeliakia áll. A két betegség közötti szoros korreláció a klinikus gyanúját már kezdetben a Sjögren-szindrómára terelheti, ezzel sok vizsgálatot, melyek között invazív is szerepel, elkerülhet.

100

ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENSKÉNT, NEMZETKÖZI CSAPATBAN, AVAGY MIT TANULTUNK, TAPASZTALTUNK

Méhész E.¹, Szvatek A.¹, Kandikó K.¹, Bagi G.¹, Kecskés S.¹, Nagy A.¹, Tiszóczy E.¹, Gyökeres T.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest¹

2012. szeptember közepén munkacsoportunk nemzetközi endoszkópos élőshow-t szervezett. A rendezvényen a hazai szakemberek mellett a világ számos országából érkezettek vettek részt nézőként. A nemzetközi orvos vizsgálók közt amerikai, belga, olasz, osztrák kollégák mellett hazai vezető szakemberekkel dolgoztunk. Az európai asszisztensi csapatban dán, holland, osztrák asszisztensek segédkeztek tapasztalt hazai kollégák mellett. A rendezvény során összesen 36 beavatkozást végeztünk. Minden endoszkópia során egy külföldi mellett egy hazai asszisztens segített. A beavatkozások egy része hagyományos endoszkópia volt, de történt néhány speciális, hazánkban még soha sem, vagy csak elvétve végzett is. Az achalasia endoszkópos megoldása, az ún. PerOralis Endoszkópos Myotomia speciális előkészület igénylő, kevesek által végzett beavatkozás, jelentős eszköz igényrel. Ezzel szemben a Zenker diverticulum endoszkópos myotomiája kevés eszközt igényel, elegáns beavatkozásnak tűnt, amin felbuzdulva, azóta ilyet már magunk is végeztünk. A Barrett nyelőcső korai carcinomájának mucosectomiája nagyon látványos és sikeres volt, magunk is végeztünk azóta korai rák minilooop mucosectomiát nyelőcsőben. Közelről figyelve a nemzetközi asszisztensek munkáját, az jól látható, hogy a rendelkezésre álló akcesszóriumok teljes tárházát ismerik, mivel mindennapi munkájuk során dolgoznak is vele. A bonyolultabb beavatkozások előtt egy „check-lista”-t futnak át, hogy lehetőség szerint mindenre fel legyenek készülve. Másfelől viszont a teamben jóval passzívabbnak tűnnek, mint a hazai kreatív asszisztensek, határozott utasítás nélkül nem cselekszenek, nem adnak ötletet, sokkal inkább végrehajtok. Az endoszkópos élőshow testközel, intenzív tréninget jelentett valamennyiünk számára, emelte önbecsülésünket és azóta talán türelmesebbek is vagyunk egymással munkánk során.

101

PERFORÁLT, FOURNIER GANGRAENÁT OKOZÓ RECTALIS CARCINOMA RADIKÁLIS SEBÉSZI KEZELÉSE, GLUTEALIS MUSCULOCUTAN LEBENY LÁGYRÉSZPÓTLÁSSAL

Merkel K.¹, Baranyai Z.¹, Jósavay J.², Nász H.³, Bálint A.¹, Fővárosi Szent Imre Kórház, Általános Sebészeti Profil¹, Fővárosi Szent Imre Kórház, Plasztikai Sebészeti Profil², Fővárosi Szent Imre Kórház, Képpalkotó Diagnosztikai Osztály³

A Fournier gangraena az anális régió gyorsan progrediáló, necrotizáló fasciitise magas halálozással, irodalmi adatok szerint ez akár 18-40% is lehet. Típusosan az anális régióból kiinduló szövetelhalással járó gyulladás cranial felé a hasfal irányába, illetve az alsó végtagok felé terjed. Az ok 95%-ban bőrgyógyászati, urogenitális vagy gasztrointesztinális fertőzés. Esetünkben a Fournier gangraena kiváltója perforált rectalis carcinoma volt amely ritkaság az irodalomban.

Esetismertetés: Egy 67 éves nőbeteg septicus toxicus állapotban került felvételre típusos Fournier gangraena klinikai képével. Acut kismencedeni CT vizsgálat 7 cm hosszúságú rectum térfoglalást és 49x59x41 mm végbél mögötti tályogot mutatott. Állapot stabilizálást követően sigmoideostomia képzés, széles feltárás és necrectomia történt. A rectum folyamat szövetvettani vizsgálata adenocarcinomát igazolt. Egy hónap általános és lokális kezelés után abdominoperinealis rectum exstirpációt, radicalis hysterectomiát és

részleges hüvely excisiót végeztünk mivel a tumor infiltrálta a levator ani izomzatát, a cervix uterit és a vagina hátsó falát. Az ezt követően kialakult széles gáttáji lágyrészhányi rekonstrukcióját glutens maximus musclocutan lebeny forgatásával végeztük el sikeresen. A sebészi periódust követően betegünk adjuváns radiochemo terápiában részesült.

Megbeszélés: esetünket két okból tartottuk közlésre érdemesnek: egyrészt a rectum tumor okozta Fournier gangraena irodalmi ritkaság, másrészt szomorú tény, hogy hazánkban, ahol a colorectalis rákok okozta halálozási mutatók európai összehasonlításban is kirívóan rosszak, sporadikus próbálkozásokról eltekintve nincsenek szűrő programok. A betegek egyre nagyobb hányadánál a betegség felismerése már előrehaladott stádiumban, gyakran szövődmények felléptekor történik. A 2011. júniusában megfogalmazott

102

PROLONGÁLT CHOLESTATICUS ICTERUS ERCP UTÁN - ESETISMERTETÉS

Mester G.¹, Gróf Esterházy Kórház, Belgyógyászati Osztály, Pápa¹

A prolongált, ismeretlen eredetű ERCP-t követő icterus ritka kórkép, melyet nem is szoktak az ERCP fő szövődményei között felsorolni, a szakirodalomban csak néhány közleményben szerepel. A szerző 65 éves nőbetegük kórtörténetét ismerteti, aki 20 évvel korábban cholecystectomián esett át. Jelenleg obstructio icterus miatt végeztek ERCP-t. A beavatkozás során hosszú parallel cysticus csont és choledocholithiasis igazolódott, endoszkópos sphincterotomiát, kőtörést, majd kőextractiót végeztek. Az ERCP után a beteg icterusa fokozódott, ezért re-ERCP történt, amikor residuális kőfragmentumokat távolítottak el, de a sárgaság tovább fokozódott. A harmadik ERCP során további epeúti obstructio kizárható volt, viszont a beavatkozás után a serum bilirubin szint kritikusan magassá vált. A laboratóriumi tesztek nem utaltak vírusos vagy autoimmun hepatitisre, cholangio-hepatitis is kizárható volt. Urso-desoxycholsav kezelés nem hozott javulást, de metil-prednisolon hatására (24mg/die kezdő dózissal) a serum bilirubin szint gyorsan csökkent, majd hat hét után normalizálódott. A kórkép eredete ismeretlen, a szerző irodalmi adatok alapján ismerteti a lehetséges patomechanizmusokat. A diagnózis alapvetően kizárásos, terápiásan leginkább prednisolon vagy metil-prednisolon ajánlható.

103

NEMZETKÖZI ENDOSZKÓPOS ÉLŐSHOW (ESGE) – HÁZIGAZDA ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS SZEMMEL

Micskó É.¹, Bezsenyi A.¹, Csorba É.¹, Holti A.¹, Toldi M.¹, Vági M.¹, Lippai G.¹, Gyökeres T.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia, Budapest¹

2012. szeptember közepén munkacsoportunk nemzetközi endoszkópos élőshow-t szervezett. A rendezvényen a hazai szakemberek mellett a világ számos országából érkezettek vettek részt. A nemzetközi rendezők munkahelyünk két telephelye közül a miénket találták alkalmasabbnak a workshop lebonyolítására. Számos kihívással kellett szembesülnünk, mivel telephelyünkön gasztroenterológiai fekvőbeteg részleg nincs, ezért endoszkópiánkon többségében rutinvizsgálatok, kevésbé invazív beavatkozások történnek, pl. ERCP-t sem végzünk. A rendezvény előtt közel egy évvel történt előzetes bejárás alkalmával az endoszkópos technikát, felszerelést biztosító szponzorok kívül a nemzetközi asszisztens szervezet képviselője és az európai endoszkópos társaság társrendezője is részt vett. Ennek során jelöltük ki a vizsgálok helyiségeket, terveztük meg azok berendezését, a plusz műszerek, az anesthesia helyét, a szociális helyiségeket, a közvetítés technikai feltételeit. Meg kellett szervezni a betegek épületen belüli mozgását is, hogy a gyors betegcsere megelőzze a „holtidők” kialakulását. A lépcsőről lépcsőre átvett „katonai szigorúságú, didaktikus” forgatókönyv sokat segített a későbbi zökkenőmentes lebonyolításban. A nemzetközi asszisztensi gárda osztrák, dán és holland tagjai két nappal a show előtt érkeztek és részt vettek a megérkező új tornyok, endoszkópok, akcesszóriumok elhelyezésében, a másnapra tervezett beavatkozások előkészítésében. A szponzor(ok) szinte mindent biztosítottak, ami szem szájnak ingere, sajnos csak a workshop idejére. Az élőshow befejezése után sajnos azonnal meg kellett, hogy induljon az átmenetileg felépített ultramodern endoszkópia visszaalakítása korábbi formájába.

Megelégedettséggel vehettük tudomásul a nemzetközi orvos és asszisztens szakértők elismerését a biztosított körülményekért, mely alapját nyújtotta a ami résztvevők érdekeit szolgáló magas szakmai színvonalnak.

104

SHORT-TERM EFFICACY OF ADALIMUMAB IN ULCERATIVE COLITIS: A MULTICENTRE, PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Palatka K.², Lakner L.³, Hegede G.⁴, Szabó A.⁵, Rácz L.⁶, Miheller P.⁶, Lőrinczy K.⁶, Szepes Z.¹, Juhász M.⁶, Tóth Z.⁶, Gábor Z.⁷, Zsigmond F.⁸, Nagy F.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen², County Hospital Vas, Markusovszky Hospital, Szombathely³, Péterfy Sándor Street Hospital-Clinic, Budapest⁴, Petz-Aladár County Teaching Hospital, Győr⁵, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁶, Department of Gastroenterology, Semmelweis Health Centre of Miskolc, Miskolc⁷, Department of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest⁸

Our aim was to assess the clinical benefit and the tolerability of adalimumab, a fully human monoclonal antibody to tumor necrosis factor (TNF), in patients with ulcerative colitis (UC) at different Hungarian centers. **Methods.** Patients with active UC, including those who had lost response or developed intolerance to infliximab, were enrolled in a 52-week uncontrolled trial. Patients were treated with adalimumab of 160 or 80 mg at week 0, 80 or 40 mg at week 2, and 40 mg every other week. Outcome measures included the rate of clinical response and remission at week 12 and 52.

Results: Forty-one patients were enrolled of whom 35 had previously received infliximab. The indication of the switch was loss of efficacy in 20 and allergy in 15 cases. Disease extent was pancolitis in 72% of patients. Concomitant immunosuppression was used in 51%. Partial Mayo score was 6.7 at week 0 and 3.8 at week 12. The rates of clinical response and remission were 84% and 63%, while 2 refractory cases had to be operated on. Eleven patients were treated for 52 weeks, 6 of them were in remission (54%). None of the patients experienced hypersensitivity reactions during the adalimumab treatment.

Discussion. Adalimumab is well tolerated and highly effective option for patients with UC, including those who have previously lost their response to or could not tolerate infliximab.

105

ÚJSZÜLÖTTKORI MÁJENZIM-EMELKEDÉS ICTERUSZAL – DIAGNÓZIS 12 ÉVVEL KÉSŐBB – ESETISMERTETÉS

Molnár J.¹, Horvát-Karajz K.², Szőnyi L.³, Molza Medical Kft.¹, Semmelweis Egyetem II. Belgyógyászati Klinika², Semmelweis Egyetem I. Gyermekgyógyászati Klinika³

Az alfa-1-antitripszin hiány csecsemőkorban májbetegséget, fiatal felnőttkorban tüdőbetegséget okoz és szerepet játszhat immunológiai betegségek kialakulásában. A szerzők egy 13 éves fiúgyermek és családjának kórtörténetét mutatják be. A gyermeket újszülöttkorában kialakuló icterus és emelkedő necrosis enzim aktivitás miatt vizsgálták két intézményben. Az elsőként felmerült epeútatesiát az ultrahang kizárta. A három hét alatt spontán regrediáló icterus és májenzim-emelkedés hátterében intrauterin lezajlott hepatitist valószínűsítették. Később a fiút rossz táplálhatósága, elmaradó súlygyarapodása miatt is vizsgálták. Jelenleg asthma bronchiale miatt pulmonológus gondozza.

Fáradtság, kimerültségérzés, valamint visszatérő infekciók miatt a fiú édesanyjánál végzett részletes kivizsgálás alfa-1-antitripszinhiányt igazolt, PIZZ genotípussal. Ezután két gyermekénél is genotipizálás történt, amely a fent említett fiúgyermeknél PIZZ, lánygyermekénél PIMZ genotípust eredményezett. Az édesapa és nagyapa PIMZ genotípusúak, a család többi vérrokon tagjainak genotipizálása jelenleg folyamatban van.

A fiú panaszmentes, nincs májenzim-eltérése. Betegségének ismerete nagyon fontos, mert a passzív és aktív dohányzás kerülése tüdőbetegségének kialakulását késlelteti. Alapbetegsége miatt a Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinikáján gondozzák.

Az alfa-1-antitripszin hiány egy viszonylag gyakori, de nagymértékben aluldiagnosztizált betegség. A szerzők az esetbemutatással a korai gondozásba vétel fontosságát hangsúlyozzák.

106

THE DIAGNOSTIC ACCURACY OF FECAL CALPROTECTIN IN POUCHITIS

Molnár T.¹, Földesi L.¹, Farkas K.¹, Lázár G.², Tiszlavicz L.³, Szűcs M.⁴, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged², Department of Pathology, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged³, Department of Science and Informatics, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged⁴

Introduction. Total proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis (IPAA) represents the most common surgical procedure for intractable ulcerative colitis (UC), although up to 50% of the patients undergoing surgery will develop pouchitis. The diagnosis of pouchitis requires both pouch endoscopy and biopsy. Searching for non invasive markers which correlate with the degree of the mucosal inflammation is becoming more and more important. The aim of our prospective study was to compare fecal calprotectin in patients with and without pouchitis assessed by clinical, endoscopic and histological scores and to evaluate the diagnostic accuracy of fecal calprotectin in pouchitis.

Patients and methods. Stool and blood samples were collected in 27 IPAA patients (female/male ratio: 16/11; mean age at UC diagnosis: 40,5 years; mean age at operation: 35,7 years, mean time since pouch formation: 50 months) before control endoscopy. Pouchoscopy was performed to evaluate the macroscopic inflammation of the pouch. Biopsies from the reservoir were taken for histology. Pouchitis was defined as Pouchitis Disease Activity Index (PDAI) > 4 points. The presence of cuffitis was evaluated by endoscopy. Calprotectin were quantified by use of enzyme-linked immunosorbent assay. Results. Pouchitis was detected in 30% of the patients. The median PDAI was 1.5. Cuffitis was presented in 8 cases. Fecal calprotectin was significantly higher in patients with vs. without pouchitis (560 vs. 82, p=0.01), but not with cuffitis. The cut-off value for fecal calprotectin in the diagnosis of pouchitis revealed to be 182 µg/g with a sensitivity of 99.9% and a specificity of 69.2%.

Discussion. Fecal calprotectin proved to be a reliable marker for the determination of pouch inflammation which may be helpful in the diagnosis of pouchitis and in the differentiation between pouchitis and cuffitis.

107

FREQUENCY AND OUTCOME OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE RECEIVING INFLIXIMAB IN OUR TERTIARY CENTER

Molnár T.¹, Farkas K.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹

Introduction. The increasing use of biological therapy may be responsible for the increasing risk of tuberculosis (TB) infection in inflammatory bowel disease (IBD). The aim of our retrospective study was to determine the frequency and outcome of TB infection in our IBD patients receiving infliximab.

Patients and methods. Using our database we assessed the data of IBD patients who has been receiving infliximab in the past 10 years in our tertiary centre to select those with TB infection. Before infliximab administration all patients were screened to exclude active TB with chest x-ray, physician examination and with the history of TB infection.

Results. Active pulmonary TB was diagnosed in 3 of 237 patients (2 with ulcerative colitis, one with Crohn's disease, mean age at the diagnosis of TB: 39 years) treated with infliximab (1.3% of patients, 0.84/100 patient-years). One of the patients developed relapse of previous TB. Every patient developed TB after the third infliximab infusion. Two received concomitant thiopurine, one concomitant prednisolone therapy at the time of infliximab therapy. Specific anti tuberculosis therapy (rifampicin+isoniazid+pyrazinamide+ethambutol) was administered with good response. At the present every patient is in clinical remission, although one of

them underwent an ileostomy operation due to severe perianal fistulosis.

Discussion. The acceptable frequency of TB infections is less than 1/100 patients in IBD during anti-TNF therapy using adequate screening procedures. In our tertiary center the frequency of TB infections is within an acceptable range, although it might be further decreased by using special methods, etc. Quantiferon test in questionable cases. The response to anti tuberculosis therapy in anti-TNF induced TB infection was good.

108

PEG IMPLANTÁCIÓ PHARYNGOCUTAN FISTULÁN KERESZTÜL

Molnár T.¹, Tóthné Lestár A.¹, Horváth L.¹, Keresztesi M.², Vida I.², Rüll M.², Izbéki F.¹, Fejér megyei Szent György Kórház I. Belgyógyászat Endoszkópia Székesfehérvár¹, Fejér Megyei Szent György Kórház Fül-Orr-Gégészeti Székesfehérvár²

Bevezetés: A táplálhatóság a laryngectomián átesett betegek műtéti morbiditásának és hosszú távú túlélésének meghatározó szempontja. Totál laryngectomia után a korai, vagy ritkábban a késői post operatív szakban a pharyngs és a nyak bőre, esetleg a tracheostoma nyílása között létrejövő pharyngocutan fistula az egyik leggyakoribb – nem fatális – súlyos szövődmény, amely lehetetlenné teszi a beteg száján át történő táplálását. A nasogastricus szondán át történő hosszú távú táplálás számos szövődménnyel jár, valamint akadályozza a fistula zárását is. A percutan endoscopos gastrostoma (PEG) a fej-nyak területi daganatos betegek táplálhatóságának egyik módja. Előfordul, hogy a postoperatív irradiáció, vagy a tumor kiújulása következtében beszűkült pharyngealis térben az endoszkóp levezetése nem lehetséges. Pharyngocutan fistula esetében ez a helyzet gyakrabban fordul elő. Az előadás célja annak bemutatása, hogy ezekben az esetekben a fistulán keresztül is elvégezhető a PEG endoszkópos behelyezése.

Betegek és módszerek: 2012 második felében 3 alkalommal végeztünk PEG implantációt pharyngocutan fistulán keresztül. Betegeink mindegyike tumor miatt radikális műtéten esett át és postoperatív radiochemoterápiában részesült. A PEG behelyezését – mindhárom esetben – gégeműtőben végeztük, intubációs narkózisban.

Következtetés: A pharyngocutan fistulán keresztül elvégzett beavatkozás technikailag kivitelezhető volt, a betegek akadálytalanul táplálhatók. Szövődményt nem észleltünk. Véleményünk szerint a PEG implantáció biztonságosan elvégezhető a radikális gégeműtét után kialakult pharyngocutan fistulán keresztül.

109

AKTIVITÁSI INDEXEK ÉS LABORVIZSGÁLATOK JELENTŐSÉGE A HAZAI GYERMEK IBD REGISZTER ALAPJÁN (HUPIR)

Müller K.¹, Magyar Gyermek IBD regiszter résztvevői^{1,2}, Veres G.¹, I. sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem^{1,2}

Célkitűzés: A gyulladásos bélbetegségek (IBD) követésében a laborvizsgálatok mellett az aktivitási indexek jelentős segítséget nyújtanak (PCDAI, PUCAI). A hazai gyermek IBD regiszter adatai alapján elemeztük a kezdeti és az egy éves kontrollnál tapasztalt aktivitási indexek, valamint a kezdeti CRP jelentőségét.

Módszer: A hazai gyermek IBD regiszter működésében 27 gyermek gastroenterológiai központ vesz részt. Minden 18 év alatti újonnan diagnosztizált beteget regisztrálunk. Rögzítjük a gyermekek demográfiai adatait, a kezdeti lokalizációt, aktivitást, terápiát. Továbbá évente követést végzünk.

Eredmények: 2008. január 1. és 2010. december 31. között 421 beteget regisztráltunk, 266 Crohn-beteget (CD), 124 colitis ulcerosást (CU), 31 IBD-U-t. Diagnóziskor az aktivitási indexek átlaga CD-ben 32,1 (SD±15,2) és CU-ban 38,7 (SD±18,2) volt. A 266 Crohn-beteg közül 124-nél (47%), a 124 colitis ulcerosás közül 69-nél (57%) volt súlyos az aktivitás (PCDAI, PUCAI>30). Az életkor, a családi halmozódás nem befolyásolta a kezdeti aktivitás indexeket sem CD-ben, sem CU-ban. A lokalizáció és a kezdeti aktivitás között nem találtunk összefüggést.

Az egy éves kontrollnál a CD-s gyermekeknél a súlyos aktivitás 2%-ra, a CU-soknál 6%-ra csökkent. A diagnóziskor az aktivitási indexek és a szteroid igény között pozitív korrelációt találtunk mind CD-ben, (r=0.443, p<0.001), mind CU-ban (r=0.319, p<0.001). Hasonlóképpen a kezdeti PCDAI és az azathioprine kezdeti

alkalmazása is összefüggést mutatott (r=0.205, p=0.001). A kezdeti laborvizsgálatok közül az emelkedett CRP (10mg/L felett) mind CD-ben, mind CU-ban összefüggést mutatott az egy éves kontrollnál az AZA iránti igénnyel. Ugyanakkor az első év során történt sebészeti beavatkozások és IFX iránti igény nem mutatott összefüggést a kezdeti aktivitási indexszel.

Megbeszélés: A gyulladásos bélbetegségek kezelésében az aktivitási indexek elsősorban aktuális állapot megítélésére szolgálnak. A rövid távú prognózis szempontjából egyedül az AZA iránti igénnyel mutattak összefüggést. A kezdeti CRP hasonlóképpen az AZA iránti igénnyel mutatott korrelációt.

110

PREVENTIVE INTRAVENOUS ADMINISTRATION OF FREE-CIRCULATING DNA OF COLITIC ORIGIN IN DSS-COLITIC MICE

Műzes G.¹, Sipos F.¹, Fűri I.¹, Wichmann B.¹, Spisák S.², Germann T.³, Constantinovits M.³, Nagy Z.¹, Valcz G.¹, Kalmár A.¹, Krenács T.⁴, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background and aims: Inflammatory bowel diseases (IBD) are characterized by aberrant innate and adaptive immune responses to commensal bacteria. The presence of free-circulating DNA (fcDNA) sequences in the serum is an established phenomenon in IBD. A close correlation between the quantity of fcDNA and the course or prognosis of several pathologic conditions has already been described. Diagnostic, prognostic, and therapy monitoring roles of fcDNA in regards to chronic colonic disorders have also been examined, however, its biological function still remains unclear. The colitis preventive immunobiological effects of isolated, intravenously administered fcDNA of normal and colitic origin were assayed in both a murine model of DSS-colitis and in control mice.

Methods: DSS-colitis was induced 5 days after intravenous fcDNA administration in C57Bl/6 mice. After disease- and histological activity evaluations, the changes in Toll-like receptor 9 signaling and the pro- and anti-inflammatory cytokine profile were assayed in isolated immune cells of the lamina propria by real-time quantitative PCR array cards.

Results: Intravenously administered colitis-derived fcDNA has a more prominent preventive effect on the clinical and histological severity of DSS-induced colitis in mice than fcDNA of normal origin. The systemic administration of colitis-derived fcDNA alters TLR9-related signaling, the pro-inflammatory and the anti-inflammatory cytokine profile in a favorable manner.

Conclusions: Our study unveiled a novel function of intravenously administered fcDNA in DSS-colitic mice. Preventive intravenous administration of fcDNA appears to be a promising novel approach to the treatment modalities of colitis.

111

B-CELL NON-HODGKIN LYMPHOMA (B-NHL) IN PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C. A REPORT OF 5 CASES

Nagy I.¹, Pálvolgyi A.¹, Modok S.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, University of Szeged, Hungary²

Background. Chronic hepatitis C virus (HCV) infection is well known as a cause of hepatocellular carcinoma, while B-NHL as the second-most-common malignancy related to this infection is less appreciated. B-NHL in chronic hepatitis C frequently, but not exclusively, develops in pts with cryoglobulinaemia, another haematological extrahepatic manifestation of HCV infection. We report here on 5 cases of B-NHL found in pts with chronic hepatitis C.

Patients. Since 1993, B-NHL has been diagnosed in 5 HCV-infected pts (1 man and 4 women; age: 55 to 63 ys) treated and followed up in the Regional Hepatology Centre in Szeged. In 4 cases, the recognition of chronic HCV infection preceded the diagnosis B-NHL; 2 of them had unsuccessful previous antiviral treatment. Cryoglobulinaemia was present in 3 pts, one of them with

membranoproliferative glomerulonephritis and chronic renal failure. The type of B-NHL was aggressive diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) in 2 cases, nodal marginal zone lymphoma in 1, and indolent B-cell lymphoma diagnosed from a bone-marrow biopsy in 2 cases.

Outcomes. Because of the progression of their haematologic disease, all 5 pts required chemotherapeutic treatment; 3 of them are currently in haematologic remission, while 2 courses of chemotherapy are ongoing. In one woman with marginal zone lymphoma, unsuccessful antiviral treatment was followed by chemotherapy because of the lymphoma progression. After successful completion of the chemotherapy, a second course of anti-HCV treatment with peginterferon plus ribavirin resulted in a sustained virological response; she is now free from HCV and in complete haematological remission.

Conclusions. Besides other, better recognized HCV-related pathologies, B-NHL should also be borne in mind in the work-up and follow-up of HCV-infected patients. Chemotherapy and antiviral treatment can induce durable remission; thus, collaboration between hepatologists and haematologists is essential to optimize outcome in HCV-associated lymphomas.

112

ÚJ LEHETŐSÉGEK A CLOSTRIDIUM DIFFICILE OKOZTA FERTŐZÉSEK KEZELÉSÉBEN, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A SZÉKLETTRANSZPLANTÁCIÓRA

Nagy G.³, Várvolgyi C.¹, Balogh Z.¹, Orosi P.², Paragh G.¹, Belgyógyászati Intézet, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen¹, Kórházhygiéne és Infekciókontroll Tanszék, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen², Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc³

Enterális patogének okozta súlyos fertőzések felbukkanása végigkíséri az orvostudomány történetét. Az ilyen megbetegedések mortalitását infekció kontroll intézkedésekkel, a szupportív kezelési lehetőségek bővülésével, valamint az antibiotikumok megjelenésével vissza lehetett szorítani. Ez utóbbi arzenál azonban kétélű fegyver is lehet, amit példáz az antimikrobás szerek bevezetésével párhuzamosan, az antibiotikus éra előtt ismeretlen, enterális Clostridium difficile (CDiff) fertőzések új klinikai entitásként történő megjelenése az 1950-es években. Mintegy fél évszázadon keresztül ritkaságként tartottuk számon a CDiff okozta hasmenéses megbetegedéseket. Ebben az időszakban a CDiff fertőzések többnyire az antibiotikum elhagyásával spontán gyógyultak, de ha kellett is antimikrobás kemothéria, az általában hatékony volt. A hazai klinikusok tehát ritkán szembesültek CDiff fertőzött betegek kezelésével. Az utóbbi évtizedben ez a helyzet megváltozott. Kezdetben a nyugati országokban, majd pedig az elmúlt egy-két évben már hazánkban is drasztikus növekedést mutat a CDiff infekciók előfordulása. Nemcsak a fertőzés incidenciája növekszik, hanem gyökeresen változik annak klinikuma is epidémiászerű halmozódással, új célpopulációk megbetegítésével, valamint megdöbbentő mortalitási mutatókkal, terápia refrakteritással és recidiva aránnyal. Ezek a körülmények világsszerte alternatív, a jelenleginél hatékonyabb kezelési stratégiák kidolgozására sarkallják a kutatókat és klinikusokat.

Ilyen új fegyver például a szűk-spektrumú Clostridium-ellenes antibiotikum, a fidaxomicin vagy elkeseredett akut helyzetekre a sebészi ún. diverziós kacs („loop”) ileostoma. Ezen alternatív eljárások között kiemelkedő sikerrátája és költséghatékonyasága miatt előkelő helyet foglal el a széklettranszplantáció, más néven faecalis bacteriotherápia, így jogos elvárás, hogy ez a módszer mielőbb kerüljön fel a hazai terápiás palettára. Jelen előadásban röviden bemutatjuk az Intézetünkben a rendelkezésre álló irodalmi adatok és a klinikai racionalitás alapján kidolgozott és már sikeresen alkalmazott széklettranszplantációs protokollt. A későbbiekben a hazai szakmai szervezetek és szakértők véleménye, valamint az időközben napvilágot látó újabb adatok alapján egy hivatalosan is elfogadott hazai módszertani ajánlás elkészítése lesz szükséges.

113

CHARACTERISTIC MIRNA ALTERATIONS IN ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

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

Background: Many previous studies have revealed abundant knowledge about background of dysregulation in growing, differentiation processes of the tumour cells caused by the alteration of miRNA expression. Recent studies described the changes of the miRNA expression in precancerous lesions and in colorectal cancer. miRNA remain stable in formalin-fixed, paraffin-embedded (FFPE) tissue samples and can be easily isolated. Furthermore their expression pattern can be characteristic to various pathological stages that make them ideal biomarker candidates.

Aims: Our primary aim was to identify the miRNA expression alterations between normal colonic tissue (N), tubulovillous adenoma (AD) and colorectal cancer (CRC) FFPE samples. Our further aim was to find characteristic miRNA patterns to discriminate between the three clinical groups.

Methods: miRNA were isolated using High Pure miRNA Isolation Kit (Roche) after deparaffinization of FFPE sections from human normal adjacent to tumor (n=3), tubulovillous adenoma (n=3) and colorectal adenocarcinoma (n=3) FFPE samples. To determine the miRNA expression patterns quantitative PCR Human Panel I-II (Exiqon) method detecting 752 human miRNA was performed after reverse transcription.

Results: Different miRNA expressions could be detected in N, AD and CRC samples. Out of the 752 analyzed miRNA, 256 miRNA showed significant (p<0,05) differences in the comparison of N vs. AD, furthermore most of them (n=251) were found to be upregulated in AD samples. 40 miRNA showed expression alteration between N vs. CRC cases, most of them were downregulated. We found 244 miRNA expression alterations in AD in comparison to CRC samples, moreover 242 miRNA were overexpressed in AD.

Conclusion: According to our preliminary results, miRNA expression patterns could be determined among the three analysed stages and after further validation with increased sample number, groups of selected miRNA can be suitable for diagnostic classification of pre-cancerous and cancerous lesions.

114

THE ROLE OF MRI IN THE DIAGNOSIS AND FOLLOW-UP FOR CYSTIC PANCREATIC LAESIONS

Naszáros G.¹, Tarpay Á.², Burai M.², Pap Á.², Gődény M.³, National Institute of Oncology, Budapest, Department of Radiology¹, National Institute of Oncology, Budapest, Department of Gastroenterology², Department of Postgraduate and Scientific Research of the University of Medicine, Tirgu Mures, Romania³

Introduction: With the widespread use of cross-sectional imaging and the technical developments particularly computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI), and the continuous improvement in the image quality of these techniques, the diagnosis of incidental pancreatic cysts has increased in the last decades. These techniques have allowed improved spatial and contrast resolution especially. MR cholangiopancreatography demonstrating the morphologic features of the cyst (septa and mural nodules), the presence of communication between the cystic lesion and the pancreatic duct, and evaluating the extent of pancreatic ductal dilatation. The cystic lesions includes non-neoplastic lesions (i.e. pseudocyst) and cystic neoplasms [serous cystadenomas(SCA), mucinous cystic neoplasms and intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMN)]. Mucin-producing neoplasms, except side branch IPMN(Sb-IPMN), have malignant potential.

Materials and Methods: During two years eight patients with serous cystadenoma (pps: 5), or with side-branch IPMN (pps: 3) were examined. Male to female ratio 1:1, mean age: 70 years (61-77). All patients were diagnosed by ultrasound, ERCP, CT and MRCP, and followed by ultrasound and MRCP.

Results: US was able to demonstrate the internal architecture in these cysts, however, the presence of air in overlying bowel limited the utility of this technique transabdominally. The CT protocol of the

pancreas with multiplanar and curved reconstructions seems to be recommended for the presurgical evaluation of pancreatic cysts, similar to patients with pancreatic adenocarcinoma, and offers accurate information about tumor staging and vascular anatomy. MRCP was superior to MDCT for demonstrating the communication between the main pancreatic duct (MPD) IPMN and a branch duct. According to literature (Sendai criteria) the presence of clinical symptoms, mural nodules, the diameter of the lesion > 3 cm are indicative of malignancy in a branch and mixed type IPMN, but we have not observed such a development in this short period.

Conclusion: Follow-up of Sb-IPMN and SCA every six months by US, and 1-2 years by MRCP is a feasible strategy. In these cases, the consideration of surgical techniques, as partial resection of the pancreas is a preferred strategy instead of the long term follow-up. The Sendai criteria are useful for indication of surgery in due time.

115

ACUTE LIVER FAILURE IN HUNGARIAN WILSON DISEASE PATIENTS

Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Horváth E.¹, Korpor A.¹, Schuller J.², Tamási P.³, Kóbori L.⁴, Fazakas J.⁴, Nemes B.⁴, Gerlei Z.⁴, Görög D.⁴, Fehérvári L.⁴, Langer R.⁴, Szathmári M.¹, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest¹, United Saint Stephen and Saint Laszlo Hospital, Budapest², Péterfy Sándor Hospital, Budapest³, Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University, Budapest⁴

Background and Aims: Acute liver failure (ALF) is a rare form of Wilson disease (WD) developing mostly in young female patients. Use of chelating agents and supportive therapies including MARS (Molecular Adsorbent Recirculating System) in time may result in a remission in some cases making liver transplantation unnecessary.

Patients and Methods: We analyzed data of 205 Wilson patients registered in the database of the 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University. We studied retrospectively the clinical data of 24 patients with acute liver failure. The diagnosis of WD was based on the international scoring system. The ALF patients were hospitalized mostly in the Saint Laszlo Hospital, the 1st Department of Internal Medicine and the Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University. The ALF diagnosis corresponded to King's College criteria.

Results: 12% (24/205) of the patients had acute liver failure as first manifestation of WD. F/M=20/4, the mean age was 18 years. Nine patients died before liver transplantation. Three out of eight transplanted patients died (1 of acute rejection, 1 of chronic rejection and 1 of sepsis). Seven patients survived without transplantation. One of them had MARS treatment as bridging therapy. The de Ritis quotient (AST/ALT ratio) was significantly higher, the alkaline phosphatase level was significantly lower than in non-ALF WD patients ($p < 0.001$). 18 out of 24 ALF patients had Coombs-negative haemolysis. The H1069Q mutation was less frequent in patients with acute liver failure. Remarkably, most of the female patients developed ALF within four years after menarche.

Conclusion: Corresponding with international data 12% of Hungarian Wilson patients had acute liver failure as the first manifestation of the disease. If ALF develops in a young adult the diagnosis of Wilson disease should be proposed. Although in many acute liver failure patients liver transplantation is the only life-saving method, in some cases the transplantation can be avoided by quick diagnosis and by early use of chelating drugs or bridging by MARS treatment.

116

GYÓGYSZER ÁLTAL OKOZOTT, SÚLYOS FOKÚ CHOLESTASIS KÍSÉRT MÁJLAESIO. KÉT GYÓGYULT BETEG ESETE

Németh D.¹, Tessényi I.², Schaff Z.³, Jozilan H.¹, Szalay F.¹, Szathmári M.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika¹, Budapest XII ker. Kiss János altábornagy utcai Háziorvosi Rendelő², Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet³

Bevezetés: A gyógyszer által indukált májbetegségek skálája igen széles. Ha a hepatocelluláris károsodáshoz icterus társul, akkor a prognózis igen rossz lehet. Több mint ezer gyógyszerről ismert, hogy arra érzékeny egyénekben májkárosodást okozhat. Két gyógyult

beteg esetét ismertetjük, akikben a gyógyszer által okozott májlaesio és súlyos fokú sárgaság több hónap után spontán szűnt meg.

Esetismertetések: K.T. 71 éves férfibeteg két évvel korábban malignus húgyhólyagbetegség miatt sikeres transzurethralis műtéten és kemoterápiás kezelésen esett át. Húgyúti infekció miatt amoxicillin-klavulánsav kezelést kapott. A kezelés megkezdése után két héttel egyre mélyülő sárgaság, általános gyengeség és jobb bordaív alatti fájdalom jelentkezett. A dominálónan direkt hyperbilirubinaemia 700 $\mu\text{mol/l}$ -ig fokozódott, a transzamináz értékek meghaladták a 100 U/L-t. Májbetegséget kiváltó egyéb okot kizárva, az eltérést gyógyszer okozta károsodás következményének lehetett tartani. Az eltérések 5 hónap alatt fokozatosan megszűntek. Szteroid vagy egyéb gyógyszer adására nem volt szükség.

A.K. 32 éves férfibeteg egyre mélyülő sárgaság, hypocholiás széklet, sötét vizelet és bőrvizketés miatt fordult orvoshoz. A szérumbilirubin szint maximuma 480 $\mu\text{mol/L}$, a direkt bilirubin aránya 81% volt. A transzamináz értékek kisebb mértékben emelkedtek (GOT:133 U/L, GPT:173 U/L). A magas ALP (1092 U/L) jelezte a cholestasist, a GGT emelkedés viszonylag kisebb mértékű (83 U/L) volt. Extrahepatikus epelfolyási akadályt, gócos májteltést, vírus-, autoimmun-, réz- és vasanyagcsere-zavart, vagy egyéb okokat ki lehetett zárni. A beteg rákérdezésre elmondta, hogy teljesítményfokozó szerként anabolikus szteroid (Danasol) tablettákat szedett. A májbíopsziás vizsgálat gyógyszer által indukált májbetegsége utalt. A panaszok és tünetek 4 hónap után spontán szűntek meg.

Következtetés: Minden tisztázatlan eredetű májbetegség esetén gondolni kell gyógyszer- vagy egyéb toxikus hatás következményére. Mind a két ismertetett esetben idioszinkráziás májkárosodásról volt szó.

Az első eset további érdekessége, hogy 6 évvel korábban porphyria cutanea tarda tünetei jelentkeztek, amit laboratóriumi vizsgálatok bizonyítottak, és ami metabolikus genetikai háttérre utal. A gyógyszer elhagyása után sokszor csak hosszú hónapok múltán lesznek normálisak a májadatak. A magas bilirubin érték önmagában nem ok szteroid adására.

117

EGÉR TRIPSZINOGÉNEK BIOKÉMIAI JELLEMZÉSE

Németh B.¹, Sahin-Tóth M.¹, Boston University Medical Campus, Department of Molecular and Cell Biology, Boston MA, USA¹

Bevezetés: A humán kationos tripszinogén korai, hasnyálmirigyen belüli, gyors autoaktivációja alapvető szerepet játszik a krónikus pankreatitisz patogenezisében. A tripszinogének autoaktivációját a kimotripszin C szabályozza: kezdetben az autoaktiváció fokozódik, majd a degradáció miatt a tripszinogén nem képes további aktiválódásra. Örökletes hasnyálmirigy-gyulladásához vezet, ha valamely tripszinogén vagy kimotripszin C mutáció következtében az autoaktiváció gyorsul vagy a degradáció mechanizmusa károsodik (<http://www.pancreasgenetics.org/>). Az emésztőenzimek in vivo működésének tanulmányozására eddig főleg egeret használtak, azonban arról eddig nem volt tudásunk, hogyan működnek az egér hasnyálmirigyében termelődő emésztőenzimek. Célkritizés: az egérben termelődő tripszinogén izoformák azonosítása, autoaktivációjuk, valamint kimotripszin C-vel való kölcsönhatásuk tanulmányozása, tulajdonságaik összehasonlítása a humán kationos tripszinogénnel. Módszerek: affinitás és ioncserélő kromatográfiát használtunk az egér tripszinogén izoformák pancreasból történő izolálására. A különféle izoformák azonosítása N-terminus szekvenálással és tömegspektrometriával történt. A tripszinogén aktivációját spektrofotométerrel követtük. A strukturális vizsgálatokat SDS poliakrilamid gélelektroforézissel végeztük. Eredmények: 4 különféle tripszinogén izoformát azonosítottunk az egér hasnyálmirigyből: T7, T8, T9 és T20. Mindegyik egér izoforma aktivációja során lényegesen alacsonyabb maximális aktivitást ér el a humán kationos tripszinogénhez képest. A kimotripszin C a T8 és T9 izoformák autoaktivációját teljes mértékben gátolja. A T20 nem képes autoaktivációra. Következtetések: az egér hasnyálmirigyében termelődő tripszinogén izoformák autoaktivációjának szabályozása az emberi tripszinogénhez képest eltérő mechanizmusokon alapul. Mutációk azonosítása, melyek meggyorsítják az egér tripszinogének autoaktivációját, alapul szolgálhat olyan transzgenikus egerek előállítására, melyek örökletes hasnyálmirigy-gyulladásban szenvednek, így kitűnő kísérletes modellként szolgálhatnak a betegség kóreltánának vizsgálatában.

AZ INTERLEUKIN-24 (IL-24) SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN (IBD)

Ónody A.¹, Sziksz E.², Himer L.², Pap D.¹, Szebeni B.², Bernáth M.¹, Veres-Székely A.¹, Kovács K.¹, Molnár K.¹, Ruzinkó V.³, Veres G.¹, Arató A.¹, Tulassay T.¹, Vannay Á.², I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Budapest², Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr³

Bevezetés és célkitűzés: Az IBD pathomechanizmusa nem teljes mértékben tisztázott, az alkalmazott konzervatív kezelési lehetőségek - beleértve a biológiai terápiát - nem nyújtanak hosszú távú megoldást. Nemrégiben megjelent tanulmányok szerint az interleukin-10 (IL-10) családba tartozó citokineknek szerepük lehet IBD-ben. Az IL-24 az említett citokincsalád tagjaként részt vehet az IBD-re jellemző krónikus gyulladás és fibrózis szabályozásában. Elsőként megvizsgáljuk az IL-24 és receptorának (IL-20RB) expresszióját, lokalizációját Crohn-betegségben (CD) és colitis ulcerosa-ban (UC) szenvedő gyermekek nyálkahártyájában. Továbbá célunk azonosítani azokat a jelátviteli útvonalakat, melyek befolyásolhatják az IBD-ben gyakran kialakuló fibrózist.

Anyagok és módszerek: Colon biopsziás mintákat gyűjtöttünk 17 CD-ben, 12 UC-ban szenvedő és 20 kontroll gyermektől. Az IL-24, , vértelmezke eredetű növekedési factor (PDGF)-BB mRNS expressziót real time RT-PCR segítségével, míg a szöveti lokalizációt immunfluoreszcens festéssel határoztuk meg. In vitro kísérleteinket HT-29 colon epithel sejtvonalon végeztük. A sejteket rekombináns IL-24-gyel, ERK1/2 és JNK1/2 specifikus inhibitorokkal kezeltük, majd áramlási citometriás eljárással mértük a sejtek tumor növekedési faktor (TGF)- β és PDGF-BB termelését.

Eredmények: Az IL-24 mRNS expressziója szignifikánsan fokozódott az IBD-s gyermekek gyulladásban lévő nyálkahártyájában a kontroll csoporthoz képest ($p < 0,05$). Az IL-24, IL-20RB és a PDGF-BB az intestinális epithel sejtekben és a subepithelialis myofibroblastokban lokalizálódott. IL-24 kezelés hatására HT-29 sejtekben a PDGF-BB, TGF- β pozitív sejtek száma és intenzitása nőtt valamint az ERK1/2, JNK1/2 foszforilációja fokozódott a. ERK1/2 és JNK1/2 specifikus inhibitor kezelés hatására a PDGF-BB és TGF- β pozitivitás és intenzitás csökkent.

Konklúzió: Eredményeink alapján feltételezzük az IL-24 esetleges szerepét az IBD patomechanizmusában. Az IL-24 az ERK1/2 és JNK1/2 jelátviteli útvonalak aktivációján keresztül fokozhatja az epithel sejtek PDGF-BB és TGF- β termelését, amely az IBD során gyakran megfigyelhető fibrotikus léziók kialakulásához vezet.

MAGNETIC MANEUVERING OF CAPSULE ENDOSCOPY: PRELIMINARY PHANTOM TESTS IN AN EXPERIMENTAL COLONIC MODEL

Pák P.¹, Balogh G.³, Dubravcsik Z.², Szepes A.², Madácsy L.², Belgyógyászati Osztály, Vaszary Kólos Kórház, Esztergom¹, Gasztroenterológiai Osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét², Sebészeti Osztály, Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár³

Introduction: Wireless capsule endoscopy (WCE) is a promising non-invasive technology for visualization of the entire digestive tract. Currently the major technical limitation of WCE is that capsule motion cannot be controlled by an external operator, which makes capsule movements and captured picture orientations totally random, being exclusively driven by peristalsis and gravity. The aim of our present study was to phantom test a magnetic capsule navigation system (Mirocam Navi) recently developed by Intromedic in an experimental in-vitro colonic model.

Methods: MiroCam Navi system consists of an external magnetic controller capable to induce an asymmetric magnetic field and a special magnetic capsule in which two inbuilt cylindrical magnets maintains a consistent magnetic field tends to orient its main axis of symmetry perpendicularly to the applied external magnetic field. A plastic replica of a human colon was prepared and filled with clear water as a phantom for our experiments. The shape with major curvatures and haustations of the human colon was simulated in a 200cm long phantom. In the first part of our experiments, five expert endoscopist and two endoscopic nurses were asked to maneuver the

magnetic capsule all the way through and back of the colonic phantom with the external magnetic controller under direct visual control. Next the direct visualization of the capsule was blocked and the same experiments were repeated with the presence of capsule transmitted real-time video and with an X-ray fluoroscopic control too.

Results: The following controlled movements of the magnetic capsule were possible with direct visual control: a small rotation, a rotation of 180° and a roto-translocation. The mean maneuvering time of the magnetic capsule through of the entire colonic phantom was 29,2±8.0 sec. Significant learning curve was demonstrated during 10 repetitions in the total colonic maneuvering time from 38.2 to 19.1 sec. More importantly, without direct capsule visualization, capsule maneuvering was only possible with X-ray fluoroscopic control however capsule transmitted real-time video alone was insufficient to accomplish the experiment.

Discussion: Our preliminary results suggest the feasibility of magnetically guiding the Mirocam Navi capsule endoscope in the human colon under X-ray fluoroscopic control, but further studies are needed, in order to overcome the simplicity of our experimental conditions. (Supported by the grant GOP-1.3.1-11/C-2012)

A PET-CT SZEREPE A CROHN-BETEGSÉG AKTIVITÁSÁNAK JELLEMZÉSÉBEN

Palatka K.¹, Lovas S.¹, Dávida L.¹, Fedinecz N.³, Garai I.³, Altörjay L.¹, Galuska L.², Debreceni Egyetem Orvos és Egészségudományi Centrum, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Nukleáris Medicina Intézet², SCANOMED Kft³

A Crohn betegség ismeretlen eredetű immunmediált kórkép, melyet a szisztémás tünetek mellett a gasztrointesztinális rendszer változó mértékű, szegmentális, transzmurális gyulladása jellemez. A gyulladt terület kiterjedtségére és a gyulladással aktivitás meghatározására az endoszkópos és képalkotó vizsgálatok mellett, a szubjektív és objektív tüneteket valamint labor paramétereket tartalmazó Crohn betegség aktivitási indexet használjuk (CDAI).

A PET/CT egy globális, nem invazív, megfelelően érzékeny vizsgálati módszer a gyulladás mértékének és kiterjedésének meghatározására. IBD-ben a 18F-FDG PET-CT a kezdeti vizsgálatok eredményei alapján 85%-s szenzitivitással és 87%-s specificitással rendelkezik.

A vizsgálat célja ismert aktív Crohn betegekben a 18F-FDG PET-CT érzékenysége vizsgálat, összevetve a biológiai kezelés előtti és az egy éves kezelés utáni remissziós eredményt, az endoszkópos index (SES-CD), a CDAI és a CRP értékeivel. Tizenkét beteg vizsgálatára került sor 5F/6N, 18- 39 év közötti életkor, átlag életkor 25 év.

A PET-CT értékelése során, a vékonybél és a négy colon-szegmens aktivitási értékei kerültek meghatározásra úgy, hogy az adott bélszakasz SUVmax (Standardized Uptake Value) értékeit viszonyították a referenciaértékként szolgáló máj SUVmax értékéhez. Az öt szegmens aktivitási értékeit összeadva kaptuk a globális PET-score-t.

A PET-score értékek korrelációt mutattak a CDAI és CRP értékekkel, amíg a SES-CD-vel nem. Az egy éves kezelés után mért értékek esetében a CRP, a CDAI és a SES-CD korrelál a PET-score-al. Aktív betegségformákban a PET-CT érzékenyebbnek bizonyult az endoszkópiánál a gyulladás kiterjedésének jelzésében. Új betegek vizsgálatakor a PET-CT a legtöbb információt adta a betegség kiterjedésére és aktivitására vonatkozóan (vékonybél érintettség). Egy beteg esetében a magas CDAI-val járó terminális ileumstenosis negatív PET-CT-vel járt, ami fibroticus szűkületnek bizonyult a későbbi műtét során.

A PET-CT eredményei jól korrelálnak a Crohn-betegség aktivitásával. A jövőben ez egy ígéretes nem invazív módszer lehet a betegség diagnosztizálásában, aktivitásának meghatározásában, a kezelés tervezésében és a betegek követésében.

APPENDAGITIS KÉT ESETÜNK KAPCSÁN

Pálhegyi E.¹, Varsányi N.², Farbaki Z.², Gelley A.¹, Belgyógyászati Osztály Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest¹, Radiológiai Osztály Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest²

Az appendicitis a vastagbélben található appendix epiploca zsírszöveti függelékek gyulladása, az alhasi quadráns fájdalom ritka oka. Felismerése még CT vizsgálattal is nehéz, olyan körképek, mint az omentum infarctusa, a mesenterialis panniculitis, a zsír tartalmú daganatok, végül a vastagbél diverticulitis, (esetleg appendicitis) okozhatnak differenciál diagnosztikai nehézséget. Két esetünkben ultrahang vizsgálattal merült fel az appendicitis diagnózisa. Eseteink bemutatásán keresztül részletezzük ezen entitás ultrahang és CT sajátosságait.

29 éves férfi. 2 hetes folyamatos bal alsó quadráns fájdalom. Negatív laboratóriumi eredmények. CT vizsgálat kis hasi tályogot valószínűsített. Colonoscopy negatív volt. Hasi UH-on a bal spina iliaca anterior magasságában a szomszédos vastagbél taenia libera oldalán elhelyezkedő, azzal összefüggő attól el nem mozgó nyomásérzékeny, a bélfalat ívelt diszlokál illetve a hasfali izom fascián is diskrét ívelt benyomást képező kb 20mm átm ovális széli vascularizációt mutató inhomogén, jól körülhatárolt terime látható.

39 éves férfi, 12 éve gondozott SLE, antiphospholipid syndroma, állandó alhasi fájdalmak. Hasi UH-on a köldöktől balra, kissé caudal felé 30x50x40 mm-es területen zsírszöveti beszűrődés mely környezetétől élesen nem különül el. Elsősorban appendicitisnek felel meg.

E betegség CT és UH ismerete az akut has differenciál diagnosztikája szempontjából nélkülözhetetlen, mert felismerésével elkerülhető a felesleges sebészeti exploráció.

122

INVESTIGATION OF PANCREATIC DUCTAL FLUID AND HCO₃⁻ SECRETION AND THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IN NHERF1 KNOCKOUT AND WILD-TYPE MICE

Pallagi P.¹, Balla Z.¹, Singh A.², Iványi B.³, Riederer B.², Jármai K.¹, Venglovicz V.⁴, Maléth J.¹, Hegyi P.¹, Seidler U.², ifj. Rakonczay Z.¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged, Hungary¹, Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Hannover Medical School, Hannover, Germany², University of Szeged, Department of Pathology, Szeged, Hungary³, University of Szeged, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Szeged, Hungary⁴

Introduction: Fluid and HCO₃⁻ secretion is a vital function of pancreatic ductal epithelia and their role in acute pancreatitis (AP) is poorly characterized. NHERF-1 is a cytosolic scaffolding protein mediating the apical targeting and retention of ion channels and transporters, such as cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR). The main aims of this study were to investigate the physiological and pathophysiological relevance of NHERF-1 expression in the pancreas.

Methods: We analyzed the effects of NHERF-1 deletion on ductal function both in vitro and in vivo. The localization of CFTR in wild-type and NHERF-1 KO mice was performed by immunohistochemistry. AP was induced by administration of intraperitoneal cerulein or by intraductal sodium-taurocholate. The severity of AP was evaluated by measuring histological and laboratory parameters.

Results: NHERF-1 mRNA was markedly expressed in the pancreatic ducts of wild-type mice. We show that NHERF-1 plays a critical role in modulating the apical localization of pancreatic ductal CFTR. The translocation of CFTR resulted in significantly lower pancreatic ductal bicarbonate and fluid secretion. NHERF-1 expression also influenced the development of AP in both mouse models; the disease severity, especially the degree of acinar cell death, was higher in NHERF-1-knock-out vs. wild-type mice.

Conclusion: Our findings provide evidence for the crucial role of ductal fluid and HCO₃⁻ secretion in the protection of pancreas from acute stressors, which cause AP.

This study was supported by OTKA, MTA/DFG and NFÜ/TÁMOP.

123

THE NON-CONJUGATED BILE ACID CHENODEOXYCHOLATE INHIBITS THE ION TRANSPORTER ACTIVITIES IN HUMAN COLONIC CRYPTS

Pallagi-Kunstár É.¹, Farkas K.¹, Rakonczay Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Venglovicz V.², Rázga Z.³, Maléth J.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 cholecystectomised/ileum-resected patients with/without diarrhea. Colonic crypts were isolated by collagenase digestion, and intracellular pH (pHi), Ca²⁺ concentration ([Ca²⁺]_i) and ATP levels (ATP_i) were measured by microspectrofluorometry. Na⁺/H⁺ exchangers (NHEs), Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter, Cl⁻/HCO₃⁻ exchanger (AE) activities were determined. Changes of the mitochondrial transmembrane potential (MTP) was measured by confocal microscopy. Intracellular morphological changes were analysed with transmission electronmicroscopy (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 cases of CDC vs. GCDC. 0.3 mM CDC strongly inhibited the activities of acid/base transporters. 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. 0.3 mM CDC significantly but reversibly reduced ATP_i and MTP. CDC caused dose-dependent increase of the [Ca²⁺]_i. Inhibition of Ca²⁺ release from the endoplasmic reticulum or plasma membrane Ca²⁺ channels decelerates the CDC-induced increase of [Ca²⁺]_i. Chelation of intracellular Ca²⁺ did not prevent but ATP_i depletion mimicked the inhibitory effect of CDC on ion transporter activities. 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, ATP_i 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).

124

SUCCESSFUL PEGINTERFERON-ALFA (PEG-IFN-A) TREATMENT OF A CHRONIC HEPATITIS B (CHB) PATIENT COMPLICATED WITH PERIARTERITIS NODOSA. A CASE REPORT

Pályolgyi A.¹, Nagy I.¹, Tornai I.², Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary²

Introduction. Extrahepatic manifestations of HBV infection are rare, but can be difficult to diagnose and manage. HBV can sometimes cause skin rash, arthritis, glomerulonephritis, polyarteritis nodosa (PAN), glomerulonephritis, polyneuropathy and papular acrodermatitis.

Case report. A 61-year-old male smoker was admitted to rheumatology unit with multiple arterial stenoses and a severe Raynaud phenomenon with necroses of the fingers on both hands and polyarthritis, predominantly in the lower limbs. The levels of transaminases were elevated, with an ALAT predominance. Anti-HCV and numerous autoimmune tests and rheumatoid factor were negative, without sign of cryoproteins. The HBsAg and HBV DNA PCR were positive. The patient then presented at the Department of the Rare Diseases, where the background of the weight loss and the muscular atrophy of the four limbs strongly suggested a non-typical form of HBV-associated PAN. The HBeAg test was positive, while anti-HBe was negative. A PEG-IFN-α_{2a} therapy started in August 2010. After 3 months, the pt returned to us for control. At that time, he felt some improvement of his muscle stiffness, but was still confined to a wheelchair. We did not observe any serious side-effects of the medication; only a mild itch had appeared because of the dry skin. One month later there was a transient ischaemic attack with speech disorder and right-side limb weakness, but the symptoms disappeared within an hour. Antiaggregant therapy improved the

cerebral circulation. At the end of the 48 week antiviral treatment, the ALAT was normal, HBsAg, HBeAg, HBV DNA PCR were negative and anti-HBs and anti-HBe were positive, which indicated a complete seroconversion. After a 3-month follow-up, his mobility was improved significantly, and he could walk without help. After 1 year, the virological response was sustained and the ALAT normal.

Conclusions. Although the causality in this case is particularly clear, we draw attention to a possible complication, potentially the first sign of HBV infection. Additionally, a polymorbid patient can be treated safely with PEG-IFN- α 2a.

125

ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY (EUS)-GUIDED CYSTOGASTROSTOMY WITH COVERED SELF-EXPANDABLE METAL STENT (SEMS) FOR SIMPLE LIVER CYST OR ABSCESS.

Pap A.¹, Tarpay A.¹, Szmola R.¹, Burai M.¹, Pozsar J.¹, Invasive Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest¹

Symptomatic, simple liver cysts can be treated by surgical deroofting or by repeated aspiration with/without alcohol instillation but relapse of the cyst with secondary infection is frequent. Similarly, biliary abscess is a life-threatening complication with urgent need of biliary and cyst decompression. EUS guided cystogastrostomy seems to be a safe technique for complete resolution of both disorders at least in the left lobe of liver.

Case 1. A 84 years old female patient with multiorgan comorbidities (diabetes mellitus, hypertony, arteriosclerosis with coronary stenosis and ventricular extrasystole) presented with a 10 cm diameter giant cyst in the left lobe of liver. Echinococcus haemagglutination proved to be negative. EUS demonstrated somewhat muddy content of the cyst with only 0,5 cm liver parenchyma at the stomach. EUS guided puncture, sampling for CEA (23.8 ug/ml), CA19-9 (754.6 U/ml), amylase (30 U/l), cytology (granulocytes, macrophages, lymphocytes), culture (E.coli) was performed with some bleeding from the hepatic parenchyma or cyst wall which stopped by a 10 F nasocystic drain placement and lavage with 40 mg of Gentamycin and aminocaproic acid (Acepramin). Transabdominal US demonstrated collapsed cyst on the next day and a wire assisted exchange of the nasocystic drain for covered metal stent (Leufen pseudocyst-stent, 3 cm long, 25-15 mm diameter) was performed through a Jumbo duodenoscope's working channel followed by 5 F nasocystic drain-replacement for 1 % iodine perfusion until culture data for targeted antibiotic treatment had arrived.

No fever or other sign of infection appeared although bacterial culture demonstrated further, more resistant strains in the cyst at the second endoscopy. Follow-up transabdominal USs demonstrated collapsed cyst and recovered liver parenchyma.

At 6 weeks the metal stent has spontaneously left with some fibrosis indicating the place of the previous cyst.

Case 2. 57 years old alcoholic and heavy smoker male had a diagnosis of chronic calcifying pancreatitis with duodenal stenosis, hyperplasia of papilla Vateri, bile duct dilatations with CEA and CA19-9 elevations and obstructive liver enzymes already 6 years ago. CT demonstrated the benign nature of the disease and duodenoscopy with histology supported it. Continued smoking and mild alcohol consumption resulted in progressive calcification and further elevations of liver enzymes

with microlithiasis in the gall bladder.

ERCP with papillotomy demonstrated „chain of lakes” lesion with intraductal and parenchymal calcifications and mild, curved stenosis of common bile duct at the entrance to the pancreas. Pancreatic citrate lavage and triple 10 F biliary stenting with 3 day nasobiliary lavage resulted in temporary recovery for 5 months but obstruction of stents with duodenal stenosis indicated relapse of the disease and need for surgery. Pancreatic head resection with choledochojunostomy was proposed but only cholecystectomy and biliary stent replacement with one 10 F plastic stent was performed. After 16 months relapse-free period the patient presented with a 73 mm liver abscess and a patent biliary stent Urgent ERCP demonstrated severe cholangitis with resistant bacteria temporary solved with further 10 F drain and nasobiliary lavage. EUS guided cysto-gastrostomy was performed in 2 steps with a 4 cm long partially covered Wallstent (Boston Scientific) as described above. The SEMS was removed from the recovered abscess at 1 month and another SEMS (Endo-Technik Covered Biliary Stent 10x50 mm) replaced biliary stents 6

weeks later because prestenotic dilatation of hepatic ducts (20 mm) appeared again. Histology confirmed fibrosis with reactive dysplasia at the papillary level. In further one month the liver enzymes and CRP have almost normalized and the liver abscess and cholangitis recovered totally. Biliary SEMS planned to be removed at 4-6 months looking forward a second opinion about pancreatic resection.

Conclusion: These are the first cases of simple hepatic cyst and biliary abscess treated by EUS- guided endoscopic cystogastrostomy with SEMS in the literature. The technique described seems to be feasible even in one step with fully covered SEMS spontaneously migrating at the best time.

126

MICRO-RNS VIZSGÁLAT HASNYÁLMIRIGY-DAGANATOS BETEGEK DAGANATSZÖVET-MINTÁIBAN

Papp R.¹, Gombos K.², Kaszás B.³, Vereczkei A.¹, Kelemen D.¹, PTE KK Sebészeti Klinika¹, PTE ÁOK Orvosi Népegészségtani Intézet², PTE ÁOK Orvostanhangzó³

Bevezetés: A pancreastumok agresszív viselkedése és a szegényes klinikai kép okozta viszonylagos késői felismerés miatt a resecabilitás aránya 10 % körüli. Fontos lenne, egy a korai felismerést lehetővé tevő biomarker identifikálása, hogy minél több beteg részesülhessen curatív ellátásban. Vizsgálatunkkal arra kerestük a választ, hogy a micro-RNS-ek szolgálhatnak-e biomarkerként. A messenger RNS-re átitrt információt még a ribosómán történő fehérje-synthesis előtt lehetőség van blokkolni. A posttranscriptio génelesesítés során rövid RNS-molekulák (micro-RNS) gátolják a messenger RNS-ek működését. A micro-RNS-ek a genom fehérjét nem kódoló DNS szakaszairól íródnak át. A daganatok kialakulásában és a metastasis képződésben is szerepet játszanak. Kémiai stabilitásuk miatt többféle biológiai mintából kinyerhetők. Beteganyag és módszer: Pankreatoduodenectomia során nyert daganatszövet-minták, ill. a peritumoralis régióból és a resectio szélből vett szövetminták micro-RNS vizsgálata történt kvantitativ real-time PCR segítségével. A vizsgált micro-RNS-eket (miR-21, -30a, -34b, -34c-5p, -106b, -135b, -142-3p, -221, -222 és -383) irodalmi adatok alapján választottuk ki az általunk tervezett micro-RNS expressziós panelre, melyen két referencia gént alkalmaztunk (5s rRNS, U6 snRNS). A micro-RNS expressziót LightCycler 480 PCR rendszerben vizsgáltuk. Az eredményeket kémtípus t-próba és ANOVA statisztikai módszerrel értékeltük az SPSS 19.0 szoftver segítségével.

Eredmény: A pancreasrákos betegekből vett szövetminták micro-RNS vizsgálata alapján a miR-21, -135b, -221 és -222 esetén észleltünk significans expressziós eltérést, mely micro-RNS-ek a peritumoralis és autológ normál pancreas szövethez képest fokozott kifejeződést mutattak a tumorokban. A micro-RNS expressziós eltérések a tumortól való távolság függvényében arányosan változtak.

Következtetés: Vizsgálatunk megerősítette, hogy a szöveti micro-RNS expressziós profilok alapján el lehet különíteni a daganatos szöveteket a normálistól. Kutatásunk kiterjesztését tervezzük a pancreasrákos betegek vérmintáinak micro-RNS vizsgálatára, hiszen egy a daganat korai diagnosztikát lehetővé tevő kevésbé invazív diagnosztikus eljárástól, vérből kimutatható biomarkertől remélhető a resecabilitási arány javulása.

127

LIVER STIFFNESS MEASUREMENT SELECTS PATIENTS WITH CHRONIC LIVER DISEASES AT RISK OF BEARING LARGE OESOPHAGEAL VARICES

Pár G.¹, Trosits A.¹, Pakodi F.¹, Szabó I.¹, Czimmer J.¹, Illés A.¹, Gódi S.¹, Bajor J.¹, Sarlós P.¹, Kenyeres P.¹, Vincze Á.¹, Pár A.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹

Introduction: One of the most serious complications of liver cirrhosis is the variceal bleeding. The early recognition of the esophageal varices is of primary importance in the prevention of their bleeding. Liver stiffness (LS) measured by transient elastometry (FibroScan) may associate with portal pressure and could predict the presence of esophageal varices. We studied the diagnostic accuracy of LS by FibroScan for selecting patients at risk of bearing large oesophageal varices and high risk (Paquet $\Rightarrow$ II grade) of bleeding.

Methods: We performed oesophago-gastro-bulboscopy and FibroScan examination in 74 patients with chronic liver disease simultaneously. We examined the relation between the presence of oesophageal

varices (Paquet grade 0-IV) and the LS (kPa) as well as the blood hematological and biochemical laboratory parameters (INR, platelet count, ALT, AST, albumin). We analysed the predictive role of LS by FibroScan for selecting patients at high risk of variceal bleeding (Paquet =>II grade).

Results: LS values correlated to the grade of oesophageal varices (Paquet-grade) ($r=0,67$, $p<0,001$) (AUROC: 0,85, 95% CI: 0,754-0,94). We found high measurement sensitivity: (sens) 85 %, specificity (spec): 87%, positive predictive value (PPV): 85%, negative predictive value (NPV): 87% and validity: 86% at the cutoff 19,2 kPa LS value. LS value II (sens.: 95%, spec.: 70%, PPV: 54%, NPV: 97%), thus we verified that below LS 19,2 kPa the high grade of oesophageal varices (Pq=>II) is not probable. The laboratory parameters did not predict oesophageal varices.

Conclusion: The non-invasive LS measurement by FibroScan allows to predict the presence of large oesophageal varices in patients with chronic liver disease, and may help to select patients for endoscopic screening. A LS above 19,2 kPa indicates an oesophageal-gastro-buboscopy for the judgement of varices.

Grant support: National Scientific Research Fund (OTKA K81454, OTKA/11-19), Pecs University Research Fund (34039/KA)

128

COLITIS ULCEROSA TOGETHER WITH MECKEL S DIVERTICULUM CAUSING SEVERE HAEMORRHAGE IN CHILDREN

Pászti L.¹, Varga É.², Bazsika A.², Fadgyas B.¹, Department of Pediatric and Traumatologic Surgery of Saint John's Hospital¹, Intensive Care Unit of Saint John's Hospital²

Meckel diverticulum is a vitelline remnant of the omphalomesenteric (vitellointestinal) duct. As a congenital anomaly it is a true diverticulum, ranging from 1-12 cm in length and it is found 45-90 cm proximal to the ileocecal valve. It is frequently heterotopic tissue (gastric mucosa accounts for 50%), occurs in about 2% of the general population. The cause of bleeding is mucosal ulceration, because the ectopic gastric mucosa produces hydrochloric acid. The male or female ratio of patients with symptomatic diverticulum is 3:1. The association between bleeding Meckel's diverticulum and bleeding ulcerative colitis is unknown in a Hungarian pediatric literature. We describe the case of a 9 years old boy presented with nausea, intermittent abdominal pain and rectal bleeding. He has not had any other illness. Total colonoscopy was done with biopsy. We diagnosed ulcerative colitis; the histological examination showed the presence of inflammation of the colonic mucosa (crypt abscess, signs of severe colitis). He had been hospitalized in the intensive care unit with recurrent rectal bleeding. He received transfusion because of severe anaemia. Abdominal ultrasound examination was negative. ^{99m}Tc pertechnetate didn't localize bleeding place in the abdominal tract. After 5 days the new rectal bleeding indicated explorative laparotomy. Suspected Meckel's diverticulum despite of negative scintigraphy. Meanwhile of laparotomy we diagnosed Meckel's diverticulum (10 cm length, 45 cm from the ileocecal valve). The histology found ectopic gastric mucosa in the diverticulum. The diverticulum resection, appendectomy were made. The ulcerative colitis has been treated with medication. The control blood test is negative. He was discharged after 10 days of laparotomy. The correct value of signs and new signs is very important indicating conservative treatment or surgical intervention.

129

METHYLATION MATTERS: THE IMPORTANCE OF DNA METHYLATION IN COLORECTAL CANCER

Patai V. A.¹, Barták B.¹, Péterfia B.², Hollósi P.³, Kalmár A.¹, Patai Á.⁴, Valcz G.², Wichmann B.², Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Schöller A.¹, Spisák S.², Nagy Z.¹, Tulassay Z.², Molnár B.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 Internal Medicine, Sopron Elisabeth Teaching Hospital, Sopron, Hungary⁴

Background: Aberrant DNA hypermethylation plays an important role in colorectal carcinogenesis, especially in the proximal colon,

where a clinically and molecularly distinct subtype (CpG island methylator phenotype, CIMP) was identified. This subtype has not been described in Hungary before. Most studies addressing DNA methylation have so far focused on the analysis of few, rather than multiple genes.

Aims: Our aim was to study DNA methylation in 96 genes in different settings related to colorectal carcinogenesis, including lesions of adenoma-dysplasia-carcinoma sequence (ADCS). We also aimed to define the prevalence of CIMP in a Hungarian cohort.

Methods: A total of 65 endoscopically removed colonic biopsy samples (20 healthy, 17 low-grade dysplasia (LGD), 8 high-grade dysplasia (HGD), 20 colorectal cancer (CRC)) were analyzed for their DNA methylation status. DNA methylation percentages of 96 genes were determined using Methyl-Profiler PCR array system.

Results: In our cohort, only one CRC from the proximal colon was identified as CIMP. Compared to this, distal CRC and its precursors showed fewer methylated genes (65 vs 30±5, $p<0,05$).

DNA methylation levels of 6 genes, including that of ALDH1A3 (a novel finding in CRC) have shown highest levels in LGD, then gradually decreased along ADCS, being the lowest in CRC. This panel significantly distinguished LGD, HGD and CRC from healthy tissue ($p<0,05$). 9 genes were constantly hypermethylated in the majority of the samples.

Conclusion: CIMP-H CRC seems to be a rare phenotype in the Hungarian population, but this should be further studied and verified in a larger population.

Sporadic, distal, CIMP-negative CRCs and precursor lesions show a decreased level of DNA methylation as compared to CIMP-H, but have a characteristic methylation pattern that can contribute to colorectal carcinogenesis. This signature could help to detect CRC and especially precursor lesions.

130

CHALLENGE OR DAILY ROUTINE? 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 in last five years.

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 1-10 days after operation

Results: 142 polypectomies (131 colorectal; 11 gastric) were executed in 71 patients (47 men, 24 women, mean age: 72,4 years). In 56 cases clipping, in 17 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 endoscopic polypectomy can be performed as a daily routine with the described practice. It 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.

131

BIOINFORMATIKAI FEJLESZTÉSEK A DAGANATOK MOLEKULÁRIS FARMAKODIGNOSZTIKÁJÁNAK KLINIKAI ALKALMAZÁSÁHOZ

Peták I.¹, Pongor L.¹, Kirsch K.¹, Kohánka A.¹, Déri J.¹, Várkonyi E.¹, Pintér F.¹, Schwab R.¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft.¹, MTA-SE Pathobiokémiai Munkacsoport, Orvosi Vegytani Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest²

Célkitűzések: Az új generációs szekvenálási technikákkal lehetővé vált, hogy egyszerre sok génszakasz nagy felbontású, párhuzamos vizsgálata történjen meg. Jelenleg a legnagyobb problémát a több százezer darab szekvencia, és több ezer lehetséges mutáció informatikai elemzése és funkcionális interpretációja jelenti. Célunk, hogy bioinformatikai módszereket fejlesszünk ki, amellyel a szekvencia adatok gyorsan és nagy biztonsággal feldolgozhatók, és a molekuláris diagnosztikai eredmények klinikai értelmezéséhez adatbázisokat hozunk létre.

Módszerek: 12 gén 40 génszakaszát szekvenáltuk 454 genomsekvenciával sejtvonalakban. A szekvencia adatokat egy általunk fejlesztett új matematikai algoritmussal analizáltuk (HEURAA: Heuristic amplicon aligner program). A vizsgált génekben előforduló mutációkat a COSMIC adatbázisból (Catalog of Somatic Mutation of Cancer) töltöttük le. A mutációk funkcionális jelentőségét elemző publikációkat a PUBMED-ről gyűjtöttük.

Eredmények: Az általunk fejlesztett program a 15 bp hosszú deléciókat 25 másodperc alatt azonosította az összes szekvenciában (amplikonban). Csak a Needleman-Wunsch algoritmus volt képes az összes amplikonban azonosítani ezt a mutációt de ennek 99000 másodpercre volt szüksége ehhez. A többi algoritmus csak az amplikonok egy részében azonosította a génhibát. Az új módszer tehát gyors és nagy érzékenységgel. A mutációk funkcionális analiziséhez 18 forgalomban lévő és 250 fejlesztés alatt álló célzott gyógyszerhez készítettük el az adatbázisokat.

Következtetés: A bioinformatikai fejlesztésekkel a sokgénese vizsgálatok hasznosítása is lehetségessé válik a daganatok személyre szabott célzott kezeléséhez.

132

DNA METHYLATION MARKERS OF LEFT-SIDED COLORECTAL CANCER BASED ON GENE EXPRESSION SCREENING

Péterfia B.¹, Hollósi P.², Kalmár A.¹, Galamb O.³, Spisák S.³, Wichmann B.³, Tóth K.¹, Leiszter K.¹, Patai V. Á.¹, Kubák V.², Kiss K.², Horváth Z.², Tulassay Z.³, Kovalszky I.², Molnár B.³, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Molecular Medicine Research Unit, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background and aims: Aberrant DNA methylation can lead to dysregulated expression of certain genes that is proven to contribute to colorectal cancer (CRC) formation and progression. However, our knowledge of the methylation markers of CRC development remains incomplete. Our aims were to identify DNA methylation markers in left-sided CRC samples on the basis of gene expression and to analyze their methylation levels along the colorectal adenoma-carcinoma sequence.

Materials and methods: Whole genome expression profiling was performed by using HGU133 Plus 2.0 microarrays (Affymetrix) on healthy colonic (n=49), colorectal adenoma (n=49) and left-sided CRC (n=49) biopsy samples and also on laser microdissected (LCM) epithelial and stromal cells from healthy (n=6) and CRC (n=6) samples. Transcripts with gradually decreasing or increasing expression along the adenoma-carcinoma sequence were selected on the basis of Spearman and Kendall analysis. Methylation status of the identified genes were analyzed on macrodissected (n=10) and LCM (n=5) healthy colonic, adenomatous biopsy (n=10) and LCM (n=5), macrodissected (n=10) and LCM (n=5) left-sided colorectal cancer samples using bisulfite-sequencing PCR (BS-PCR) followed by pyrosequencing.

Results: A set of transcripts (including MAL, SFRP1, SULT1A1, PRIMA1) showed decreasing expression ($p \leq 0,01$) in the biopsy samples along the adenoma-carcinoma sequence. Expression of SULT1A1 gene were found to be significantly downregulated ($p \leq 0,01$) in the tumor epithelial cells, whereas MAL and PRIMA1 showed significantly decreased expression ($p \leq 0,05$) in the tumor stromal cells compared to the healthy samples. Hypermethylation of SFRP2 (10/10 cases), COL1A2 (9/10 cases), SOCS3 (9/10 cases) could be detected in CRC samples compared to the healthy specimens. According to the pyrosequencing results of LCM samples increased methylation levels were found predominantly in tumor epithelial cells.

Conclusion: Genome-wide gene expression-based screening was found to be a suitable approach for the identification of genes, that can be potentially regulated by DNA methylation. Hypermethylation of the selected markers (COL1A2, SFRP2, SOCS3) might result in reduced expression and could contribute to the formation of colorectal cancer.

133

AZ ISCHAEMIAS SZÍVBETEGSÉGBEN SZENVEDŐ BETEGEK TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOTÁNAK FELMÉRÉSE

Polyák É.¹, Molnár K.¹, G.Kisbenedek A.¹, Szabó S.¹, Breitenbach Z.¹, Szabó Z.¹, Figler M.¹, PTE ETK Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹

Bevezetés: A Központi Statisztikai Hivatal a 2011-es adatai szerint a halálesetek 24%-a ischaemias szívbetegség következménye. Közismert tény, hogy a helytelen táplálkozás, életmód és a káros szenvedélyek jelentős szerepet játszanak a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásában. Célunk volt felmérni ischaemias szívbetegségben szenvedő betegek tápláltsági állapotát. Módszerek: Saját szerkesztésű kérdőívet alkalmaztunk, mely három napos táplálkozási naplót is tartalmazott. A testösszetétel mérése Omron Body Composition Monitor BF511-es 4 pontos klinikailag validált készüléket használtunk. A laboratóriumi paramétereket (plazma glükóz, triglicerid, összkoleszterin) a betegek dokumentációja alapján vizsgáltuk. Az adatokat leíró statisztikával, t-próbával, valamint regresszió analízissel elemeztük. Az eredményeket akkor tekintettük szignifikánsnak, ha $p \leq 0,05$ volt.

Eredmények: 53 fő ischaemias szívbetegségben szenvedő beteg esetén, mind a testzsír-százalék, mind a viscerális zsír százalék szignifikánsan nagyobb ($p < 0,05$) volt, mint a kívánatos érték, az életkorhoz igazított BMI alapján a betegek közül 32 fő normális testtömegindexű, 11 fő túlsúlyos, 8 fő másodfokú elhízott és két fő betegesen elhízott volt. Étrendi naplók elemzésekor nem tapasztaltunk jelentős különbségeket az ajánlott szükségleti értékekhez képest. A testzsír-százalék és az összkoleszterin szint között szignifikáns ($p < 0,05$) kapcsolatot találtunk. Következtetések: Kardiiovaszkuláris betegségek kialakulása szempontjából az egyik rizikótényező az elhízás, amely a meglévő betegséget súlyosbíthatja és további szövödmények kialakulását is elősegítheti. A tápláltsági állapot ismerete informatív és irányt adó az egyénre szabott táplálkozás optimalizálásához, ezért rendszeres dokumentálása, nyomon követése szükséges.

134

PERFORATION OF STOMACH AND DUODENUM. UNUSUAL COMPLICATIONS AFTER GEMCITABINE TREATMENT

Pozsár J.¹, Tarpay Á.¹, Szmola R.¹, Burai M.¹, Pap Á.¹, Division of Gastroenterology, National Institute Of Oncology, Budapest, Hungary¹

Introduction. Gemcitabine is the first line treatment option of pancreatic cancer patients. This treatment modality is somewhat effective, but myriad of adverse events might ensue on the course of chemotherapy. One of the most serious side effect is systemic small-vessel vasculitis and consequent organ specific ischaemia. Renal, cutaneous and small vessel involvement of extremities are well described, but visceral manifestations are extremely rare. Our aim is to present the history of two cases with gastric and duodenal perforation as a possible consequence of gemcitabine-related vasculitis. Case 1. A 60 year old woman presented with extrahepatic cholestasis. Imaging studies and intraductal cytology revealed a stage IV ductal cancer of pancreatic head, biliary stent was placed, and palliative chemotherapy was planned. Two weeks after the first cycle of 1480 mg gemcitabine having been given, the patient presented a vague abdominal pain, laboratory investigations were consistent with sepsis. Gastroscopy showed a large full-thickness defect on the distal body of the stomach. CT-scanning showed large amount of intraabdominal fluid and gas bubbles, consistent with free hollow viscus perforation and peritonitis. The poor-risk status of the patient prevented us from surgery and she was placed on supportive care until death 8 days later. Histopathologic work-up of autopsy material is pending. Case 2. A 62 year old woman with a 6 month history of stage IV cancer of the head pancreas, palliative biliary stent

placement and several cycles of gemcitabine presented with abdominal pain. She have received the last cycle of gemcitabine 2 weeks earlier. At duodenoscopy a moderate sized full-thickness duodenal wall defect was seen around the previously inserted biliary metal stent. After repeated cross sectional imaging studies have excluded free perforation and peritonitis, we exchanged the bile duct stent and placed a jejunal feeding tube. Jejunal feeding and full spectrum supportive care were initiated. The patient has uneventful recovery. Summary. Findings might indicate that this side effects did not operate a dose dependent manner, supporting allergic mechanism. Awareness is advisable for this complication, since conservative management may be effective in selected cases

135

OUR FIRST EXPERIENCE OF CAPSULE ENDOSCOPY FOR SUSPECTED SMALL INTESTINE DISORDERS

Rácz B.¹, Crai S.¹, Veress E.¹, Ilyés S.¹, Szalai L.¹, Fazekas L.¹, Gurzó Z.², Novák J.¹, Pándy Kálmán County Hospital, Department of Gastroenterology¹, Endoscopic Labor²

Background: Capsule endoscopy (CE), is a non-invasive tool in the diagnosis of suspected small bowel lesions. This study has been carried out with the aim to evaluate the effectiveness of capsule endoscopy in the management of patients with obscure gastrointestinal bleeding in a new Hungarian site.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted at CE unit, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula. Over a period of 1 year from October 2011 to December 2012. 34 consecutive patients presenting with obscure gastrointestinal bleeding (OGB) were investigated. After the patients admission, and an overnight fast and bowel preparation, the procedure was performed in our unit. Intromedic MiroCam MC1000 system was used. Examination was termed as complete when the capsule reached the cecum. Computer recordings were read by two examiners. Results: A total of 34 patients were included in this study, 15 (44,1%) males and 19 (55,9%) females. Age of the patients ranged from 29-82 years (mean 66,67 ± 10,57 years). Examination was completed in 34/34 (100%) patients, without incomplete examination, or capsule retention. In 3/34 (8,8%) patients endoscopic assistance was required to push the capsule through the pylorus. There was history of abdominal surgery in 5/34 (14,7%) patients prior to capsule endoscopy. The results of capsule endoscopy showed erosion and bleeding in small intestine, in 6 (17,6%) patients. Angiodysplasia was the most common finding for OGB cases, observed in 9 (26,4%) patients. In 3 (8,8%) cases we found intestinal manifestations of Crohn Disease and in 2 (5,8%) cases polypoid lesions, what were over investigated with enteroscopy and the histological findings revealed intestinal adenocarcinomas.

Conclusion: Capsule endoscopy is a well tolerated and safe examination of the small bowel and very useful with high diagnostic yield for OGB and other suspected intestinal lesions.

136

A RARE COMPLICATION OF CHRONIC CALCIFYING PANCREATITIS

Rédei C.¹, Mester T.¹, Rapcsányi A.¹, Topa L.¹, Szent Imre Kórház, PTE ÁOK Oktatókórháza¹

Background: The stricture of ductus choledochus and ductus Wirsungianus caused by the expansion of the calcified tissue is a known complication of chronic calcifying pancreatitis (CCP). Case report: A 61 year-old male patient had a history of acute pancreatitis. His examination in the hospital began in January 2013, because of intense stomach pain, extreme weight loss and weakness. From his laboratory parameters acquired on admission, extremely increased obstructive serum enzyme activity should be highlighted. By abdominal ultrasound, stones in the gallbladder and the common bile duct, some free abdominal fluid and multiple cystic malformation in the pancreatic head and body regions were described. The ultrasound opinion raised the possibility of pancreatic neoplasia. During gastroscopy, in the duodenum polypoid erosions were seen. From biopsy samples, malignancy was not described. Abdominal CT scan described moderate dilatation of the common bile duct and extreme, cystic dilatation of the ductus Wirsungianus. The pancreatic lesions were observed as chronic pancreatitis, but in the head area of the pancreas, malignancy could not be ruled out. The gallbladder was

observed to be hydropic, containing small stones in its fundus. ERCP described CCP with gravely disordered outflow. After endoscopic sphincterotomy and progressive dilatation, a 10 F stent was placed in the extreme wide Wirsung duct, and pancreatic fluid aspiration was performed for cytological examination. Then, because of the common bile duct stenosis, a 10 F stent was inserted in the ductus choledochus as well. Endoscopic ultrasound (EUS) using linear head could reach the duodenal bulb, where the large, heterogeneous, partly calcified pancreatic head was clearly visible. Fine needle aspiration cytology sampling (FNA) was performed. The aspiration cytology results have not confirmed malignancy (C2). Three days after the ERCP and endoscopic stent implantation, abdominal CT was performed. Regression of the pancreatic and biliary duct dilatations was described. A month later, abdominal ultrasound described the complete regression of cystic pancreatic duct dilatation. **Conclusion:** in case of CCP, EUS-FNA has a crucial role among the methods of differential diagnosis. Endoscopic drainage therapy is an appropriate alternative to surgical intervention.

137

ANALYSING THE EFFECT OF IMIDAZOLINE RECEPTOR AGONISTS AND ANTAGONISTS ON THE GASTRIC MOTILITY IN MICE

Réfi E.¹, Szabó E.¹, Fehér Á.¹, Tóth V.¹, Lutz H.², Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary¹, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology and Toxicology, University of Freiburg, Freiburg, Germany²

Introduction: Both imidazoline receptors and endogenous imidazoline ligands have been identified throughout the gastrointestinal (GI) tract, but their physiological role remains uncertain. On the other hand, functional GI disorders accompanied by motility disturbances (e.g. functional dyspepsia and idiopathic gastroparesis) are common clinical problems and new targets for drug development are needed. The present study was undertaken to clarify, whether the endogenous imidazoline system takes part in the modulation of gastric motility.

Methods: Various imidazoline ligands were tested on the electrical field stimulation (EFS)-induced gastric contractions in wild-type (WT) and $\alpha 2A$ -adrenoceptor knockout (KO) mice. The latter was necessary because many imidazoline receptor ligands bind to $\alpha 2$ -adrenoceptors as well, and among the three $\alpha 2$ -adrenoceptor subtypes the $\alpha 2A$ -one is predominantly expressed in the GI tract.

Results: Clonidine, moxonidine and rilmenidine (mixed $\alpha 2$ -adrenoceptor- and I1 receptor agonists) inhibited the EFS-induced gastric contractions in a concentration dependent manner in WT mice, which effect was inhibited by idazoxan ($\alpha 2$ -adrenoceptor and I1 receptor antagonist, I2 receptor ligand) and BRL 44408 ($\alpha 2A$ -adrenoceptor subtype antagonist), but not by ARC 239 ($\alpha 2B/C$ -adrenoceptor subtype antagonist), AGN 192403 (I1 receptor antagonist) and BU 224 (I2 receptor antagonist). Furthermore, the mixed $\alpha 2$ -adrenoceptor- and I1 receptor agonists had no or only weak effect in $\alpha 2A$ -adrenoceptor KO mice. The endogenous imidazoline receptor ligand agmatine failed to affect the EFS-induced contractions, while harmaline (an other endogenous imidazoline receptor ligand) and 2-BFI (a selective imidazoline I2 receptor agonist) exerted a slight effect in both WT and $\alpha 2A$ -adrenoceptor KO mice, but this was not reversible by idazoxan, AGN 192403 and BU 224.

Conclusions: The inhibitory effect of the tested imidazoline compounds on cholinergic gastric contractions is mediated mainly by $\alpha 2A$ -adrenoceptors. Although at higher concentrations other receptors may also contribute to their effects, the lack of inhibition by AGN 192403 and BU 224 suggests that these are not imidazoline I1 and I2 receptors. This work was supported by the National Development Agency [TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KMR-2010] and by the János Bolyai Research Scholarship of the Hungarian Academy of Sciences.

138

APPLICATION OF TRANSNASAL CAPSULE ESOPHAGOSCOPE (E.G SCAN) IN PATIENTS WITH UPPER GI BLEEDING: A PILOT TRIAL OF FEASIBILITY, SAFETY,

AND UTILITY TO PREDICT HIGH RISK ENDOSCOPIC LESIONS

Rosztóczy A.¹, Róka R.¹, Pák P.², Benkő E.¹, Vadászi K.¹, Wittmann T.¹, Madácsy L.³, 1st. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Hungary.¹, Department of Internal Medicine, Vaszary Kolos Hospital, Esztergom², 2nd. Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest³

Introduction: The optimal timing of urgent endoscopy (within 24 hours) for patients with upper GI bleeding (UGIB) remains controversial. Emergency endoscopy (EE) (within 4 hours) is indicated in patients with high risk lesions (Forrest I-IIA), but risk stratification (triage) based on only the clinical criteria can be insufficient to properly select these patients. A novel disposable transnasal capsule endoscope, the E.G.Scan (EGSC) allows direct visualization of the esophageal and gastric content. The aim of the present study was to determine whether the application of EGSC in patients with acute UGIB could be useful to improve current pre-endoscopic risk stratification.

Patients and methods: We prospectively investigated 22 patients admitted with UGIB into our emergency department. UGIB was defined as a history of vomiting fresh or altered blood with or without melaena in the preceding 7 days. After hemodynamic stabilization, both nasogastric tube aspiration (NGA) and EGSC obtained before EE. The first generation EGSC system (Intromedic) was applied successfully without complications in all patients with a disposable ultrathin transnasal probe with camera capsule at the tip. Esophageal and gastric content was defined as clear, coffee ground material and bloody. Endoscopic findings were defined as high risk (HRL) (Forrest I, IIA-B) and low risk (LRL) (Forrest IIC, III) lesions. Finally results of NGA and EGSC were compared to the diagnosis EE.

Results: In all but one patient there was an excellent correlation in the assessment of esophageal and gastric content between the EGSC and EE, in contrast in 8 out of 22 patients NGA and endoscopy demonstrated discordant results. Ongoing bleeding (bloody content) was demonstrated in 5 out of 6 patients with EGSC. More importantly, compared to EE Forrest HRL and LRL were differentiated with EGSC better than with NGA: PPV: 78% vs. 65%; NPV: 87% vs. 100%, sensitivity: 78% vs. 100%, specificity: 85% vs. 46% and accuracy: 82% vs. 68%, respectively. 100% of patients with bleeding esophageal varices were also identified on EGSC.

Conclusions: EGSC is feasible, safe and valuable method to assess gastric and esophageal content in the emergency room setting. Our pilot study demonstrated that EGSC can be useful to predict high-risk endoscopic lesions in patients with UGIB. Further, randomized prospective study is needed to determine the diagnostic value of EGSC as to able to identify patients who would benefit from EE. The study was supported by the Intromedic co.

139

METASTATIC EPITHELOID ANGIOSARCOMA CAUSING SEVERE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Rudas A.¹, Székely A.¹, Szilágyi A.², Sápi Z.³, Izbéki F.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár¹, Department of Pathology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár², Semmelweis University 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research Budapest³

Angiosarcoma is a rare entity, comprising less than 1% of all sarcomas. Epithelioid angiosarcoma with the epithelioid appearance of their cells is a unique morphologic subtype, where the cells carry both the epithelial and the mesenchymal differentiation markers. Considering the location they arise predominantly in the deep soft tissue, but skin and visceral organs are also mentioned as primary sites. Epithelioid angiosarcoma spreads in an early phase to the lymphnodes and to the solid organs. Treatment modalities include surgical resection, radiotherapy and paclitaxel-based chemotherapy. Despite all therapeutic approaches more than 50% of the patients are dead within 2 to 3 years from diagnosis.

Casereport: A 29-year-old male patient was admitted to the Emergency Department with severe microcytic anaemia. He has recently been experiencing recurrent tarry black diarrhoea, complained of weakness and dizziness, and had 6kg of weight loss within a short time. Because of recurrent blood loss he received 15 units of packed red blood cells. As part of the diagnostic work up of

anaemia, upper GI endoscopy was performed which detected in the descending part of the duodenum several flat, 4-5 mm polypoid, bleeding lesions that were biopsied. So as to determine the extent of small bowel affected by these lesions capsule endoscopy was done which displayed identical polypoid malformations in the jejunum as well. Colonoscopy did not demonstrate any bleeding source. He complained of a constant dull pain in the left leg, and the surface of the tibia felt irregular and painful on palpation. X-ray showed cortical erosions with lytic lesions of the tibia. A result of a previous investigation he has been scheduled for surgical removal of a swannoma-like lesion in the subclavian region revealed by MRI examination done to evaluate hypaesthesia and paraesthesia symptoms due to neuronal compression. Aspiration cytology samples were taken from the tibial mass and the subclavian lesion and were also sent for pathological studies.

Extensive immunohistochemical evaluation including staining for vimentin, CD31 and cytokeratin of all samples concluded the final diagnosis of epithelioid angiosarcoma. The patient was referred to a national oncology centre for further treatment. The diagnosis of angiosarcoma as a specific source of severe intestinal bleeding is difficult to make especially for its rarity.

140

GASTRAL ANTRAL VASCULAR ECTASIAS – SUCCESSFUL LONG-TERM RESULT WITH COMPLEX ENDOSCOPIC TREATMENT, INCLUDING BAND LIGATION AND HPU/APC

Rusznay K.¹, Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Gastroenterology, Budapest¹

Introduction: Gastral antral vascular ectasia (GAVE) is a rare cause of upper GI bleeding, that affects mainly antral mucosa and submucosa, as a small-vessel malformation. The endoscopic manifestation is very special with lengthwise vascular ectasias leading to pylorus, mimicking stripes of the watermelon, or diffuse antral involvement (DAVE), showing honey-comb feature. In majority of cases it occurs in patients suffering liver cirrhosis or autoimmune disease. It can cause even occult bleeding, leading to chronic anem, or overt, life-threatening bleeding, as well.

Patients: In the last 6 years we diagnosed GAVE/DAVE in 21 pts (9 GAVE/12 DAVE). We had 12 men (age:63.9 (51-83 ys)) and 9 women (age 72.4 (61-86)). The clinical manifestation was chronic blood loss in 10, acute in 1 patient, 3 pts had even chronic blood loss with acute episode and we had 7 pts without evidence of any kind of former bleeding. In 10 pts we did not perform endoscopic treatment (7 without sign of former bleeding, 1 patient had esophageal varices, that were treated by endoscopic ligation, and in 2 others the source of bleeding was obviously portal gastropathy. In 11 pts that were treated by endoscopic methods, we applied endoscopic band ligation (EBL) of antral mucosa exclusively in 4 pts (I), EBL+ HeatProbe Unit (HPU) in other 4 pts (II), 1 patient with EBL+argone plasma coagulation (APC) (III) and 2 pts with only HPU (IV). The average number of sessions were 2.2 (1-4). The increase of average hemoglobin level at the end of follow up were 37.5; 16.3; 11 and 19.5 g/l, respectively. The need of transfusion before and after completion of endoscopic treatment until the end of the follow up were 68 vs 6 Unit; 32 vs 3 Unit; 34 vs 8 Unit and 30 vs 0 Unit, respectively. 7/11 (63.6%) pts did not need any more transfusion, in 4/11 hospital admission were needed because of anem, but the amount of necessary transfusions decreased significantly. We could follow 9 treated pts. The average follow up was 12 (1-30) months.

Conclusion: With the combination of different endoscopic methods, including band ligation, excellent long-term results can be achieved in patients with gastric antral vascular ectasia resulting in cessation or at least significant decrease in blood loss. It is not necessary completely eradicate these lesions to get such a paramount result.

141

ENDOSCOPIC PALLIATION OF INOPERABLE KLATSKIN TUMOUR

Sahin P.¹, Futó J.², Topa L.¹, Department of Gasztroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹, Intensive Care, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University²

Aim: The optimal treatment of inoperable Klatskin tumour is biliary stenting. Our aim was to assess, by means of retrospective analysis, the survival factors of patients treated with endoscopic stent insertion and to find out if the use of metal or plastic stents makes any difference in survival rate and the frequency of cholangitis.

Method: Analysis period: 2009-2012. Inclusion criterion: inoperable Klatskin tumour. The number of patients was not sufficient to yield a statistical answer to the first question. Therefore we grouped and analysed the data from two aspects. Age: <80 years, > 80 years; Survival: < 6 months, > 6 months. Survival characteristics were analysed using the t-test. Results: n: 15; average survival: 5.7 months; average length of hospital stay: 16.2 days. Age characteristics: a: 9 patients <80 years. All >6 months survivors belonged to this category. Average survival: 8.2 months; average length of hospital stay: 13.7 days; 6 patients had plastic stents, 2 patients had metal stents, 1 patient had both. There were 5 patients with no septic complications. b: 6 patients >80 years.

Average survival: 1.8 months; average length of hospital stay: 20 days. 1 patient had a plastic stent, 2 patients had metal stents, 2 patients had both. There was 1 patient with no septic complications. Survival characteristics: the average age of >6 months survivors was 69 years, that of <6 months survivors was 76.5 years (NS). The treatment length (NS) of >6 months survivors was shorter than that of <6 months survivors (14 vs. 17 days). Patients with a shorter survival were more likely to have either metal stents or the intervention was unsuccessful. Patients with >6 months survival were more likely to have a plastic stent. According to the t-test there is a trend here but it does not reach the level of significance ($p < 0.1$). Early, septic complications involving cholangitis were more likely to appear in the <6 months survival group (NS).

Conclusion: Early septic complications and older age probably reduce chances of survival. Average survival was 5.7 months, shorter than the figure cited in the literature (6.7 months). Based on the results we can assume that subjective aspects (age, "last resort") had an influence on the choice of stent material. We explained the shorter survival compared to the literature figure with the lack of antibiotic prophylaxis and the subjective choice of stent material.

142

ROLE OF COLONOSCOPIC DECOMPRESSION IN THE TREATMENT OF TOXIC MEGACOLON SECONDARY TO CLOSTRIDIUM DIFFICILE COLITIS

Sarlós P.¹, Pakodi F.¹, Szabó I.¹, Nemes Z.¹, Péterfi Z.¹, Vincze Á.¹, 1st Dept. of Internal Medicine, KK, PTE, Pécs¹

Clostridium difficile infection (CDI) has recently re-emerged with increased incidence and severity. Risk factors of CDI include advanced age, hospitalization and prior antibiotic exposure. Toxic megacolon with paralytic ileus is a serious complication of Clostridium difficile colitis with mortality ranging from 25% to 40%. The diagnosis of toxic megacolon requires several clinical and radiological criteria. For severe cases, oral administration of metronidazole or vancomycin is the treatment of choice, in non-responding cases early surgical intervention is needed. Colonoscopic decompression may serve as an alternative therapeutic option.

The authors report 6 cases of severe, postantibiotic, pseudomembranous colitis with ileus and toxic megacolon secondary to CDI presenting to our department in 1.5 years. The patients had a mean age of 59 years at time of complication, all of them used previously antibiotics, had fever, abdominal pain, diarrhea, abdominal distention, elevated inflammatory markers, colonic dilation on X-ray, suggestive CT findings, such as colonic wall thickening and megacolon. 5/6 patients were immunocompromised (3 hematological disorders, 1 diabetes, 1 cystic fibrosis). Colonoscopic decompression was carried out minimum once per patient (range 1-4). 3 of 6 patients died as a result of progressive multisystem organ failure despite aggressive treatment, two patients were discharged with improvement and one colectomy was carried out.

The authors review and discuss the current literature on diagnosis and current management of severe, acute, pseudomembranous colitis associated with ileus and toxic megacolon, focusing on decompressive colonoscopy.

143

MANAGEMENT OF UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING – IS THERE A „WEEKEND OR NIGHT” EFFECT?

Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Ruzsnyák K.¹, Varsányi M.¹, Zsigmond F.¹, Rábai K.¹, Gyökerez T.¹, Banai J.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológia¹

Introduction: Upper gastrointestinal bleeding (UGIB) remains a common problem. Early endoscopy has been proven to shorten length of stay, increase efficiency of care, lower rates of surgery and reduce the needs for transfusion. Our aim is to evaluate the practice of urgent (4h) and early (<24h) endoscopy during weekdays and weekend, daytime and nighttime.

Patients & methods: the retrospective study reviewed 402 patients (range 22-93ys, male gender predominated 4:1) admitted to our department January 1, 2011 through December 31, 2012 with the primary diagnosis of UGIB. 4% of the patients were in in-hospital patient status, the other were admitted via emergency department. Most patients (98%) underwent early endoscopy (within 24 hours) regardless of weekend or nighttime admission. Endoscopy was performed within 4 hours in more than 50% of the pts. The first endoscopy revealed the source of bleeding in 85% of the patients. The time to endoscopy was slightly shorter at the weekend (mean time: 3.5 ± 2.5 h vs 5.0 ± 3.0 h), although the difference is not significant. When time to endoscopy was compared between the daytime and the night-time examinations on pts with UGIB, it was significantly shorter in case of nighttime bleedings group (5.5 h during the day and 3.5h by night). The rebleeding after endoscopic treatment or the unsuccessful treatment was higher at the weekend, although the difference is not significant. After unsuccessful endoscopic treatment need for surgical intervention was limited to 6% of the patients. The mean time interval between endoscopy to the operation room was higher during daytime (50 min $\pm$ 25 min vs 80 min $\pm$ 65min), secondary to the overlaid capacity of operation rooms.

conclusion: Most studies have hypothesized that the weekend and night effect is attributable to reduced hospital staffing access to specific intensive treatments and procedures. We did not observe this effect in our department in patients with UGIB secondary to our well-organized duty system, enthusiastic colleagues and formal out-of-hours emergency endoscopy services.

144

FLUID SECRETION IS INHIBITED BY ADMINISTRATION OF CIGARETTE SMOKE EXTRACT IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCAL CELLS

Schnúr A.¹, Venglovecz V.¹, Gál E.¹, Rakonczay Z.¹, Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Introduction: Smoking represents an independent risk factor for the development of chronic pancreatitis (CP), however, the pathomechanism remains unclear. Pancreatic ductal epithelial cells (PDEC) secrete an alkaline fluid mediated by anion transport, which is responsible for maintaining the integrity of the gland. Cigarette smoke extract (CSE) was found to modulate anion transport mechanism in human airway epithelial cells, however, no information is available whether smoking has such effects on PDEC.

Aim: Our aim was to investigate the effects of CSE on pancreatic ductal fluid secretion.

Methods: Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from guinea pig pancreas with enzymatic digestion and microdissection. Basal and forskolin-stimulated fluid secretion into the closed luminal space of the ducts was followed with videomicroscopy. Low magnification (4x objective) bright-field images were acquired at 1-min-intervals using a CCD camera. Relative volume was calculated with Scion Image software.

Results: Isolated guinea pig pancreatic ducts were capable of secreting fluid in the presence of bicarbonate, the fluid secretion increased up to 1.55 ± 0.12 (n=9). The administration of 5 μ M forskolin induced a sustained increase in the relative luminal volume which reached an average value of 1.84 ± 0.12 (n=7). Parallel administration of 40 μ g/ml CSE blocked the stimulatory effect of forskolin (the relative luminal volume decreased to 1.57 ± 0.11 , n=6).

Conclusions: CSE inhibits stimulated pancreatic ductal fluid secretion suggesting a deleterious effect of smoking on fluid secretion. This inhibitory effect may contribute to the pathogenesis of

CP, however, further experiments to confirm this needed. Supported by TÁMOP and OTKA.

145

ELŐREHALADOTT VASTAGBÉLDAGANATOS BETEG MULTIGÉNES VIZSGÁLAT ALAPJÁN TERVEZETT SIKERESEN ISMÉTELTI ANTI-EGFR KEZELÉSE

Schwab R.¹, Lengyel C.¹, Barti-Juhász H.¹, Szabó E.¹, Kövesdi A.¹, Várkonyi E.¹, Pintér F.¹, Kopper L.², Peták I.¹, KPS Orvosi Biotechnológiai és Egészségügyi Szolgáltató Kft¹, I. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest²

Célkitűzések: A 62 éves nőbetegnél két évvel ezelőtt köhögés miatt végzett kivizsgálás során tüdőmetasztázisokat, májmetasztázisokat, majd ezek hátterében primer vastagbél adenocarcinoma-t diagnosztizáltak. A primer daganat eltávolítása után két vonal kemoterápiát majd panitumumab terápiát kapott ami mellett a májmetasztázisok progrediáltak. A kérdés az volt, hogy a terápia rezisztencia oka a daganatban jelen lévő rezisztencia mutációk vagy a hatóanyag elégtelensége az adott betegnél farmakológiai okokból.

Módszerek: A betegnél a KRAS, NRAS, HRAS, BRAF, PIK3CA gének vizsgálatát végeztük el, mivel ezek a legismertebb biomarkerei az EGFR-gátló rezisztenciának.

Eredmények: Mind az öt gén esetében vad típusú szekvenciát találtunk, ami alapján feltételeztük a daganat EGFR-gátló érzékenységét. Ennek alapján a beteg kombinált kemoterápiát és cetuximab kezelést kapott, amire jól reagált.

Következtetés:

A célzott gyógyszerekkel szembeni rezisztenciának oka egyaránt lehet a daganat biológiai rezisztenciája és a gyógyszer farmakológiai hatástalansága. Amennyiben a rezisztencia biológiai okát kizártuk, érdemes hasonló hatásmechanizmusú, de ugyanarra célpontra ható másik célzott gyógyszert is kipróbálni.

146

C. DIFFICILE FERTŐZÖTT BETEGEK KÖRÜLTEKINTŐ VIZSGÁLATA

Seres L.¹, Bugát Pál Kórház- Gyöngyös¹

Az utóbbi években megnőtt azoknak, a főleg kórházakban terjedő, az antibiotikumok túlzott használatával összefüggő fertőzéseknek a száma, amelyeket az úgynevezett *Clostridium difficile* (*C. difficile*) baktérium okoz.

A kórokozó a betegről direkt és indirekt kontaktus révén vihető át más személyre. Minden tárgy, eszköz vagy anyag, mely széklettel kontaminálódhat, szoba jöhet a *C. difficile* spórák terjesztőjeként. A fertőzés emésztőrendszeri tünetei miatt a betegek gyakran kerülnek endoszkópos vizsgálatra miközben már igazolt /vagy még nem igazolt a *C. difficile* toxin jelenléte.

Endoszkópos beavatkozásoknál a fertőzések átvitelében az endoszkóp és tartozékaik játsszák a legnagyobb szerepet. A fertőzési lánc megszakítását megfelelő tisztítással, fertőtlenítéssel vagy sterilizálással, aszeptikus környezet megteremtésével érhetjük el.

Szeretnénk felhívni a figyelmet milyen hiányosságok fordulhatnak elő a tisztítás, fertőtlenítés során

147

BENEFICIAL THERAPEUTIC EFFECTS OF INTRAVENOUSLY ADMINISTERED FREE-CIRCULATING DNA OF COLITIC ORIGIN IN A MURINE MODEL OF DSS-COLITIS

Sipos F.¹, Müzes G.¹, Fúri L.¹, Wichmann B.¹, Spisák S.², Germann T.³, Constantinovits M.³, Barták K.¹, Valcz G.¹, Kalmár A.¹, Krenács T.⁴, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary², Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background and aims: Inflammatory bowel diseases (IBD) are characterized by aberrant innate and adaptive immune responses to commensal bacteria. The presence of free-circulating DNA (fcDNA) sequences in the serum is an established phenomenon in IBD. A

close correlation between the quantity of fcDNA and the course or prognosis of several pathologic conditions has already been described. Diagnostic, prognostic, and therapy monitoring roles of fcDNA in regards to chronic colonic disorders have also been examined, however, its biological function still remains unclear. The immunobiological effects of isolated, intravenously administered fcDNA of normal and colitic origin were assayed in both a murine model of DSS-colitis and in control mice.

Methods: After disease- and histological activity evaluations, the changes in Toll-like receptor 9 signaling and the pro- and anti-inflammatory cytokine profile were assayed in isolated immune cells of the lamina propria by real-time quantitative PCR array cards.

Results: Intravenously administered colitis-derived fcDNA has a more prominent beneficial effect on the clinical and histological severity of DSS-induced colitis in mice than fcDNA of normal origin. The systemic administration of colitis-derived fcDNA alters both TLR9-related signaling and the pro-inflammatory cytokine profile in a favorable manner, while it has no significant effect on anti-inflammatory interleukin 10 expression.

Conclusions: Our study unveiled a novel function of intravenously administered fcDNA in a murine model of DSS-colitis. Intravenous administration of fcDNA appears to be a promising novel approach to the treatment strategies of colitis.

148

ANALYTICAL CHEMISTRY EXAMINATION OF GRAPE POMACE EXTRACT

Szabó Z.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Raposa B.², Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Táplálkozástudományi Intézet, Táplálkozástudományi és Dietetikai Tanszék¹, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet²

Introduction: Wine-growing has long-standing traditions in Hungary. The most large- and small-scale wine producers that process heavy amounts of grapes, look at pomace as waste. The basis of our work is that polyphenol-type compounds are found exactly in those plant segments, which are used to produce pomace. Objective: Our research tried to support the assumption that pomace does contain varied types and high level of polyphenol. Our research question was also expanded to examine the level of polyphenol in food supplements made of pomace substances. We have compared three different kinds of food supplements - each of them were free available for consumers - and their levels of polyphenol compounds.

Method: The first step was to prepare an extract from the raw pomace and the three types of purchased food supplements. The extract tinctures have been strained at each case, then analysed first by the HPLC (High Performance Liquid Chromatography) method, second by the NALDIMS (Nanoassisted laser desorption-ionization mass spectrometry) method. The received data was evaluated with the softwares belonging to the measurement equipment.

Results: NALDI-measurements support the high level of polyphenol-type compounds defined by our research team in pomace extract. Level of polyphenol-type compounds was the highest in this sample of all measured samples. The level of polyphenol-type compounds in the other samples, the analysed food supplements were far lower. During HPLC-measurements, three polyphenol-type compounds have been examined, these were resveratrol, quercetin, and rutin. Resveratrol concentration was only possible to be defined in case of pomace extract; the level was 0,04019 mg/l. No polyphenol-levels were possible to be detected in any other analysed sample, including the food supplements too.

149

MUCOSAL HEALING EFFECT OF MESALAZINE GRANULES IN NAPROXEN-INDUCED SMALL BOWEL ENTEROPATHY

Szalai M.¹, Kovács V.¹, Regőczy H.¹, Kiss G.¹, Horváth Z.², Rácz I.¹, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Department of Gastroenterology¹, Széchenyi István University, Department of Mathematics and Computer Sciences²

Aim: To investigate the effect of mesalazine granules on small intestinal injury induced by naproxen using capsule endoscopy (CE).

Methods: This was a single center, non-randomized, open-label, uncontrolled pilot study, using the PillCam SB CE system with

RAPID 5 software. 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 LIS of 135 were eligible to enter the 4-wk treatment phase of the study. During this treatment period, 3×1000 mg/d mesalazine granules were added to ongoing therapies of 1000 mg/d naproxen and 20 mg/d omeprazole. At the end of the 4-wk combined treatment period, 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 wk of mesalazine treatment.

Results: A total of 18 patients (16 females), ranging in age from 46 to 78 years (mean age 60.3 years) were screened, all had been taking 1000 mg/d naproxen for at least one month. Eight patients were excluded from the mesalazine therapeutic phase of the study for the following reasons: the screening CE showed normal small bowel mucosa or only insignificant damages ($LIS < 135$) in five patients, the screening esophagogastroduodenoscopy revealed gastric ulcer in one patient, capsule technical failure and incomplete CE due to poor small bowel cleanliness in two patients. Ten patients (9 female, mean age 56.2 years) whose initial LIS reached mild and moderate-to-severe enteropathy grades (between 135 and 790 and ≥ 790) entered the 4-wk therapeutic phase and a repeat CE was performed. When comparing the change in LIS from baseline to end of treatment in all patients, a marked decrease was seen (mean LIS: 1236.4 ± 821.9 vs 925.2 ± 543.4 , $P = 0.271$). Moreover, a significant difference between pre- and post-treatment mean total LIS was detected in 7 patients who had moderate-to-severe enteropathy gradings at the inclusion CE (mean LIS: 1615 ± 672 vs 1064 ± 424 , $P = 0.033$).

Conclusion: According to the small bowel CE evaluation mesalazine granules significantly attenuated mucosal injuries in patients with moderate-to-severe enteropathies induced by naproxen.

150

TIME-DEPENDENT CHANGES IN INFLAMMATORY MARKERS IN A RAT MODEL OF COLITIS BY LEISURE SPORT ACTIVITY

Szalai Z.¹, Kupai K.¹, Magyariné Berkó A.¹, Pósa A.¹, Szabó R.¹, Varga C.¹, 1st Dept. of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Introduction A regular exercise has a beneficial effect on chronic inflammatory disorders, but little is known about the influence of exercise on inflammatory bowel disease.

Methods After 3, 6 and 10 weeks self-administered exercise (running wheel) male Wistar rats were treated with TNBS (10 mg) to induce colitis.

Groups are: absolute control, running control, non-running TNBS and running TNBS-treated. 72 h after TNBS treatment colon samples were collected to measure inflammatory parameters (3/6/10 weeks), myeloperoxidase (MPO, 6/10 weeks), heme-oxygenase (HO) and nitric-oxide-synthase (NOS) activities (6 weeks running). Results The TNBS treatment increased the inflammatory parameters, enhanced the activities of MPO and HO, decreased the activity of constitutive NOS (cNOS) and increased the activity of inducible NOS (iNOS) compared to the absolute control group. There was no difference between running TNBS and the non-running TNBS-treated group in inflammatory parameters after 3 weeks running. The 6 weeks running significantly increased the activity of HO (from 1.3 ± 0.2 to 2.8 ± 0.3 nmol bilirubin/h/mg protein) and cNOS (from 321.1 ± 35.2 to 438 ± 30.1 pmol/min/mg protein) compared to the absolute control group. In the 6 and 10 weeks running TNBS-treated groups, inflammatory markers including extent of lesions (6 weeks: from $58.2 \pm 3.9\%$ to $42.9 \pm 3.2\%$; 10 weeks: from $63.5 \pm 2.7\%$ to $54.1 \pm 3.1\%$), severity of mucosal damage (6 weeks: from 8.1 ± 0.5 to 6.6 ± 0.3 ; 10 weeks: from 8.5 ± 0.4 to 7.3 ± 0.3) and MPO activity (6 weeks: from 880.6 ± 79.3 to 568.4 ± 59.9 mU/mg protein; 10 weeks: from 999.8 ± 63 to 691.2 ± 98 mU/mg protein) were decreased. After 6 weeks running in the TNBS treated group there was no difference in the HO activity, while the cNOS activity increased (from 108.9 ± 25.6 to 333.9 ± 32.3 pmol/min/mg protein) and the iNOS activity decreased (from 217.5 ± 26.4 to 128.9 ± 15.8 pmol/min/mg protein) compared to the non-running TNBS group.

Conclusion These data suggest that recreational physical exercise is able to ameliorate the acute colonic inflammation induced by TNBS

challenge. This beneficial effect may be mediated through the modifications of activity of HO/NOS enzymes. This work is supported by the SROP 4.2.1/B-09-1/KNOV-210-0005, SROP 4.2.2-08/1-2008-0006, SROP 4.2.2/B-10/1-2010-0012 and Bolyai Scholarship (Aniko Posa) research grants.

151

APPENDICITIS TÖL A CROHNIG. EZ A VÉG VAGY A KEZDET? ESETISMERTETÉS

Szász N.¹, Varsányi M.¹, Schafer E.¹, Szamosi T.¹, Farkas K.², Szabó T.², Lestár B.², Kovács R.³, Mikala G.⁴, Zsigmond F.¹, Gyökér T.¹, Banai J.¹, MH Egészségügyi Központ, Gasztroenterológia¹, II. Sebészeti, Urológia³, Főv. Egys. Szt. László és István Kórház, Hematológia, Budapest⁴

A 34 éves nőbeteg gyermekkor óta fennálló, visszatérő húgyúti fertőzések miatt vizsgálták szakrendelőben. Egyértelmű organikus megbetegedést azonban nem sikerült igazolni, így végül pszichiátriai szakvizsgálatot javasoltak, melyet a beteg nem fogadott el. Jobb oldali alhasi fájdalom, ismételt húgyúti fertőzés kapcsán került Urológiánkra. Appendicitis kizárása céljából Sebészetiunkre irányították, ahol a bizonytalan hasi ultrahang miatt CT vizsgálatot végeztek, mely a jobb ovariumot érintő, a jobb oldali uretert beszűkítő ileo-coecalis konglomerátumot írt le. A beteg urgens gasztroenterológiai kivizsgálását kérték Crohn betegség alapos gyanúja miatt. Colonoscopy során a terminalis ileum szűkületét és a nyálkahártyán atipusos fekélyeket láttunk. A fekélyekből vett biopsziás minták kórszövettana Crohn betegséget állapított meg. A betegben a jobb ureterbe történő DJ katéter implantációját követően a konglomerátum miatt Sebészetiünkön ileocecalis resectio történt primer anastomosis képzéssel. Meglepetésre a műtői resectum kórszövettana malignus lymphomat igazolt gyulladásos bélbetegség helyett. A beteg a lymphoma kezelés mellett egy éve remisszióban van.

152

PREOPERATÍV STENTELÉS – HÍD A MŰTÉTIG

Szegedi L.¹, Ágoston S.¹, Rácz F.¹, Vén L.¹, Jónás András Oktatókórház I. Belgyógyászat. Nyíregyháza¹

Bevezetés: Kórházunk I. Belgyógyászati Osztályának Gastroenterológiai Részlege – Endoscopy Laboratóriuma rendszeresen végez endoscopy stent implantációt epeutakba, nyelöcsőbe. Prezentációnkban elsősorban azt vizsgáljuk, hogy az első diagnosztikus lépés és az esetleges műtét közötti időszak kritikus tüneteinek – súlyos fokú icterus, súlyos fokú dysphagia – mi lehet a legoptimálisabb megoldás a beteg és a gastroenterológus szemszögéből.

Betek, módszerek: Gasztroenterológiai Részlegünk Endoscopy Laboratóriumában 2012. január 01. és 2012. december 31. között 65 epeúti és 29 nyelöcsőstent behelyezése történt. 2013. január 01. és 2013. március 31. között a vizsgálatok száma az alábbiak szerint alakult: epeúti stent 23 db, nyelöcsőstent 7 db. A nyelöcső tumoros betegek kivizsgálása, staging-je, neoadjuváns terápia kb. 2 hónapot vesz igénybe. Ezen időszak alatt a beteg megfelelő táplálását biztosítani kell. Mi lehet az optimális megoldás súlyos dysphagia esetén a potenciálisan operabilis betegeknél? - Nasogastricus vagy nasojunális szonda levezetése 2 hónapon át? - Több alkalommal elvégzett ballon dilatatio? - PEG, PEJ beültetése? - Öntágulós műanyag vagy teljesen fedett öntágulós fémstent implantatioja? Az epeúti- hasnyálmirigy- Vater papilla tumorok esetén a kivizsgálás, staging időszaka rövidebb, 2-3 hetet vesz igénybe. Az ebben a periódusban jelentkező súlyos fokú, vagy progrediáló icterus megoldása egyértelműbb: - Endoscopy sphincterotomia. - Endoscopy stent implantatio (plasztik stent, esetleg teljesen fedett öntágulós fémstent). - PTD. Az epeutak distalis, mediális harmadi szűkületei, tumorai esetén ezen endoscopy beavatkozások technikailag relatíve egyszerűek, klinikailag effektívek. Proximális – májkaput érintő tumorok lokalizációja esetén a preoperatív stentelés technikailag bonyolultabb, klinikai effektivitása kisebb.

Megbeszélés: Prezentációnkban a nyelöcső, epe, hasnyálmirigy tumoros betegek széles körben alkalmazott és elfogadott palliatív típusú endoscopy stentelése mellett a számos fontos kérdést felvető preoperatív időszak menedzselésére fókuszáltunk, az általunk követett gyakorlatot szándékoztunk bemutatni.

153

VASTAGBÉL BAKTÉRIÁLIS KOLONIZÁCIÓ ÉS TÁPLÁLKOZÁSI SZOKÁSOK

Székelny G.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

A magyar táplálkozási szokások, a rostszegény étrend, az alkoholfogyasztás (főként a sör) közrejátszanak a vastagbél-daganat-rizikó növelésében. Az állati zsírban gazdag és rostszegény étrend hatására a koleszterinből és egyes epesavakból a bélbaktériumok olyan mérgező anyagcseretermékeket állítanak elő, melyek elősegítik a daganat kifejlődését. A rostos ételek és a keresztesvirágú zöldségfélék (karfiol, káposzta, brokkoli) fogyasztása védő hatású. A probiotikus baktériumok kolonizációjának alapvető feltétele, hogy a táplálék tartalmazzon megfelelő mennyiségű oligo-polysaccharidokat – azaz prebiotikumokat. Ezek a nem emészthető szénhidrátok táplálják a bélflórát. Biztosítják a baktériumok ellenállását a gyomorsavval, a hasnyálmirigy enzimekkel, vagy az epesavakkal szemben. Így jöhet létre kellő koncentráció a vastagbélben, ahol a laktobacillusok, bifidobaktériumok és egyéb probiotikus hatású jótékony mikroorganizmusok megtelepedhetnek. A prebiotikumok közül a rövid szénláncú szénhidrátok (frukto- galakto-oligoszacharidok, laktulóz), valamint a polimerizációra hajlamos szacharidok (inulin, keményítő) az értékesek. A legváltozatosabb módon helyezkednek el a vastagbélben, ahol fermentálódnak, valamint a savas pH mellett csökken a prokarcinogén enzimek aktivitása. A növényekben lévő rostok sajnos nem megfelelő mennyiségben vannak jelen a nyugati diétában. Jellemzőjük, hogy emésztetlenül jutnak a vastagbélbe, ahol a bélbaktériumok csak részben hidrolizálják vagy fermentálják őket. A legkevésbé lebomló komplex poliszacharidokat például a búzakarpa tartalmazza, amely cellulóz és lignintartalmánál fogva növeli a széklet mennyiségét. Azok a rostok, amelyek fermentálódnak, a káros baktériumok csapdába csalásával távolítják el a szervezetből. Az epidemiológiai tanulmányok szerint napi 30 gr rost már védelmet jelenthet a colorectális rákkal szemben.

Konklúzió: A vastagbél bakteriális kolonizációjának biztosítása a rákmegelőző állapotok gondozásának része. A polypok kiszűrése mellett, amely alapvető fontosságú a mortalitás csökkentésében, nagyon fontos az étkezésben nem kellő mennyiségben szereplő rostok és pro- és prebiotikumok pótlása. Megfelelő étrendbővítéssel és étrend kiegészítő készítmények fogyasztásával napi 30 gr rostmennyiség már védő hatású a colorectális carcinomával szemben.

154

RARE VASCULAR CONDITIONS OF ABDOMINAL CIRCULATION OBSERVED BY THREE-DIMENSIONAL COLOR-DOPPLER ULTRASOUND

Székelny G.¹, Szilvás Á.², Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

Background: Complex symptoms of abdominal vascular alterations are often missing. Abdominal Doppler US is the proper non-invasive method to prove it at early stage. The cause of the mechanical obstruction of vena cava or of major hepatic veins are mainly coagulopathy and tumors.

Patients and methods - 1st case: 48 yr old female patient was admitted to another hospital's department because of ascites and abdominal pain. Her history contained an operation of an adrenocortical oncocytoma adenoma of the adrenal gland, which was diagnosed as a semimalignant tumor. The 2D and 3D color Doppler US examination showed an irregular mass in the inferior vena cava. CT and MR examination suspected a tumor-like mass in the retroperitoneum. Results: The three-dimensional color-Doppler US showed the thrombus not only in the inferior caval but also in the hepatic veins. We applied a PET-CT examination which proved it as a metastatic tumor. A second operation was carried out and the adrenal gland tumor metastasis was successfully resected.

2nd case: A 24 yr old pregnant woman was admitted to the intensive care unit of our hospital because of jaundice and abdominal pain. The laboratory tests showed elevated liver enzymes and low platelet count. The Doppler and 3D US examinations found hepatomegaly, inhomogenous liver texture, dilated portal veins with portohepatic shunting and ascites. The clinical, laboratory and ultrasound signs supported the existing of HELPP syndrome. The patient had gastroesophageal bleeding and required transfusion and supportive

management. There were no signs of eclampsia and the delivery was successful without complications. The follow up examinations of our patient showed no of postal hypertension and diffuse liver disease any more.

Conclusion: The proper preoperative examination with 3D ultrasound can prove the cause of inferior vena cava or hepatic vein thrombosis, which could be essential for the diagnostic and therapeutic method of choice. In order to identify the HELPP syndrome the application of the above described method is more than important, it can save lives.

155

SPECIÁLIS BETEGCSOPORT ADATAI COLORECTALIS CARCINOMA POSZTOPERATÍV ELLENŐRZÉSE KAPCSÁN

Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Herman B.¹, Máhr K.², Nagy G.³, Vattay P.⁴, Bali O.⁵, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg, Belgyógyász¹, Onkológia², Radiológia³, Sebészet⁴, Patológia⁵

Bevezetés: A daganatos halálozásban élen járó vastag és végbélrákos megbetegedések onkoterápiát követő, klinikai vizsgálattal, képalkotókkal, tumor markerekkel és endoscopyval való ellenőrzése a kiújulás és az áttétképződés időben való felfedezését célozza. A kutatások további előrejelző paraméterek irányában folynak, ebben az időszakban célszerű a saját eredmények áttekintése.

Célkitűzés: A 2007. 01.01.-től frissen felfedezett beteg adatainak elemzése öt éven át olyan betegcsoporton belül, ahol a jó prognózisú, microsatellita instabil rákok előfordulási aránya csupán 7,1%.

Módszerek: A szerzők a Zala Megyei Kórház Gastro - onkológiai szakrendelésén ellenőrzött, colorectalis carcinomában szenvedő betegek retrospektív módon elemzett, posztoperatív adatait tekintik át 2007.01.01.- 2011.12.31. között. A szakrendelés beteganyaga speciális - alacsony kockázatú -, a betegek a műtétet kívül más onkoterápiában nem részesültek. Eredmények: 54 beteg (27 nő és 27 férfi) adatai kerültek feldolgozásra, köztük 15 rectum, 13 jobb colónféléi és két kettős tumor fordult elő. Pozitív családi anamnesis 4 betegnél volt feltárható. Szűrésből került felfedezésre 6 eset, 2 ízben történt a műtét ellátás ileusban. Nyirokcsomó áttét két – mindkettőt társbetegsége miatt elvesztettük -, távoli áttét egy főnél volt igazolható. Microsatellita instabilitás 5 esetben fordult elő, immunhisztokémiai módszerrel igazolva. A fenti időszakban két személynél észleltünk tumor recidívát.

Következtetések: Kis esetszámu beteganyag elemzése is hozzájárulhat a prognosztikai faktorok és az ellenőrzést irányító eljárások újraértékeléséhez.

156

LONG-TERM INCREASE OF SERUM CHOLESTEROL LEVEL IN ULCERATIVE COLITIS PATIENTS TREATED WITH CYCLOSPORINE: AN UNDERDIAGNOSED SIDE EFFECT FREQUENTLY ASSOCIATED WITH OTHER DRUG-RELATED COMPLICATIONS

Szepes Z.¹, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Szűcs M.², Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction. Cyclosporine is one of the recommended therapeutic choices in severe ulcerative colitis (UC) refractory to steroid therapy, although several serious side-effects may limit the use of the drug. Cyclosporine has been reported to increase the total cholesterol level; however the change in the serum cholesterol levels before and after cyclosporine therapy has not been examined in UC patients. The aim of this study was to compare the serum cholesterol levels before and after the cyclosporine therapy in patients with refractory UC and to examine the association between serum cholesterol level and other common side-effects.

Patients and methods. We retrospectively assessed the serum cholesterol levels of UC patients who had been treated with cyclosporine. Data of 72 patients (39 female, 33 male, mean age at diagnosis 31.8 years, mean disease duration: 13.5 years) were analyzed statistically.

Results. The mean age of UC patients at the start of cyclosporine therapy was 40.3 years, and the mean disease duration at the beginning of the therapy was 8.6 years. The median duration of

cyclosporine therapy was 9.6 months, and side effects developed in 52 patients. 65% of them developed increased cholesterol levels. The mean levels of serum cholesterol were 4.48, 6.1 and 5.08 mmol/l at the beginning, during and at the end of the therapy. Elevated serum cholesterol levels were detected in 47.2% of the patients. Serum cholesterol level was significantly increased during and after stopping cyclosporine therapy compared the time before the use of the drug (p

157

MIGRATED BILIARY PLASTIC STENT REMOVAL WITH A SMALL CALIBER NASOGASTROSCOPE FROM A PATIENT AFTER BILLROTH II. RESECTION - FIRST CASE REPORT

Szepes A.¹, Dubravcsik Z.¹, Budai A.¹, Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and Endoscopy Unit of OMCH Hungary Ltd, Kecskemét, Hungary¹

Background: In the last few years nasogastrosopes are used more frequently for direct cholangioscopy according to various indications. Bile duct stone removal, biopsies from the bile ducts were performed with high success and reasonable complication rate in patients with normal or even altered anatomy as well. However, according to our knowledge, there are no data available in the literature on migrated stent removal with this method.

Case report: A 62-year-old men, who underwent open cholecystectomy and Billroth II. gastric resection more than 15 years ago, was referred to our department with obstructive jaundice and fever. During the first, urgent ERCP plastic stent implantation was performed according to papilla of Vater stenosis without sphincterotomy (EST), because the patient was anticoagulated with acenocoumarol. Eight weeks after the first admission at the second step, we were intended to first examination, was migrated into the liver and we were not able to remove it. Therefore a second, 7 Fr 12 cm double-pigtail stent was inserted after limited EST. After another 2 months the double pigtail stent was easily removed, but we were not able to grab and remove the straight one migrated high into the bile ducts, hence we decided to perform direct cholangioscopy with a pediatric gastroscope (GIF N 180, Olympus, Japan) during the same procedure. With this method, after balloon dilation of the papilla, we were able to grab the proximal end of the intrahepatically migrated stent inside the common bile duct with a biopsy forceps and remove it from the patient. The patient was released from the hospital a day after without any complications.

Conclusion: Small caliber endoscopes could be used not only for common bile duct stone removal or bile duct biopsies, but stent removal as well even in case of altered anatomy in selected group of patients, but further data are needed to avoid complications.

158

BILIARY TYPE SPHINCTER OF ODDI DYSFUNCTION: SYMPTOMATIC OUTCOMES AND COMPLICATIONS AFTER ERCP AND ENDOSCOPIC SPHINCTEROTOMY

Szepes A.¹, Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology and Endoscopy, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹

Introduction: The diagnosis and therapy of functional biliary disorders remains a challenge. Sphincter of Oddi (SO) dysfunction (SOD) can be defined such as a motility disorder of the SO. Endoscopic sphincterotomy (EST) is a standard treatment of choice in those patients with organic SO stenosis or abnormal SO manometry. The aims of our current study were to analyze the outcome and complications of EST in our SOD patients.

Patients and Methods: 65 consecutive SOD patients were selected from our ERCP database. SOD patients with typical biliary pain were classified into three groups: SOD I: patients with dilated common bile duct, delayed biliary transit on hepatobiliary scintigraphy and abnormal liver function tests (LFTs); SOD II: either of the above; SOD III: none of the above. All patients underwent ERCP and biliary EST. Sphincter of Oddi manometry was carried out in 19 patients. Patients were followed up with our standardized questionnaire before and 6 to 12 months after the procedure with regard to relief of biliary pain, dysmotility symptoms and post-ERCP complications.

Results: Out of 65 patients 10 were male (15%) and 55 female (85%) with a mean age of 58 years. 26 SOD patients were classified to

group I, 23 patients to group II and 16 patients to group III. All but 4 patients had previous cholecystectomy. Overall 85% of SOD patients had complete or partially positive symptomatic response to EST. Interestingly the severity of dyspeptic symptoms before EST was significantly correlated with the failure of endoscopic therapy and persistent biliary pain after EST. Post-ERCP pancreatitis developed in 16 out of 65 patients (25%). Risk of post-ERCP pancreatitis was not correlated with the SOD group, the CBD diameter, the LFTs, the transpapillary bile flow and the results of endoscopic SO manometry. In contrast, the increased biliary pain and dysmotility scores before ERCP are associated with a higher risk of post-ERCP pancreatitis complications.

Discussion: EST evokes a significant improvement of biliary pain symptoms in patients with SOD. Persistent gastrointestinal symptoms and risk of post-ERCP pancreatitis correlated with the enhanced biliary pain scores and the presence of predominant dysmotility symptoms at the initial presentation, both of them indicate abnormal visceral hypersensitivity in this subgroup of patients.

159

RECTAL TUMOUR STAGING WITH RECTAL ULTRASOUND – NO DIFFERENCE BETWEEN WESTERN AND EASTERN EUROPEAN COUNTRIES?

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

Rectal ultrasound (RUS) is the gold standard method for the local staging of rectal carcinoma, based on its ability to determine the depth of tumour infiltration (T stage) and the perirectal lymph node involvement (N stage). Aims and methods: In this retrospective study, the authors aimed to determine the accuracy of RUS in rectal tumor staging during a 6-year period, in our single center. The influence of neoadjuvant radio-chemotherapy upon staging accuracy, as well as that of the probe type was also investigated. Furthermore, the study was aimed to define the case volume needed for accurate and reliable uT and uN stage assessment. The staging accuracy was calculated as the degree of correspondence with the pathological results (pT, pN). Results: Between 2006 and 2012 312 RUS examinations were performed on patients with rectal carcinoma for staging. 67 of the involved patients underwent surgery without receiving neoadjuvant chemoradiation. Preoperative re-staging (yT, yN) following neoadjuvant treatment was also performed in 33 cases. The overall accuracy rate was found to be 72% and 62% for uT-staging and uN-staging, respectively. RUS was most accurate in T1 tumour staging (sensitivity 75%, positive predictive value 85%), and had the lowest sensitivity in T3 tumours (58%). Neoadjuvant treatment worsened the accuracy (64% for yT-staging and 59% for yN-staging). The staging accuracy reached a significantly higher level after 30 examinations (increased to 79% from 64%). In the learning period, consensus-based interpretation of the images by several experts resulted in higher diagnostic accuracy. The rigid probe proved to be more reliable than the flexible one, regarding both uT- and uN-staging. Conclusion: RUS is a very important tool of rectal tumour staging, especially in cases of early-stage cancer, considering the fact, that no other method with adequate diagnostic accuracy is widely available. In order to enhance staging accuracy during the relatively short learning process, consensus-based interpretation of US images by several experts would be preferable. Compared to the results reported in the literature, the diagnostic accuracy of RUS in rectal cancer staging complies with that reported in a multicenter study carried out in Germany, suggesting that rectal tumour staging with RUS reaches Western European level.

160

TRIGGERELT MÁJ REMODELLING VIZSGÁLATA IN VIVO KÉPALKOTÓ ELJÁRÁS SEGÍTSÉGÉVEL

Szjártó A.¹, Korsós D.¹, Pekli D.¹, Csákö B.¹, Harsányi L.¹, Szigeti K.², Semmelweis Egyetem; I. sz. Sebészeti Klinika; Budapest¹, Semmelweis Egyetem; Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet; Budapest²

Bevezetés: A májresectiot követően amennyiben a megmaradó máj volumene (future liver remnant: FLR) nem elégséges, úgy májelégtelenség alakulhat ki. A portális véna ligatúra (PVL) programozott májregenerációt képes indukálni, így alkalmas az FLR növelésére a kritikusnak vélt májresectiók kapcsán. In vivo

multimodális képalkotó technika (PET-MRI) ideális módszernek tűnik a folyamat során bekövetkező máj térfogat és funkcionális változások nyomon követésére.

Célkitűzés: A kísérlet célja a PVL-t követő morfológiai és funkcionális változások dinamikájának vizsgálata PET-MRI segítségével.

Módszerek: Hím Wistar patkányokon (n=6) a máj 80%-nak (III-VII. lebezyek) portális kirekesztését végeztük, a lebezyhez futó vena portae ligatúrájával. A PET-MRI vizsgálatok iv. bejuttatott 18F-fluoro-dezoxi-glükóz (FDG) $6,46 \pm 0,99$ MBq aktivitású radiofarmakkal történtek, a PVL előtt, majd utána 24, 48, 72 órával. Az adott időpontokban a májlebezyekben mérhető aktivitás-koncentrációt a bal kamrában a 30. másodpercben mérhető aktivitás-koncentrációhoz viszonyítva határoztuk meg NanoScan PET/MRI készülékkel készített dinamikus PET és T2*-súlyozott MRI felvételek alapján. A PET-rekonstrukció OSEM 3D algoritmus szerint történt. A lebezyek volumenét az MR rekonstrukció alapján határoztuk meg.

Eredmények: I-II. és III-VII. lebezyek aktivitás-koncentrációjának átlaga a mérés 60. percében rendre: $15,7\% \pm 0,9\%$, és $17,1\% \pm 1,5\%$ a 0.; $18,8\% \pm 1,2\%$ és $29,6\% \pm 1,3\%$ az 1.; $25,1\% \pm 4,8\%$ és $59,8\% \pm 13\%$ a 2.; valamint $24,8\% \pm 2,5\%$ és $50,4\% \pm 5,3\%$ a 3. napon. Az I-II. és a III-VII. lebezyek aktivitás-koncentrációja szignifikánsan nőtt (p

161

A PARKINSON'S DISEASE 7 (PARK7) SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA GYERMEKKORI CÖLIÁKIÁBAN

Sziksz E.¹, Vörös P.², Himer L.¹, Ónody A.², Pap D.², Lippai R.², Frivolt K.³, Szebeni B.¹, Györfy H.⁴, Fekete A.⁵, Molnár K.², Veres G.², Arató A.², Tulassay T.¹, Vannay Á.¹, Gyermekgyógyászati és Nephrológiai Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Budapest¹, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², Gyermekgyógyászati Klinika, Comenius Orvostudományi Egyetem, Bratislava, Slovakia³, II.sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest⁴, „Lendület” Diabétesz Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia-Semmelweis Egyetem, Budapest⁵

Bevezetés és célkitűzés: Irodalmi adatok alapján feltételezik, hogy a PARK7 molekula a hipoxia-indukált faktor (HIF)-1 α aktivátora, mely fontos szerepet tölthet be az intesztinális barrier integritásának megőrzésében. Továbbá részt vehet a veszületett immunrendszer Toll-like receptor (TLR)-4-en keresztüli regulációjában. Kutatócsoportunk korábbi munkája során kimutatta, hogy a cöliákias gyermekek duodenális nyálkahártyájában fokozódik a HIF-1 α és a TLR4 expressziója. Mivel a PARK7 bélbetegségekben betöltött szerepe nem ismert, célul tűztük ki vizsgálatát a cöliákia patomechanizmusában.

Betegek és módszerek: Duodenum biopsziás mintákat gyűjtöttünk 19 újonnan diagnosztizált cöliákias gyermektől (medián életkor: 8 év, tartomány: 2-15 év), 5 kezelt, gluténmentes diétát tartó gyermektől (medián életkor: 5,5 év, tartomány: 0,33-14 év) és 10 kontrolltól (medián életkor: 10 év, tartomány: 5-16 év). A PARK7 mRNS expresszióját valós idejű RT-PCR-rel, fehérje mennyiségének változását Western blotlalt, szöveti lokalizációját immunfluoreszcens festési eljárással határoztuk meg.

Eredmények: A PARK7 mRNS expressziója fokozódott, fehérje mennyisége mintegy ötszörösére nőtt a cöliákias gyermekek duodenum nyálkahártyájában a gluténmentes diétát tartó gyermekekhez és a kontrollokhoz képest (p<0,05). Intenzív PARK7 festődést tapasztaltunk a cöliákias gyermekek kripta epitéliumában és lamina propria sejteiben a kontrollokhoz képest. Következtetések: A PARK7 emelkedett szintje a cöliákias betegek duodenum nyálkahártyájában arra utal, hogy szerepe lehet a cöliákia patomechanizmusában. Feltételezzük, hogy a PARK7 protektív hatású lehet, azáltal, hogy a HIF-1 α és a TLR4 regulációja révén hozzájárul az epiteliális barrier integritás megőrzéséhez, az immunhomeosztázis fenntartásához.

162

METHODS OF CORRECTING INTESTINE DYSBIOS AND THEIR INFLUENCE ON THE DYNAMICS OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY AMONG PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Szircsák E.¹, Ruszin L.¹, Petricskó O.¹, Ivacsevszkij M.¹, Ungvári Nemzeti Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Tanszék¹

Purpose: a comparative assessment of the usage of prebiotics and probiotics in complex treatment of patients with liver cirrhosis (LC) and their influence on clinical manifestations of hepatic encephalopathy (HE).

Materials and methods. We had 169 patients with LC under observation, which were treated in the gastroenterology, surgical and intensive care departments of Transcarpathian Regional Clinical Hospital of A.Novak. Dysbiosis was studied by a quantitative method of identifying microorganisms that have grown on a nutrient medium of agar, Saburo, Endo and 5% blood agar. Disorders in the central nervous system were determined in patients with LC, who were conscious by the following tests. Patients with LC were divided into two groups depending on the intestine dysbiosis correction method. All patients received lactulose and ciprofloxacin. Group I (70 patients), for the complex treatment they additionally received bifiform®. Group II (99 patients) probiotics did not received.

The results. The patients in group I, that in addition to standard treatment of LC also received probiotic, more evident positive dynamics of clinical manifestations of HE is observed. After a course of treatment there was no stage III encephalopathy observed in group I, while among the patients in group II it was diagnosed in 5.10% of cases. Also, after the treatment of patients in group I clinical symptoms of HE were often absent compared to the patients of group II (37,1% and 24,2%).

The data received demonstrates significant changes in the cognitive sphere, neurological and emotional status of patients with LC with signs of hepatic encephalopathy. In patients with HE evident changes in neurological symptomatology are caused by disorders of the brain blood supply in case of LC in conditions of dismetabolic disorders and toxic influence of ammonia, and also in case of liver cirrhosis these pathological changes develop on the background of a defective microbiocenosis of the colon that was revealed in 100% of examined patients with liver abnormality.

Conclusions: Correction of the colon microflora with the help of bifiform® in terms of complex therapy among patients with LC simultaneously contributes to the normalization of clinical manifestations of HE.

163

„RENDEZVOUS” TECHNIKA A KOMPLIKÁLT EPEÚTI SZÜKÜLETEK MEGOLDÁSÁRA – ESETBEMUTATÁS.

Szmola R.¹, Szijártó A.³, Szűcs Á.³, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Káposztás Z.², Dubóczki Z.², Burai M.¹, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Osztály¹, Országos Onkológiai Intézet, Onkológiai Sebészeti Centrum², Semmelweis Egyetem, I.sz. Sebészeti Klinika³

Bevezetés: Az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) során az epeutak dekompressziója általában sikeres, egyes esetekben azonban még az invazív technikákkal sem lehet bejutni az epevezetőbe (3-5%). A sikertelen kanüláció okai közül a periampulláris divertikulum, sebészeti anatómia és a tumoros infiltráció emelkedik ki. Ezekben az esetekben a percutan módszerek vagy a sebészeti beavatkozás nyújthat megoldást. A percután és endoszkópos módszerek kombinációjával („rendezvous” technika) malignus epeúti szűkületekben, a kemoterápiás kezelés késleltetése nélkül, jutunk hosszabbtávú jó eredményekhez. Az intervenciók szimbiózisát két eset megoldásával szemléltetjük.

Módszerek/Eredmények: (I.) 67 éves férfi kivizsgálása fájdalomtalan icterus miatt kezdődött, amely során Klatskin tumor diagnózisa született. A papilla egy nagy juxtapapillaris diverticulum miatt nem volt fellelhető, így sikertelen ERCP kísérletek után percután transhepaticus drainage-t (PTD) végeztünk. A PTD-n keresztül nem jutottunk a duodenumba, így műtéti drain behelyezés történt a cysticus-csonkon keresztül. A patkóbélbe tolt vezető segítségével az epeutakba jutva radiofrekvenciás ablációt (RFA) végeztünk, majd fedetlen fémentet pozícionáltunk a szűkület áthidalására. (II.) 66 éves nő korábban pancreas daganat miatt pancreato-duodenectomián esett át choledoch-jejunostoma képzéssel. A beteg sárgaságát az epeúti anastomosist szűkítő recidíva okozta. A bulbus csücsénál levő, az anastomosist is diszlokáló, szűkület miatt az endoszkópos kanüláció nem volt kivitelezhető. PTD történt külső-belső ring katéter behelyezésével. Pár napos dekompressziót követően

gastroszkóppal az átfűzött vezető mentén fedett fémstentet helyeztünk a hepatico-jejunostómába, a beteg jó ütemben desicterisálódott. A későbbiekben gyomorürülési zavar miatt a pylorusba fedetlen fémstentet implantáltunk.

Konklúzió: A „rendezvous” technika segítségül hívható komplikált epéuti szűkületek megoldására, a percután és endoszkópos módszertan ötvözésével. A beavatkozás és szövödményeinek kezelése a társszakmák együttes fellépését igényli, fontos az intervenció gasztroenterológus, invazív radiológus és pankreatobiliaris sebész jelenléte a csapatban. Az endoszkópos ultrahang terjedésével a „rendezvous” technikák szélesebbkörű felhasználása várható a közeljövőben.

164

MOLECULAR GENETICS OF CHRONIC PANCREATITIS

Szmola R.¹, Sahin-Tóth M.², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA²

Chronic pancreatitis is a progressive inflammatory condition of the pancreas that results in permanent structural damage with subsequent impairment of both exocrine and endocrine functions of the gland. The seminal 1996 finding that a mutation in the PRSS1 gene encoding cationic trypsinogen causes hereditary pancreatitis was a major breakthrough that stimulated intensive research into the genetics of chronic pancreatitis. Further disease-causing mutations were identified in the PRSS1 gene, and a significant number of mutations in novel genes (SPINK1, CFTR, CTRC, CASR) have been described in patients with idiopathic chronic pancreatitis, a more common, but non-hereditary form of the disease. Genetic and biochemical studies highlighted the importance of the tightly regulated balance between trypsin activation and inactivation in the pathogenesis of pancreatitis. Gain-of-function mutations in the PRSS1 gene enhance autocatalytic conversion of trypsinogen to trypsin and are thought to result in uncontrolled trypsin activity within the pancreas, whereas loss-of-function mutations in the genes that control trypsin under different conditions are also associated with chronic pancreatitis. The presentation will summarize the available knowledge and highlight novel findings in the rapidly growing field of chronic pancreatitis genetics.

165

EPEÚTI KEFECYTOLÓGIAI MINTAVÉTEL SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK.

Szőnyi M.¹, Topa L.¹, Zolnai Z.¹, Szent Imre Kórház¹

Háttér: Korábban ercp vagy percutan transhepaticus epéuti drenázs során nyert epe vizsgálatát használtuk a hasnyálmirigy és epéuti szűkületek vizsgálatához. Később a kefecytológiai mintavétel került előtérbe. A szűkületekből vett biopszia, vizualizálás (mikroendoszkópok, mrcp) ma a legkorszerűbb módszerek.

Célkutatás: Retrospektív vizsgálatunkkal az osztályunkon 2011. január és 2013. márciusa közti időben vett epéuti kefecytológiai mintákat elemeztük.

Betegek és módszer: Gasztroenterológiai Profilunkon 2011. és 2013. március hónap közt összesen 45 kefecytológiai vizsgálatot végeztünk. 17 esetben pancreas tumor okozta az obstrukciót (38%), 28 betegnél (62%) egyéb epéuti eltérést találtunk. Az egyéb epéuti elváltozások közül 17 (60.7 %) malignus epéuti szűkületnek bizonyult, 11 (39.3%) pedig benignus elváltozást takart. A betegek átlagéletkora 69.3 év volt. 28 nő (62.3 %) és 17 (60.7%) férfi mintáját értékeltük. A rosszindulatú eltérések közt pancreas tumor okozta kompressziót, primer epéuti tumorokat, choledochusba törő cholecysta tumorokat, májmetastasis okozta kompressziókat és a közös epevezetékbe törő gyomor tumorokat különítettük el. A mintákat ercp során vettük. C1 (definitív citodiagnózis nem adható ki) C2 (malignitás nem bizonyítható), C3 (valószínűleg benignus), C4 (malignitás nagy valószínűséggel pozitív) és C5 (malignitás bizonyítható) citológiai kiértékeléseket hasonlítottuk össze a kivizsgálás során kapott végső diagnózisokkal. Valódi pozitív eredménynek a malignus szűkületek közül a C4, C5-t, álpozitívnak a benignus elváltozások közül a C4, C5-öt, valódi negatívnak a negatívak közül a C2, C3-at, álnegatívnak a malignus esetek közül a C2, C3-at értékeltük.

Eredmények: Egy esetben C1 citológiai leletet kaptunk, így összesen 44 beteg mintáját értékeltük. 14 (31.8%) valódi pozitív, 0 álpozitív, 11 (25%) valódi negatív-, és 19 (43.2%) álnegatív eredményt kaptunk. A fenti adatok alapján anyagunkban a kefecytológiai mintavétel specifikitása: 100%, szenzitivitása: 42.2 %, pozitív prediktív értéke: 100 %, negatív prediktív értéke: 36.6 % volt. **Konklúzió:** Anyagunkban az irodalmi adatoknál magasabb szenzitivitási eredményeket kaptunk. Az egyszerű kivitelezhetőség és biztonságosság miatt az eljárás napjainkban is a diagnosztikus paletta része kell hogy legyen. Az eljárást kellő kritikával kell szemlélni, korszerű eljárásokkal kell kiegészíteni.

166

AZ ENDOSCOPOS ULTRAHANG SZEREPE AZ OESOPHAGUS, PERIOESOPHAGEÁLIS, ÉS MEDIASTINÁLIS ELVÁLTOZÁSOK KIVIZGÁLÁSÁBAN

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

Az endoszkopos ultrahang (EUH) vizsgálatok megjelenése mérföldkőnek számított a nyelőcső betegségek kivizsgálásában. Az endoszkopos képen észlelt elváltozások az EUH transmuralis képalkotása alapján differenciálhatókká váltak. A legfontosabb diagnózis az EUH vezérelt finomtü biopszia (FNAB) lehetőségének megjelenése tette lehetővé.

Osztályunkon 2007 óta végzünk EUH vizsgálatokat szükség szerinti FNAB kiegészítéssel. Munkánkban áttekintjük az EUH-val vizsgálható nyelőcsőbetegségek formáit, és bemutatjuk a lehetőségeket a mediastinum és egyes tüdőbetegségek kivizsgálásában alkalmazott EUH, és EUH FNAB alkalmazásával.

A periesophagális képletek differenciáldiagnosztikájában a benignitás és malignus folyamatok elkülönítése a cél. Az oesophagus daganatos betegségeinek vizsgálatában legfontosabb szempont a daganat kiterjedése a TNM fázisok megítélése, amely a terápiás döntés meghozatalában és a műtéti ellátás megtervezésében alapvető. A mediastinum betegségeiben a hátsó mediastinális terület térfigyelő képleteinek kizárólagos vizsgálatában legfontosabb szempont az ultrahang és EUH FNAB. Bronchosopia és transthoracalis biopsia számára nem vagy nehezen elérhető területek, megnagyobbodott nyirokcsomók esetében is az EUH –EUH FNAB a választható eljárás. Munkánkban összegezzük endoszkopos laborunkban előforduló nyelőcső és mediastinális EUH vizsgálatunkat és a különböző vizsgálati-ellátási lehetőségeket mutatjuk be reprezentatív esetekben

167

MOUTHPIECE MADE OF SYRINGE RENDERS GASTROSCOPY IN PATIENTS WITH PARTIAL TRISMUS

Taller A.¹, Csikós D.¹, Kótai Z.², Uzsoki utcai Kórház II. Belgyógyászat¹, Uzsoki utcai Kórház Fül-orr-gégész²

Background: For performing safe endoscopy it is necessary to use a mouthpiece. In patients who are unable to open their mouths to a satisfactory degree for the introduction of a mouthpiece endoscopic procedures fail. Partial trismus may hamper oral access to the upper gastrointestinal tract.

Materials and Methods: The barrel of a disposable plastic syringe was cut about 2cm from where the plunger enters it. This short piece was put within the teeth. One flag looked towards the philtrum and the other to the chin. On the inner side there was no flange and on the outer side the flags of the tube prevented the displacement of that self-made mouthpiece. An endoscope could be passed through this tube into the oesophagus and further till the duodenum.

Results: Five upper gastrointestinal endoscopies were performed on patients with partial trismus or mouth opening difficulties. Three procedures were percutaneous endoscopic gastrostomy tube placements on head and neck cancer patients by the means of a 20ml syringe. Two endoscopies were carried out because of upper gastrointestinal bleeding through a 5ml syringe. All oesophago-gastro-duodenoscopies were successful via the self-made mouthpiece. No complications occurred. A gastroscope less than 12mm in diameter can be passed even through a 5 ml syringe. A PEG tube could be placed via the 20ml syringe.

Conclusions: Syringes of 5, 10 or 20ml are of smaller diameter than the commercially available mouthpieces. About a 2 centimetre long

part of these syringes can be used as a mouthpiece. Extra care must be taken for preventing of displacing and swallowing them.

168

VASTAGBÉL TUMOROK PREOPERATÍV ENDOSZKÓPOS JELÖLÉSE SAJÁT VÉRREL LAPAROSCOPOS MŰTÉTEKHEZ

Tari K.¹, Lukovich P.¹, Harsányi L.¹, Weltner J.¹, Völgyi Z.², Vecseyne Kőnczöl K.², Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg²

Bevezetés: A minimál invazív technika fejlődésével a kisméretű, korai stádiumú vastagbél daganatok eltávolítására számos előnye miatt ma már a laparoscopos technika ajánlott. Ennél a módszernél a tapintás hiánya miatt azonban jóval nehezebb a tumor helyének műtéti észlelése. Az intraoperatív colonoscopya veszélyezteti a műtéti sterilítást, a bél insufflálásával megnehezíti a műtét kivitelezését, és felboríthatja az endoszkópos szakrendelés munkarendjét. Preoperatív endoscopyos jelölésre több módszert alkalmaznak: a fém klip költséges, gyakran lesodródik, és helyének meghatározására intraoperatív röntgen átvilágítás szükséges. A különböző festékanyagok, injectálása a bélfalba (metilén-kék, indigokármín, indocininzöld, vagy a széntartalmú Spot), ha ritkán is, de okozhat szövődeményeket: helyi szöveti gyulladást, tályogot, postoperatív adhéziókat, allergiás reakciókat.

Betegek és módszer: A Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika endoszkópos laboratóriumában két, laparoscopos vastagbélműtetre előkészített betegnél a műtét napján reggel a betegéktől levett 6 ml saját vér felhasználásával végeztük az elváltozás jelölését. A vért – levétele után azonnal - scleroterápiás tűvel fecskendeztük az operálandó elváltozástól proximálisan és distalisan körkörösén 4 irányban. A jelöléshez injectio helyenként 1,5 ml vért használtunk. A beteg saját vérével történő endoszkópos jelölést egy koreai munkacsoport publikálta először 2012-ben.

Eredmények: A beavatkozások során szövődeményt nem észleltünk. A vastagbél falába fecskendezett saját vér az endoscopyos jelölés során submucosusan jól látható volt, és a laparoscopos műtétek alatt is pontosan meghatározható volt az elváltozás helye.

Következtetés: A beteg saját vérével történő endoscopyos jelölés egy új, egyszerű, költséghatékony módszer, mely szükségtelenné teszi az intraoperatív colonoscopyát.

169

GASZTROINTESZTINÁLIS TRAKTUS IATROGÉN FISTULÁINAK ZÁRÁSA SZÖVETRAGASZTÓVAL. ESETISMERTETÉSEK.

Tarpay Á.¹, Káposztás Z.², Pozsár J.¹, Dorogi B.², Dubóczki Z.², Szmola R.¹, Burai M.¹, Pap Á.¹, Invazív Gasztroenterológiai Onkológiai Osztály, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹, Onkológiai Sebészeti Centrum, Országos Onkológiai Intézet, Budapest²

Bevezetés: A cholecystectomya ritka, de hosszú hospitalizációt és reoperációt igénylő szövődeménye a bilo-cután fistula kialakulása. A korszerű endoszkópos drainage-nak köszönhetően ezen fistulák egy része megoldható, azonban néhány esetben többszörös műtéti beavatkozással lehetséges a szövődemény ellátása, mely igen megterhelő a beteg számára, ráadásul igen magas az ellátás költségigénye. Pancreas rezekciós műtétek gyakori szövődeménye a pancreato-cután fistulajáratok kialakulása, melyek jejunális táplálás, tehermentesítő drain, szekréciógátlás mellett rövid időn megszűnnek. Néhány esetben ezek a fistulajáratok krónikussá válnak, ilyenkor a záródás csak hosszú hospitalizáció mellett remélhető.

Betegek, módszerek: Első esetismertetésünkben egy 58 éves, korábban emlőtumor miatt operált és kezelt nő beteg cholecystectomya után kialakult bilo-cután fistula sikeres endoszkópos kezelését mutatjuk be. A betegnél kialakult iatrogén epéuti szűkület és mögöttes fistulajárat megoldására több lépcsős ERCP, epéuti tágitás, majd többszörös plastic stent, illetve nasobilialis drain implantáció történt. A fistula epehozama az endoszkópos terápia hatására jelentősen csökkent, azonban nem szűnt meg. A járat szövetragsztóval történő feltöltése után elzáródott, a beteget pár nappal a beavatkozás után panaszmentesen bocsátottuk otthonába.

Második és harmadik esetünk egy 58 és egy 62 éves férfi beteg, akik pancreas tumor miatt Whipple műtéten estek át. A műtét után

pancreas fistula alakult ki. A fistulajárat zárását a tehermentesítő drainen keresztül bejuttatott szövetragsztóval oldottuk meg sikeresen.

Konklúzió: A bemutatott esetekben mind a pancreas, mind az epéut fistuláit sikeresen oldottuk meg a fistulajárat szövetragsztóval történő zárásával. Bár a szövetragsztó ára magas, a beteg hosszas hospitalizációjakor fellépő többletköltségeket figyelembe véve az alkalmazása így is költséghatékony.

170

OUR INITIAL EXPERIENCES IN CONNECTION WITH MR ENTEROGRAPHY

Tasnádi T.¹, Csefkó K.², Varga M.², Radiology, Dr Rethy Pal Hospital, Bekescsaba¹, 3rd Department Internal Medicine-Gastroenterology, dr Rethy Pal Hospital, Bekescsaba²

Introduction, aims: MR enterography is a special technique used for depicting the small bowel. The aim of our work is to settle MR enterography in our every day diagnostic algorithm based on our initial experiences. In our presentation, taking technical literature and our experiences into consideration, we would like to show this picture producing method and its practical usage

Patients and methods: We used enterography in case of 55 patients (35 women and 20 men, average age is 44) from January 2009 to April 2013. The pictures of examinations have been surveyed again and in certain cases have been compared with other examinations' pictures. The exams were done by Siemens Magnetom Symphony 1.5 T machine. To get our patients ready, we used two methods to fill up the small bowel. During the examinations, multilevel native sequences and gadolinium content contrast were used intravenously.

Results: In case of 26 patients, we underlined some morphological disorders referring to Crohn disease (CD). After summarizing our initial experiences, we managed to make a protocol, which can be used well in practice and is not stressful for patients.

Conclusion: MR enterography is a picture producing method with appropriate diagnostic accuracy and without any radiation exposure. During the examination, the extra- and intraluminal abnormalities of the small bowel can be visible. MR enterography is especially suitable for the accurate imaging of the activity of Crohn's disease, including the expansion of the pathologic area, the complications, such as fistula or abscess.

171

CSONTTÖRÉSI KOCKÁZAT MÉRÉSE GYULLADÁSOS BÉLBETEGETSÉGEKBE

Terjék O.¹, Lőrinczy K.¹, Csontos Á.¹, Lakatos P.², Salamon Á.³, Nemes A.³, Fekete B.¹, Tóth M.¹, Szabó A.¹, Horváth C.², Tulassay Z.¹, Miheller P.¹, Semmelweis Egyetem, II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest², Tolna Megyei Balassa János Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Szekszárd³

Bevezetés: A gyulladásos bélbetegségekben gyakori a csökkent csontsűrűség és a következményes csonttörés. A Fracture Risk Assessment Tool (FRAX®) rendszer segítségével kiszámolható a betegek törési kockázata. A modell a csontsűrűség mérése nélkül megadja a klinikai törési kockázatot (k-FRAX), amely kiegészíthető a csontsűrűség (BMD) vizsgálat eredményével (bmd-FRAX). Az így kapott két eredmény egymástól eltérő lehet. A vizsgálat célja a csontsűrűség méréssel és az a nélkül számított FRAX értékek összehasonlítása volt.

Betegek és módszerek: A vizsgálatba összesen 253 (187 Crohn-betegség és 66 colitis ulcerosa) beteget vontunk be. A csontsűrűség meghatározását kettős röntgensugár abszorpciometria módszerrel végeztük. A betegek törési rizikóját a Magyarországra validált online FRAX kalkulátor segítségével határoztuk meg a combnyak BMD-vel és BMD nélkül, és a kapott adatokat összevetettük.

Eredmények: A k-FRAX értékek szignifikánsan nagyobb törési rizikót mutattak a major osteoporotikus törésekre vonatkozóan, mint a bmd-FRAX értékek (1.98±1.14 % és 1.47±0.81 %, p<0.01). Hasonló tendencia volt mindkét betegcsoportban a csípőtáji törések valószínűségének számításakor is (0.49±0.82 % és 0.28±0.56 %, p<0.05). A k-FRAX értékek a nagyobb kockázatú betegekben (fiatalabb, sipolyozó, nagy kiterjedésű) is magasabb értéket mutattak a bmd-FRAX-nál mind a major osteoporotikus törések, mind a csípőtáji törések vonatkozásában.

Következtetés: A vizsgálatban a csontsűrűség méréssel kiegészített FRAX érték kevesebb törést jósolt a gyulladásos bélbetegekben, mint a klinikai FRAX. A jövőben szükséges lenne a k-FRAX és bmd-FRAX értékek határértékeinek, azok érzékenységének és fajlagosságának meghatározására.

172

SERUM CALPROTECTIN IN INFECTED PANCREATIC NECROSIS

Terzin V.¹, Földesi L.², Róka R.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, Czákó L.¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Laboratory Medicine, University of Szeged, Szeged²

Introduction: Calprotectin (Cal) is a calcium-binding protein secreted predominantly by neutrophils and monocytes. Serum Cal level is known to be elevated in patients with acute pancreatitis, but it is thought not to be a useful marker for early prediction of severity of pancreatitis. The aim of the present study is to evaluate the role of serum Cal in the prediction of infected acute necrotizing pancreatitis.

Patients and methods: Between November 2011 and February 2013 patients with acute necrotizing pancreatitis admitted to our clinic were recruited. Additionally positive controls with edematous pancreatitis or sepsis and healthy negative controls were enrolled into the study. Serum samples were prospectively taken for the measurement of Cal, procalcitonin (PCT), C-reactive protein (CRP) and white blood cell (WBC) count. The presence of necrosis was established with abdominal computed tomography (CT), the occurrence of infection was revealed with ultrasound-guided fine needle aspiration and culture or with air bubbles seen on abdominal CT scan.

Results: 13 patients treated with acute necrotizing pancreatitis were recruited in the study (11 male, 2 female, mean age: 50.3±18.8 y, range: 34-77 y). The serum Cal level on the first day of admission differed significantly between the groups of infected necrosis and necrotizing acute pancreatitis ($p<0.006$) and between the group of infected necrosis and acute edematous pancreatitis ($p<0.03$); however there was no significant difference between necrotizing acute pancreatitis and edematous acute pancreatitis. Analyzing the time-course changes of the inflammatory parameters, in 70% of the cases Cal was the marker which elevated first. In 86% of the patients Cal elevation was followed by the increase in CRP level, while WBC count and/or PCT were slightly elevated or normal.

Conclusion: Serum Cal is elevated in acute pancreatitis, but it is not able to differentiate between edematous and necrotizing pancreatitis. Cal determination may be a useful marker to predict infected necrosis. Further cases are needed to evaluate its role in the diagnosis.

173

PANCREAS CANCER WITH GASTRIC INVASION MIMICKING GASTRIC SUBMUCOSAL TUMOR

Theisz J.¹, Baranyai Á.¹, Simon K.², Bánsághi Z.³, Topa L.¹, Gastroenterology Department, Szent Imre Hospital, Budapest¹, Pathology Department, Szent Imre Hospital, Budapest², Radiology Department, Szent Imre Hospital, Budapest³

The EUS has even more role in the diagnostic of the GI tract tumors mostly if these lesions to be covered with intact mucosa.

A 73 years old male presented to us with several weeks of epigastric pain, losing weight and melaena. Physical examination revealed mild pallor and epigastric tenderness. Laboratory test results showed leukocytosis, moderate anemia and a positive fecal occult blood test. EGD disclosed an ovoid bulging mass with small ulceration on the surface at the posterior wall of the subcardial region. This picture suggested gastric submucosal tumor or external compression. EUS demonstrated a 7 cm exophytic mass arising from the propria muscularis with hyperechoic components; it was diagnosed as a GI stromal tumor. According to the FNA cytology it is not possible to decide where is the lesion from exactly. But CT showed this hypodense mass arising from the cauda of the pancreas and also showed multiple liver and lymph node metastases. Pathology showed the tumor to be fibroblastic ductal carcinoma (CK7, CK19 and MUC1 were positive, CK20 and MUC2 were negative). The final diagnosis was a pancreatic cancer with gastric invasion, liver and

lymph node involvement. He is currently receiving chemotherapy and being followed in our oncology department.

Here we can learn which tumors that arise from the submucosa and lesions growing from outside a hollow organ toward the lumen create an indentation of the mucosa. Thus any time it is suspected that a lesion arises from the submucosa, an external lesion must be excluded.

174

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED DRAINAGE OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS

Topa L.¹, Sahin P.¹, Rédei C.¹, Szőnyi M.¹, Igaz I.¹, Tóth L.¹, Szent Imre Kórház P T E Oktató Kórháza Budapest¹

Background: Pancreatic fluid collections (PFCs) develop secondary to either fluid leakage or liquefaction of pancreatic necrosis following acute pancreatitis, chronic pancreatitis, surgery or abdominal trauma. Pancreatic fluid collections include acute and chronic pseudocysts, pancreatic abscesses and pancreatic necrosis. Before the introduction of linear endoscopic ultrasound (EUS) and EUS-guided drainage procedures, the available options for drainage in symptomatic PFCs included surgical, percutan and conventional endoscopic transmural drainage. EUS guided drainage is less invasive than surgery and therefore does not require general anesthesia. Complications such as bleeding, inadvertent puncture of adjacent viscera, secondary infection and prolonged periods of drainage with resultant pancreatico-cutaneous fistulae may be avoided.

Aim: To evaluate the efficacy of EUS-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocyst.

Method: From Jan.2012 to March 2013, 12 consecutive symptomatic patients submitted to 14 procedures were retrospectively analysed. Chronic and acute pancreatitis were found respectively in 3 pts. (25 %) and 9 (75%). The mean age was 60,3 year (44-85 y), 7 male, 5 female. Bulging was present in 2 (16%) cases. Cystogastrostomy and cystoduodenostomy were created with an interventional linear echoendoscope under endosonographic and fluoroscopic control. By protocol, a single plastic stent (8 and 10 F),with or without nasocystic drain, was used.EUS-guided FNA of cyst-content and transmural drainage was successful in 12 (100%) patients. One case needed surgery, but not due to procedure related complications. During a mean follow-up of 3,6 months, there were 2 (16%) symptomatic recurrences due to stent clogging or migration.

Conclusion: EUS-guided transmural drainage provides an effective approach and first choice to the management of acute and chronic non-bulging pancreatic fluid collections, with high rate of success, and low rate of complications.

175

KÖPENYSEJTES LYMPHOMA VASTAGBÉL ÉRINTETTSÉGGEL

Topál L.¹, Szakál I.¹, Gombás P.², Almási K.², Szűcs I.², Valasinyószki E.³, Dombi P.³, Endoszkópos Labor, Selye János Kórház, Komárom¹, Patológiai Osztály, Szent Borbála Kórház, Tatabánya², Hematológiai Osztály, Szent Borbála Kórház, Tatabánya³

Bevezetés: A felnőttkori non-Hodgkin lymphoma előfordulása az elmúlt időben jelentősen nőtt Magyarországon. Százezer lakosra évente 5-10 új megbetegedés jut. A köpenysejtes lymphoma ritka, a non-Hodgkin lymphomák esetek mintegy 5 %-át teszi ki. Férfiaknál gyakoribb, általában 50-70 éves kor között ismerik fel. Vastagbél érintettség az esetek egytizedében fordul elő.

Esetismertetés: A 65 éves nőbeteg kivizsgálását fél éve jelentkező hasmenés miatt kezdték meg. Általában délelőttönként volt 2-3 lazább széklete. Étvágya jó volt, nem fogyott. Véres illetve szurokfekete széklete, hasi fájdalom, láza, tapintható nyirokcsomója nem volt. Laborjában magasabb koleszterin és vércukor értéken kívül kóros nem volt. Hasi ultrahang vizsgálattal a colon transversum területében egy kb. 4 cm-es echoszegény képletet észleltek, számos 10-12 mm nagyságú echoszegény, nyirokcsomónak megfelelő képletet is leírtak. Vastagbél daganat lehetőségét vetették fel. Vastagbél-tükrözés során számos nagyságrendben találtak polypoid képleteket. Ezek küllemük alapján három nagyobb csoportba voltak oszthatók: 1. 6-8 mm átmérőjű papulák, rajtuk a submucosus kiserek látszóttak, 2. 15-20 mm-es, többnyire vöröses nyálkahártyájú polypoid képletek, biopsziás fogóval puha tapintatúak voltak, 3. a

legnagyobb képletek 30-40 mm körűek voltak, közülük többnek keményebb tapintata volt. Szövettani vizsgálattal monomorph mucosus és submucosus lymphoid infiltrátumot észleltek, köpenysejtes lymphomát vélemeztek. Haematológiai kivizsgálás során csontvelő érintettség nem igazolódott. Mellkas CT mellkasi érintettséget nem jelzett, hasi CT-n mesenterialis nyirokcsomó megnagyobbodást írtak le. R-CHOP protokoll szerint citosztatikus kezelést indítottak.

Tekintettel a ritka és jellegzetes endoszkópos képre, melynek észlelésekor a lymphomatoid polyposis gyanúja felvethető, a videofelvételt bemutatásra érdemesnek tartjuk.

176

HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÖTT CIRRHOSISOS BETEGEK KEZELÉSÉVEL NYERT REAL-LIFE ADATOK. A BÁZISTERÁPIA JELENTŐSÉGE A HÁRMAS KOMBINÁCIÓK IDEJÉN

Tornai I.¹, Nagy I.², Pálvolgyi A.², Bányai T.³, Lakatos P.³, Martyn T.³, Lombay B.⁴, Váczi Z.⁵, Tusnádi A.⁶, Lesch M.⁷, Budai A.⁸, Jancsik V.⁹, Weisz G.⁹, Csefkó K.¹⁰, Varga M.¹⁰, Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Szegedi Tudományegyetem, I. Belklinika, Szeged², Pándy Kálmán Kórház, Infektológiai osztály, Gyula³, Szent Ferenc Kórház, Belgyógyászati osztály, Miskolc⁴, BAZ megyei Kórház, II. Belgyógyászat, Miskolc⁵, Hetényi Géza Kórház, Infektológiai osztály, Szolnok⁶, Jós András Kórház, Nyíregyháza⁷, Megyei Kórház, Belgyógyászati osztály, Kecskemét⁸, Kenézy Gyula Kórház, Infektológiai osztály, Debrecen⁹, Réthy Pál Kórház, Gasztroenterológiai osztály, Békéscsaba¹⁰

Bevezetés: A C hepatitiszes betegek 40-50%-a gyógyítható meg kettős kombinációval. A kezelés kimenetelét előrejelző legfontosabb prediktorok a cirrhosis, az IL28B és a vírustiter. Az eddigi legnagyobb magyarországi adatbázisból a cirrhosisos betegek eredményeit összesítettük.

Célkitűzésünk szerint vizsgáltuk a kezelés alatti vírusválaszok és a tartós virológiai válasz szempontjából jelentős tényezőket.

Betegek: 1211 naiv és 485 újakezelt beteg adatait gyűjtöttük össze. Ezek közül 177 naiv és 101 újakezelt betegnek (278) volt cirrhosisa. Az átlagos életkor 49 (18-71), a férfi/nő arány 146/132 volt. A kezelés előtti HCV RNS szintet 400.000 IU/ml felett tekintettük magasnak (HVL), alatta pedig alacsonynak (LVL). A betegek peginterferon alfa-2a vagy alfa-2b plusz ribavirin kezelésben részesültek. Értékeljük a HCV RNS szint változását. Komplet korai vírus válasz (cEVR) esetén a 12. heti HCV RNS <15 IU/ml, null-reszpnderekben (NR) a csökkenés < 2 log. Mindkét érték az interferon szenzitivitás paramétereként értékelhető. Ezen felül, a tartós virológiai választ (SVR) is vizsgáltuk.

Eredmények: A naiv és újakezelt betegek összesített csoportjában a cEVR 27% (76/278) volt. A NR arány 34% (95/278) volt. Az SVR-t 56 beteg (20%) érte el. Ezeket az arányokat jelentősen befolyásolta a vírus titer. HVL esetén 21% (45/216), míg LVL esetén 50% (31/62) volt a cEVR. A NR arány is szignifikánsan különbözött 37% (79/216) HVL és 26% (16/62) LVL esetén. HVL esetén az SVR is lényegesen kedvezőtlenebb volt (31/216) 17%, míg LVL esetén (19/62), azaz 31%. Cirrhosis és HVL esetén a kezelés alatti vírus választ és az SVR-t szignifikánsan befolyásolta a peginterferon fajtája is. A cEVR alfa-2a esetén 27% (32/118), míg alfa-2b mellett csak 13% (13/98). A NR arány a peginterferon alfa-2a kezelt esetben 31% (36/118), míg alfa-2b-vel 44% (43/98). Az SVR 24% (28/118) volt alfa-2a kezeléssel és 9% (9/98) az alfa-2b-vel kezeltékben.

Következtetés: Cirrhosisos betegekben a kezelés kimenetelét jelentősen befolyásolja a vírustiter és a kezelés típusa. HVL és cirrhosis esetén ezt érdemes figyelembe venni a hármas kombinációk alkalmazása esetén is. Az interferon hatékonysága, amit a kettős kombináció idején is a kezelés alatti vírusválasz reprezentál, (cEVR és NR aránya) kifejezetten fontos a proteázgátlók eredményessége szempontjából is.

177

A KÜLÖNBÖZŐ TÁPSZERES SZUPPLEMENTÁCIÓK HATÁSAI VENA PORTAE OCCLUSIÓS TECHNIKÁK ALKALMAZÁSÁT KÖVETŐEN, MÁJTUMOROS BETEGEKEN.

Török É.¹, Hahn O.¹, Pajor P.¹, Zsirka-Klein A.¹, Dudás I.², Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest²

Bevezetés, célkitűzések: Ha a tervezett májreszekciót megelőző CT-volumetria alapján a maradék májszövet (FLR) kevés, akkor vena portae occlusió (VPO) technikák használatával az FLR hipertrofizálható. Célunk volt vizsgálni, hogy a hipertrofia fokozható-e tápszeres szupplementációval? Az alkalmazott tápszeres kiegészítés hogyan befolyásolja a hipertrofia ideje alatt a beteg testösszetételét és tápláltsági állapotát? Betegek és módszerek: SE ÁOK I.sz. Sebészeti Klinikán 25 beteget vontunk be a vizsgálatba, akiknél a VPO-t követően tápszeres szupplementációt alkalmaztunk. Az FLR-t és a tumortérfogatot CT-volumetriával határoztuk meg. Antropometriai, labor vizsgálattal és bioimpedancia méréssel a testösszetétel és a tápláltsági állapot meghatározását végeztük. Az

178

GASZTROSZKÓPOS ELEM(E)ZÉS AZ ÉJSZAKÁBAN-NYELEMÉNY & LELEMÉNY

Tóth G.¹, Vasali G.¹, Sovány I.¹, Székely G.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály¹

Bevezetés: Az endoszkópos szakemberek kedvenc beszélgetési témáinak egyike az idegentestekkel folytatott küzdelmek elemzése. Vannak centrumok, ahol az eltávolított tárgyaknak külön gyűjteményt lehet megtekinteni. Időnként valóban komoly fejtörést jelenthet egy-egy nehezen megragadható tárgy kiemelése a gyomorból. Esetismertetésünkben egy ilyen vizsgálatot ismertetünk - illusztrációkkal.

Beteg / módszerek: M. K. 17 éves fiatalember otthonában véletlenül egy AA típusú ceruzaelemet nyelt le. Édesanyja kíséretében jelentkeztek a területileg illetékes gasztroenterológián. Az ott készített gyomor RTG alapján az elem a gyomorban volt. A beteget gyermekkorának nyilvánítták, ezért nem végeztek endoszkópiát, intézetünk Gyermeksebészetre küldték tovább. Ott az ügyelet gyermek-sebész-gasztroenterológus a beteget felnőttnek minősítette, emiatt este urgens endoszkópia céljából osztályunkra utalta. Így este 9-kor már mi szembesültünk a

179

ANALYSING THE ROLE OF ALPHA2-ADRENOCEPTORS IN THE DEVELOPMENT OF DEXTRAN SULPHATE SODIUM-INDUCED MURINE COLITIS

Tóth V.¹, Fehér Á.¹, Zádori Z.¹, Holzer P.², Gyires K.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089. Budapest, Hungary¹, Research Unit of Translational Neurogastroenterology, Institute of Experimental and Clinical Pharmacology, Medical University of Graz, Universitätsplatz 4, A-8010 Graz, Austria²

Introduction: α 2-adrenoceptors (α 2-ARs) play an essential role in the regulation of gastrointestinal functions, and some literature data suggest that their ligands may have beneficial effect in colitis as well, though the results are conflicting. In a few clinical studies the α 2-AR agonist clonidine improved the symptoms of patients with colitis, while in murine colitis models UK-14304 (another α 2-AR agonist) led to exacerbation of symptoms. Thus, the present study aimed to analyse the role of α 2-ARs in the development of colitis. Methods: Wild-type (WT), α 2A- and α 2C-adrenoceptor knockout (KO) mice (C57BL/6, from both sex) were used. Mild colitis was induced by dextran sulphate sodium (DSS, 2 %) given to the drinking water for 7 days. α 2-AR ligands (clonidine and idazoxan) or their vehicle (saline) were injected intraperitoneally (i.p.) on a daily basis. To assess the severity of DSS-induced colitis, the disease activity index (DAI) (covering stool consistency, fur condition and presence of blood traces in the faeces) and changes in body weight and colon length were determined. Results: 1) 2 % DSS treatment significantly increased the DAI in both WT, α 2A- and α 2C-adrenoceptor knockout (KO) mice, reduced the colon length, but did not alter the body weight. 2) Daily administration of clonidine (0.3 - 3 mg/kg i.p.) neither aggravated, nor ameliorated the symptoms of colitis on the 7th day, although slightly increased the weight loss in all strains. 3) Similarly to clonidine, the non-selective α 2-adrenoceptor antagonist

idazoxan (3 mg/kg i.p.) did not modify significantly the severity of DSS-induced colitis in WT mice. Conclusions: Our preliminary results indicate that $\alpha 2$ -ARs may not play an important role in the pathomechanism of experimental colitis. However, further studies with other $\alpha 2$ -AR ligands are needed to clarify it. This work was supported by the Austrian-Hungarian Action Foundation (846u6 project).

180

OUR EXPERIENCES WITH 90Y-DOTATOC THERAPY FOR NEUROENDOCRINE TUMORS (NETS)

Uhlyarik A.¹, Szilvási L.², Gyökeres T.³, Torday L.⁴, Wilde D.⁵, Pápai Z.¹, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Department of Oncology¹, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Department of Nuclear Medicine², Medical Centre Hungarian Defence Forces, Department of Gastroenterology³, University of Szeged, Department of Oncotherapy⁴, Nuclear Medicine University Hospital Basel⁵

In the last 30 years the incidence of neuroendocrine tumors showed a five fold increase. This disease group includes tumors with heterogeneous behavior, and the treatment may differ significantly. The WHO's 2010 classification based on pathological characteristics provides the basis of treatment. Among the non-surgical therapeutic options, in addition to somatostatin analogues, interferons, endoradiotherapy and chemotherapeutic agents, targeted therapies including tyrosine kinase and m-TOR inhibitors have also appeared. Clinical studies proved that the long-acting somatostatin analogue Sandostatin LAR has anti-tumor activity as well, which is independent of the octerocan positivity. DOTATOC isotope endoradiotherapy is not available in Hungary; however for our patients it was accessible abroad. Between August 2010 and December 2012, a total of 10 patients received isotope therapy. The average age of the 8 female and 2 male patients was 57.5 years. The localization of the primary tumors was as follows: pancreas 3, small intestine 3, lung 1, stomach 1, colon 1, and 1 in the rectum. Based on the grade of histological differentiation, 4 patients belonged to the G1, 5 to the G2, and 1 to the G3 group. 5 patients had only liver, and 1 only lymph node metastasis. 4 patients with liver involvement had metastasis in multiple organs, 1 patient had lymph node and 1 had breast metastasis, and 2 patients had bone metastasis. Development of carcinoid syndrome was seen in 6 patients. As a response to the DOTATOC therapy 1 complete remission and 1 partial response were proven, 6 patients experienced disease stabilisation, and 2 patient had progression. The disease control rate (DCR) was 80% (CR 10%, PR 10%, SD 60%). Progression-free survival (PFS) was evaluated after 2 cycles of Yttrium DOTATOC therapy. Currently 2 patients are still stable. The mean PFS of 6 evaluable patients was 16.7 months. The side effect profile was very favorable; the most frequent acute side effects included nausea and vomiting, while renal and hematological toxicity occurred as a late adverse event in the case of 1 patient. Our experience with Yttrium DOTATOC therapy is identical to the literature results with respect to both the disease control rate (DCR) and the PFS. For the treatment of neuroendocrine tumors DOTATOC therapy is an effective option with favorable side effect profile.

181

A MÁJ ELASZTICITÁSÁNAK NON-INVAZÍV, ULTRAHANG ALAPÚ VIZSGÁLATI METODIKÁI NAPJAINKBAN

Ujlaki M.¹, Gödény M.¹, Országos Onkológiai Intézet, Radiológiai Diagnosztikai Osztály¹

Célkitűzés: A májfibrózis megítélésére kifejlesztett non-invazív, ultrahang alapú metodikák ismertetése és diagnosztikai pontosságuk összevetése egymással, valamint biokémiai markerekkel az utóbbi években publikált cikkek alapján.

Háttér: A májfibrózis, majd cirrhosis gyakori következménye a krónikus májbetegségeknek. Jelenleg a májbiopszia jelenti a gold standard diagnosztikai eszközt, hiszen a fibrózis megítélésén túl a gyulladás és nekrosis jelenlétét is kimutatja, mégis invazív volta miatt nem elhanyagolható szövödményrátaival kell számolnunk. Számos non-invazív ultrahangos képalkotó eljárást fejlesztenek ma világszerte, amelyekkel mérni tudjuk a májszövet rugalmasságát, így következtethetünk a kialakult fibrosis fokára.

Módszerek: A deformációs (strain) elasztográfia (az irodalomban RTE) csak viszonyítási értéket képes adni. Az akusztikus

lökéshullámon alapuló képalkotás (ARFI) a nyíróhullám terjedési sebességét adja meg a fibroticus májszövetben m/s-ban. A tranziens elasztográfia (Fibroscan) a szöveti elaszticitást kPa-ban teszi mérhetővé. Végül a legújabb, hagyományos ultrahang berendezésre kifejlesztett technika szuperszonkus nyíráshullámmal működik (SWE), a szöveti rugalmasságot szintén kPa-ban jelíti meg. A leggyakrabban referenciaként használt biokémiai marker a Fibrotest. A vizsgált betegek krónikus hepatitis B és C vírus fertőzöttek voltak, illetve nem alkoholos zsíros májbetegségekben szenvedtek. Eredmények: A fenti metodikák közül a legelterjedtebb a Fibroscan, melynek diagnosztikus pontossága jóval meghaladja a deformációs (strain) elasztográfia pontosságát, sőt a biomarkerek pontosságán is túltehet. Az ARFI technika pontossága megközelíti a Fibroscan-ét. Az SWE technika tűnik a legígéretesebbnek, pontossága felülmúlja a Fibroscan teljesítményét, emellett a többi metodikával szemben leképezhetővé teszi a vizsgált májszövetet is. **Kövekeztetés:** A jövőben a hagyományos ultrahang berendezéssel működő SWE a már Magyarországon is validált Fibroscan technika helyére léphet.

182

MYOFIBROBLAST-DERIVED SECRETED FRIZZLED-RELATED PROTEIN 1 (SFRP1) CAN INHIBIT COLORECTAL CARCINOMA FIELD CANCERIZATION

Valcz G.¹, Patai V.², Fűri I.², Kalmár A.², Péterfia B.², Sipos F.², Krenács T.³, Nagy N.³, Barna G.³, Wichmann B.¹, Molnár B.², Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background: Despite frequent mutations of canonical Wnt signal in colorectal cancer (CRC), the α -SMA+ myofibroblast-derived intercellular Wnt regulator SFRP1 may play a crucial role in the inhibition of autocrine Wnt loop in epithelial cells. This effect may appear in the genetically and epigenetically altered, but histologically normal adjacent tumor (NAT) areas and inhibit field cancerization.

Aims: We compared the SFRP1 protein expression and methylation patterns of SMA+ myofibroblasts in NAT and CRC areas. Our further aim was to demonstrate that the recombinant SFRP1 protein (as model of myofibroblast origin) may act as a tumor suppressor to cells which bearing Wnt signal mutation.

Materials and methods: We identified the SFRP1 expression of α -SMA positive cells by dual fluorescent immunohistochemistry in tissue specimens including both NAT and CRC regions as well (n=5). α -SMA positive cells were laser capture microdissected from NAT (n=3) and CRC (n=3) samples and methylation status of SFRP1 was analyzed in these cells. Furthermore we examined the effect of recombinant SFRP1 protein to SW480 (APC mutant) and HCT-116 (β -catenin mutant) cell lines.

Results: We found significantly decreased percentage of α -SMA+/SFRP1+ stromal cells (27,65±18,27) in CRC compared to NAT region (85,73±12,61%; p>0,001). In line with this, in CRC areas we found significantly increased SFRP1 DNA hypermethylation in laser capture microdissected α -SMA+ cells. We demonstrated apoptotic effect of exogenously administered SFRP1 protein in both SW480 and HCT-116 cell lines.

Conclusion: The myofibroblast-derived SFRP1 may act as a tumor suppressor and inhibit field cancerization in NAT areas. Paralell with tumor growth the increased methylation of SFRP1 gene in stromal myofibroblast may cause a synergistic effect with the enhanced autocrine epithelial Wnt loop and APC mutation.

183

EGY ÉV ALATT TÁPCSATORNAI FALATELAKADÁS VAGY IDEGENTEST ELTÁVOLÍTÁS KAPCSÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK BEMUTATÁSA

Varga R.¹, Tóthné Lestár A.¹, Hritz I.¹, Izbéki E.¹, I.BELGYÓGYÁSZAT, ENDOSZKÓPOS LABORATÓRIUM, FEJÉR MEGYEI SZENT GYÖRGY EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZ, SZÉKESFEHÉRVÁR¹

Bevezetés: A tápcsatornai idegentestek ellátása több szakma szoros együttműködését igényli. A lenyelt idegentestek többsége általában spontán távozik a tápcsatornából, de a szándékosan lenyelt

idegentestek és ételalakadások esetei során gyakran kényszerülünk sürgős endoszkópos beavatkozásra, amely a lenyelt idegentest fajtájától függően bonyolult beavatkozás is lehet, többnyire ügyeleti időben. Az előadás célja egy nagyforgalmú endoszkópos centrum tapasztalatainak bemutatása.

Betegek és módszerek: Kórházunkban a tápcsatornai idegentest vagy falatalakadás miatt ellátást igénylő betegek a Sürgősségi Betegellátó Osztályra, gyermekek a Gyerek Ambulanciára érkeznek, ahol az anamnézis és a tünetek értékelése, esetleg radiológiai vizsgálat alapján dől el, hogy szükséges-e urgens beavatkozás, illetve hogy az idegentest eltávolítás gégészeti vagy gasztroenterológiai endoszkópos módszerekkel történjen-e. Az endoszkópos laboratóriumban a beavatkozásokat diagnosztikus vagy terápiás endoszkóppal végezzük, a légutak védelmére vagy többszöri endoszkóp leveztés igénye esetén overtube-ot használunk.

Eredmények: 2012-ben a 4095 felső tápcsatornai vizsgálat 14%-át sürgősséggel végeztük. Az 569 sürgős endoszkópiából 68 esetben (12%) az indikáció tápcsatornai idegentest volt. Az esetek közel felében (33) korábbi műtét, vagy krónikus betegség talaján kialakult nyelőcsőszűkületből kellett ételmaradékot eltávolítani, ebből 11 betegnél sikerült endoszkóppal az ételmaradékot a nyelőcsőből a gyomorba tolni. 14 esetben pénzérmét, 5 esetben pengét/borotvát, 5 esetben tűt, 4 alkalommal fogsoroptlást, 3 esetben üvegdarabot, 2 esetben evőeszközt, 1 esetben zoknit és 1 esetben kapszula endoszkópot emeltünk ki a felső emésztőtraktusból. Büntetés végrehajtási intézetből 9 esetet láttunk el, akik többnyire borotvapengét/borotvát nyeltek. 5 gyermekből pénzérmét távolítottunk el. A pszichiátriai gondozott betegek esetén széles spektrumú a lenyelt idegentestek fajtája. Az idegentest megragadására 18 esetben Dormia kosarat, 15 esetben idegentestfogót, 6 esetben Roth hálót és 17 esetben polypectomiás hurkot használtunk. Az idegentest eltávolítások kapcsán szövödmény nem lépett fel. Egyetlen beteget sem veszítettünk el, sebészeti beavatkozásra nem volt szükség.

Összefoglalás: A tápcsatornai idegentestek miatt kórházunkba relatíve gyakran előforduló betegek sikeres ellátását a szakmai irányelvek betartása, a szükséges eszköztár és a tapasztalt, összeszokott betegellátó csapat biztosítja.

184

IMMUNOHISTOCHEMICAL ANALYSIS OF PROTEASE ACTIVATED RECEPTOR-2 (PAR2) AND CYCLOOXYGENASE-2 (COX2) CO EXPRESSION IN BARRETT ESOPHAGUS

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

Our previous results suggested that the metaplastic process resulting in Barrett's esophagus is considered as a regenerative answer to mixed duodenogastric reflux. We also established that PAR2 is expressed on the metaplastic cells, and the expression showed correlation with the histological stage of the disease. Furthermore we demonstrated that COX2 similarly correlated with the reflux severity.

The aim of this study was to investigate the co expression of PAR2 and COX2 proteins in histological samples of patients with Barrett esophagus.

Materials and methods: Sixty-four consecutive human esophageal biopsy samples were studied. After the determination of the histological type of metaplasia, and the evaluation of dysplasia, immunoexpression results of PAR2 and COX2 were ranked on a semiquantitative scale, by two independent pathologists.

Results: From a total of 64 biopsy samples, in 49 cases (77%) intestinal metaplasia, in 5 cases (8%) fundic, while in 10 cases (16%) cardiac type metaplasia was confirmed. According to the grade of dysplasia, samples were divided into one of the four groups of modified Vienna classification: 35 patients (55%) - negative for dysplasia, 17 patients (27%) - low grade dysplasia, 11 patients (17%) - high grade dysplasia. In one case early stage adenocarcinoma was described. Neither COX2 (p=0,748), nor PAR2 (p=0,131) expression showed a strong correlation with the type of metaplasia, notwithstanding that the expression of both COX2 (p=0,004) and PAR2 (p=0,001) significantly increased with the progression of dysplasia.

Conclusion: An increase in the immunoexpression of COX2 and PAR2 in routine biopsy samples can early predict the dysplastic

progression of different intestinal metaplastic lesions, thus could be a potential additive histological marker for both routine pathological and clinical diagnostics. The study was organized by the South Hungarian Regional Surveillance Group for the Study of Barrett's Esophagus (B Bod, L Czákó, J Csanádi, K Csefkó, Z F.Kiss, P. Fricz, C Góg, J Hudák, K Intzedy, K Jármay, M Karácsony, Gy Lázár, Zs Lénárt, K Lovik, T Molnár, F Nagy, L Oczella, A Paszt, S Radics, L Szalay, A Szepes, Z Szepes, A Tiszai, A Titz, M Varga, A Váry, J Zombori).

185

THE ROLE OF MR ENTEROGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF IBD AND OTHER SMALL BOWEL DISEASES FROM A GASTROENTEROLOGIST PERSPECTIVE.

Varga M.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Tasnádi T.², 3rd Department Internal Medicine - Gastroenterology, dr Rethy Pal Hospital, Bekescsaba¹, Radiology²

Introduction and objective: There are many patients examined with abdominal pain and diarrhoea in our outpatient department of gastroenterology. Disease or inflammation of the small bowel comes up quite often as a possible reason. MR enterography, which was introduced four years ago as a new method in our hospital, proved to be a very useful diagnostic procedure. In our lecture we summarize wích symptoms and former diagnostic results indicated this method and how it helped us in the further treatment.

Patients and methods.: MR enterography was performed in 55 cases in the past 4 years in order to prove or exclude inflammation, stenosis, abscessus, fistula or tumor located mainly in the ileum.

Results: In 26 cases CD has been confirmed concordantly to the clinical symptoms. 4 cases proved to be UC. 2 cases were tumor, one of them NET with metastases in the liver. 1 malignancy of the kidney connected to fistulizing CD, and 1 panniculitis were found. In 9 cases the final diagnosis became IBS (2 of them working in our hospital). In our lecture we analyse five instructive cases in detail with the findings of endoscopy, pathology, ultrasound, small bowel enterography and MR enterography.

Conclusions: Initial experiences suggest that MR enterography is a sensitive and specific method in the diagnosis of CD and small bowel tumors. It helped in the differentiation of UC, IBS celiac disease, too. It helped us to recognize the most serious cases which were followed by operation, intensive treatment or biological therapy. Collaborating with the radiologist we optimized the preparation and examination protocol in order to get the best imaging. It is well tolerable and considering the young age of the patients highly important that against other radiological methods it is free of radiation.

186

DETERMINANTS OF IMPAIRED GASTRIC EMPTYING IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Várkonyi T.¹, Fehértemplomi K.¹, Takács R.¹, Lengyel C.¹, Lázár M.¹, Papós M.¹, Pávics L.¹, Kempler P.¹, Wittmann T.¹, 1st Dept. of Internal Medicine University of Szeged, Dept. of Nuclear Medicine University of Szeged and 1st Dept. of Internal Medicine Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

Although the harmful consequences of impaired gastric motility are well-known, the determinants of this complication in type 2 diabetes (DM) are not clearly evidenced. The aim of this study was to recognize the factors which affect gastric emptying in patients (pts) with type 2 DM. Patients, methods: 31 pts with type 2 DM were included (duration of DM: 14.4±1.7 yrs; BMI: 29.5±1; age: 60.2±1.7; mean±SE) Scintigraphic procedure was applied to evaluate the stomach emptying. Autonomic neuropathy (AN) was assessed by cardiovascular reflex tests. The symptoms were analyzed with a questionnaire. Results: The half time of gastric emptying (T1/2) significantly correlated with the age of the pts (T1/2-age: r=0.39, p<0.05). Significant relationship was also found between abnormal gastric emptying and the degree of autonomic dysfunction (T1/2-AN score: r=0.40, p<0.05. HbA1c, BMI, diabetes duration or the severity of digestive symptoms did not correlate the stomach motility. More delayed gastric emptying was established in insulin-treated type 2 DM pts (T1/2: 84±9 vs 62±7 min, p<0.05; insulin-treated vs non insulin-treated pts) in the presence with a more severe AN (AN score: 6.9 vs 3.4, p<0.001; insulin-treated vs non insulin-treated pts) Conclusions: HbA1c, BMI, diabetes duration or symptoms do not

predict the impaired gastric function in type 2 diabetes. A delayed gastric emptying might be expected in elder patients with autonomic neuropathy. Patients with insulin treatment have seriously impaired autonomic function and gastric dysmotility in type 2 diabetes. Our data support a possible particular role of autonomic neuropathy in the complex pathophysiology of impaired gastric emptying in type 2 diabetes.

187

ÉLETET VESZÉLYEZTETŐ, THERÁPIA REFRAKTER CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉS OKOZTA PSEUDOMEMBRANOSUS COLITIS SIKERES KEZELÉSE SZÉKLETTRANSZPLANTÁCIÓVAL

Várvölgyi C.¹, Nagy G.³, Balogh Z.¹, Orosi P.², Paragh G.¹, Belgyógyászati Intézet, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen¹, Kórházhygiéne és Infekciókontroll Tanszék, Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Debrecen², Központi Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Osztály, B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Miskolc³

Bevezetés: Világszerte, így hazánkban is drámai növekedést mutat a Clostridium difficile fertőzés okozta enterális megbetegedések előfordulása, sajnos riasztóan magas költségvonzattal, mortalitási mutatókkal, recidiva aránnyal és terápiás refrakteritással. Egyes tanulmányok alapján a halálozás elérheti a 42%-ot, a megszokott kezelés akár 22%-ban hatástalan, a relapsus arány pedig a 30%-ot is meghaladhatja. Nem meglepő, hogy aktívan folyik alternatív kezelési és megelőzési stratégiák kutatása, fejlesztése és bevezetése.

Betegség: Jelen esetbemutatás során egy antibiotikumokkal előkezelt, felnőttkori Still-szindrómában szenvedő férfi Clostridium difficile fertőzés okozta súlyos, recidív pseudomembranosus colitiséről számolunk be. Az álhártyás bélgyulladás fulminans, életet veszélyeztető tüneteit intenzív ellátással, metronidazol és vancomycin adással, megfelelő szupportív terápiával, elhúzódó konvencionális kezeléssel néhány hét alatt sikertült rendezni. Az antibiotikum elhagyását követően azonban röviddel, mintegy hét nap után újabb, súlyos septicus állapotot eredményező recidiva lépett fel. Ekkor a hagyományos kezelés eljárások kudarca miatt alternatív kezelési módszerhez folyamodtunk. Colonoscopus eljárással faecalis bacteriotherápiát végeztünk, mely további antibiotikum adása nélkül gyors, teljes és tartós gyógyuláshoz vezetett.

Következtetések: A sikeres széklettranszplantáció kapcsán szeretnénk felhívni a szakemberek figyelmét erre, a terápia refrakter vagy recidiváló Clostridium difficile fertőzések kezelésére már prospektív, randomizált vizsgálattal is alátámasztottan hatásos (kiváló, 90% feletti gyógyulási ráta; alacsony, 6% körüli recidiva arány) és költséghatékony eljárásra.

188

BASIC AMINO ACIDS CAUSE MITOCHONDRIAL DAMAGE IN RAT PANCREATIC ACINAR CELLS

Végh E.¹, Kovács G.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Introduction: Acute pancreatitis (AP) is the sudden inflammation of the pancreas. Large i.p. doses of basic amino acids induce AP in rodents, although the mechanisms mediating pancreatic toxicity remain unknown. Mitochondrial injury is thought to play a role in the pathomechanism.

Aims and methods: Our aim was to get insight into the mechanisms through which basic amino acids damage the exocrine pancreas. Pancreatic acinar cells were isolated from rat pancreas with enzymatic digestion. Isolated cells were treated with different concentrations (20-60 mM) of L-arginine, L-lysine or L-ornithine. The morphology of acinar mitochondria was monitored with electronmicroscopy. We measured intracellular calcium concentration [Ca²⁺]_i by microspectrofluorometry using the Ca²⁺-sensitive fluorescent dye FURA-2, AM. The effect of basic amino acids on basal and cerulein-stimulated amylase secretion was tested.

Results: We saw the swelling of mitochondria after incubating the cells for 2 hours with 20-60 mM basic amino acids. However, we did not see any change in the [Ca²⁺]_i of cells, whereas marked Ca²⁺ signalling was detected in response to 100 µM carbachol. Basal and cerulein stimulated amylase secretion was not influenced by basic amino acids, compared to the control group.

Conclusions: Our data suggest that basic amino acids are unlikely to cause pancreatitis via calcium signalling, they do not alter amylase secretion, but they injure mitochondria. Further experiments are needed to investigate the exact pathomechanism. Supported by TÁMOP and OTKA.

189

ETHANOL AND ITS NON-OXIDATIVE METABOLITES PROFOUNDLY INHIBIT CFTR FUNCTION IN PANCREATIC EPITHELIAL CELLS WHICH IS PREVENTED BY ATP SUPPLEMENTATION

Venglovecz V.¹, Judák L.², Rakonczay Z.², Maléth J.², Gray M.³, Hegyi P.², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged¹, First Department of Medicine, University of Szeged², Institute for Cell and Molecular Biosciences, University Medical School, Newcastle upon Tyne, UK³

Introduction. Excessive alcohol consumption causes acute pancreatitis but the mechanism involved is not well understood. Recent investigations suggest that pancreatic ductal epithelial cells (PDECs) are involved in the pathogenesis of pancreatitis. Because the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) Cl-channel plays a major role in PDEC anion and fluid secretion, and that dysfunction of CFTR is often associated with pancreatitis, we therefore tested the hypothesis that ethanol exerts a direct effect on CFTR to impair ductal function.

Methods. The dose- and time-dependent effects of ethanol, its oxidative and nonoxidative metabolites (acetaldehyde (Ac) and palmitoleic acid ethyl ester (POAEE), respectively) and palmitoleic acid (POA) were investigated on CFTR activity on freshly isolated guinea pig PDECs and Capan-1 cell line, using the whole cell configuration of the patch clamp technique. Changes in intracellular ATP (ATPi) were measured by spectrofluorometry.

Results. Ethanol (10 and 100 mM) significantly increased the basal, but reversibly blocked forskolin-stimulated CFTR currents. The inhibitory effect of ethanol was mimicked by POAEE and POA, the latter being produced by fatty acid ethyl esterase hydrolase. Ethanol, POAEE and POA caused depletion of intracellular ATP (ATPi) linked to CFTR inhibition, since their inhibitory effects were almost completely abolished if ATPi depletion was prevented.

Conclusion. We propose that ethanol causes functional damage of CFTR through an ATPi-dependent mechanism. Furthermore, we suggest that the maintenance of ductal ATPi may represent a therapeutic option in the treatment of the disease.

This study was supported by OTKA, MTA and NFÜ/TÁMOP.

190

ADALIMUMAB ALKALMAZÁSA GYERMEKKORI CROHN BETEGSÉG KEZELÉSÉBEN

Veres G.¹, I. Sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

Dr. Veres Gábor, I.Sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest

A Crohn betegség (CD) prevalenciája világszerte nő, ebből az esetek 10-25%-ban a diagnózis felállítására gyermekkorban kerül sor. Ebben a korcsoportban a tünetek megjelenése súlyosabb, emellett a krónikus betegség a gyermekek növekedését, súlygyarapodását valamint nemi érését is súlyosan hátráltatja. A hazai gyermek-IBD regiszter (HUPIR) alapján megállapítható, hogy a CD incidenciája 4,72/100.000 gyermek, vagyis hazánk a magas előfordulású országok közé tartozik.

A betegség kezelése az elmúlt évtizedben sokat változott. Az elsőként befogadott biológiai terápia, az infliximab bevezetésével jelentős előrelépést sikerül elérni, ugyanakkor még mindig számos kérdés megoldásra vár. Sajnos nem mindenkinél hatékony az infliximab, másoknál idővel elvesz a hatás, egyes betegek pedig heves allergiás reakciót mutatnak az intravénásan alkalmazott kezelésre. A betegek ill. szüleik más része pedig eleve idegenkedik az infúziós terápiával járó gyakori kórházi kezeléstől.

Mostantól újabb lehetőséget kínál az adalimumab törzskönyvezése gyermek CD indikációban. Itt a legfőbb evidenciát a prospektív, randomizált, multicentrikus, 3. fázisú IMAGINE vizsgálat adja, ahol a terápiarezisztens vizsgálati populációban a betegek több mint 80%-a reagált az indukciós adalimumab kezelésre a vizsgálat 4. hetére. Az adalimumab hatékony volt a remisszió fenntartásában is, így a 26. héten a betegek 33,5%-a, míg az 52. héten 28,4%-uk volt

remisszióban. Infliximab-naív betegek alcsoportjában az adalimumab még hatékonyabbnak mutatkozott, itt a 26. héten a betegek 56,9%-a volt remisszióban, míg ez az arány az 52. héten 45,1% volt. A vizsgálat kezdetén kortikoszteroid kezeléssel lévő betegek közül nagy dózisu adalimumab mellett a betegek 84,8%-a (kis dózisu adalimumab mellett 65,8%) volt képes elhagyni a szteroidot a 26. hétre. Ezzel összhangban szignifikánsan nőtt a betegek növekedési üteme. A vizsgálat elején fistulával rendelkező betegek kb. 1/3-a ért el teljes fistula záródást az 52. hétig, mely arány nagy dózisu adalimumab mellett még magasabb volt (40%). Az adalimumabot a betegek általában jól tolerálták, újkeletű biztonsági kérdés a vizsgálat során nem merült fel.

Összefoglalásképpen elmondható, hogy az adalimumab szubkután adagolása miatt nem igényel kórházi felvételt, humán készítmény révén jóval kevéssé okoz allergiás ill. immunogenitási reakciót, továbbá számos közlemény szerint infliximabra nem reagáló betegeknél is hatékonyan mutatkozik.

191

„EZT NEM KELLETT VOLNA SZEDNEM” – GYÓGYSZEREK, TÁPLÁLÉKKIEGÉSZÍTŐK LEHETSÉGES MÁJKÁROSÍTÓ HATÁSA

Visnyei Z.¹, Schafer E.¹, Gyökerez T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest¹

Bevezetés: Már évszázadok óta foglalkoztatja az emberiséget a teljesítményfokozás lehetősége, amely célja a fizikai erő növelése, a fáradtság leküzdése és a koncentrációképesség fokozása. Egyre elterjedtebb az étrendkiegészítők használata a testépítésre vágyók körében is. Hatásprofil kihangsúlyozása mellett a mellékhatások háttérbe kerülnek. Ezen szerek mellékhatásai széles körben kevéssé ismertek, pedig a figyelmeztetés minden tájékoztatóban benne van.

Esetismertetés: 51 éves férfibeteg jelentkezett ambulanciánkon 1 hete kialakult sárgaság, fogyás (9 kg), világos széklet, sötét vizelet, romló általános állapot tünetivel. Fizikális vizsgálatkor icteruson kívül egyéb eltérést nem találtunk. Laborparamétereiben emelkedett GOT (91 U/l) GPT (49 U/l), GGT (854 U/l), sebi (346 µmol/l), dibi (274 µmol/l) értékeket találtunk. Hasi ultrahang vizsgálat enyhe fokú hepatomegáliát írt le, a májkapuban egy-egy kisebb, kóros méretet el nem érő nyirokcsomó ábrázolódott, a v. portae tágassága a normális felső határán volt, az epehólyag fala nem volt vastagabb. Hasi CT vizsgálat enyhe fokú, bal lebenyi túlsúlyú hepatomegálián kívül egyéb eltérést nem mutatott. Ismételt, mindenre kiterjedő anamnézis felvétel kapcsán egy többféle étrendkiegészítőt tartalmazó lista került elő. A lista áttekintése után gyógyszer okozta májkárosodás erős gyanúja vetődött fel. Differenciáldiagnosztikai céllal elvégzett vizsgálataink során a májenziméterések háttérben vírushepatitist, immunbetegséget és anyagcserezavarokat kizártuk. Toxikus ágensek felfüggesztése mellett, az idő előrehaladásával, az icterus fokozódásával tünetek közül előtérbe került a vizsketés, az alvászavar, a fogyás, a rossz közérzet, megjelent a hányinger, jobb bordaív alatti fájdalom. Roborálás mellett tüneti terápiát alkalmaztunk: epesavkötő-gyanta, altató, szilimarín adását kezdtük. Az étrendkiegészítők felfüggesztése után a klinikai tünetek csökkenéséig, illetve laboreredmények javulásáig közel egy hónap telt el. A teljes panaszmentesség és a laboreredmények normalizálódása pedig 5 hónapig tartott. A legnagyobb kihívását a beteg, a hozzátartozók és a beteget kezelő-gondozó „team” számára a lassú javulás jelenti, ami természetesen időnként kétségeket ébreszt a diagnózis helyességére vonatkozóan. A betegünk körlefolysát, differenciáldiagnosztikai nehézségeket előadásunkban ismertettük.

192

A POTONPUMPA GÁTLÓ KEZELÉS HATÁSA A MÁJCIRRHOSIS KIMENETELÉRE.

Vitális Z.¹, Tornai T.¹, Papp M.¹, Debreceni Egyetem OEC Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológia Tanszék¹

Bevezetés: A májzsugorban szenvedő betegek fontos halál oka a nyelődő varixvérzés, valamint az ascites jelenléte esetén megjelenő spontán bakteriális peritonitis (SBP). A cirrhotikus betegek kezelése során gyakran alkalmazunk protonpumpa gátlókat (PPI), sok esetben a varixvérzés profilaxisának céljából. Ugyanakkor a gyomor savtermelésének csökkentése rontja a szájon át bejuttatott baktériumokkal szembeni védekezést, így fokozza az SBP megjelenésének lehetőségét. Korábban bemutatott tanulmányunkban

igazoltuk, hogy PPI-t szedő betegekben lényegesen gyakrabban fordul elő SBP.

Célkitűzés: 235 májzsugorban szenvedő betegben vizsgáltuk a PPI alkalmazásának előnyeit és hátrányait. Összefüggést kerestünk a PPI dózisok és az SBP előfordulásának valószínűsége között, illetve vizsgáltuk, hogy a PPI használata csökkenti-e a varixvérzések gyakoriságát és befolyásolja-e a betegek túlélését, illetve, hogy mutatnak-e összefüggést ezek az adatok az alkalmazott dózissal. Különböző súlyosságú májzsugorban szenvedő betegeinket átlagosan 956 napig követtük és jegyeztük az SBP-k és a varixvérzések előfordulását, a halálozást. 103 beteg nem kapott PPI-t a vizsgált időszakban, 133 beteg a követési idő több mint felében szedte a gyógyszert.

Eredmények: A PPI-t szedő betegeinkben a korábbi adatainknak megfelelően az SBP előfordulása duplája a gyógyszer nem szedőkben észlelhető képest (26,3% vs. 12,6%). PPI szedők mortalitása is magasabb volt (53,4% vs. 29,1%, p=0,001). Sem az SBP előfordulása, sem a halálozás nem függött az alkalmazott dózistól. PPI szedőkben szignifikánsan gyakrabban alakult ki varixvérzés (33,6% vs. 6,8%, p=0,0001), a gyakoriság összefüggést mutatott az alkalmazott gyógyszerdózissal. Alap dózis esetén 26,6%, míg emelt dózist szedőkben 39,7% volt.

Megbeszélés: Nem sikerült igazolni a PPI alkalmazásának feltételezett előnyeit májzsugorban szenvedő betegekben. A gyógyszer használókban nemcsak az SBP előfordulása volt gyakoribb, de gyakrabban volt varixvérzésük is, és a mortalitás is magasabbnak adódott. A varixvérzés megjelenése összefüggést mutat a gyógyszerdózissal, a halálozás és az SBP szempontjából az alacsonyabb adag ugyanolyan veszélyes. A PPI alkalmazását lehetőleg kerülni kell májzsugorban szenvedő betegek kezelése során.

193

BEVACIZUMAB- FOLFIRI KEZELÉssel KAPCSOLATOS TAPASZTALATAINK METASZTATIKUS VASTAGBÉLRÁKBAN EGY KONKRÉT ESET BEMUTATÁSA ALAPJÁN

Vizer A.¹, Torgyik L.¹, Zergényi É.¹, Orosz Z.¹, Tóth A.¹, Tökés T.¹, Dank M.¹, SE I.sz. Belgyógyászati Klinika Onkológiai Részleg¹

Bevezetés: A bevacizumab és Folfiri (5-FU, leukovorin, irinotecan) kombinációja az egyik leghatásosabb citotoxikus kezelés metasztatikus vastagbélrák elsővonalbeli kezelésekként, amellyel komplett remisszió érhető el. Esetünkben egy 72 éves férfibeteg metasztatikus vastagbélcarcinomájának kezelési eredményeit mutatjuk be.

Anamnézis, tünetek: A 72 éves beteg családjában rosszindulatú daganatos betegség nem fordult elő. Anamnézisében 20 éve jóindulatú elváltozás miatt hangsúlyos műtét, 10 éve jobb váll inszalag szakadás, 2 éve ismert és gyógyszerrel kezelt hypertonia szerepel. Alkoholt nem fogyaszt, nem dohányzik.

Onkológiai anamnézis: 2011 márciusában 2 hete jelentkező véres hasmenéses panaszok miatt indult kivizsgálása. Colonoscopia során az anastóm 20 cm-re jelentős szűkületet okozó vérzékeny terímet találtak, hasi CT távoli áttéte utaló eltérést nem igazolt (2011.03.30.).

Terápia: 2011 áprilisában rectosigmoidealis resectiot végeztek nála, a szövettan alapján high risk adenocarcinoma (pT3pN1 (2/21), GrIII) igazolódott.

2011. júniusban készített PET CT vizsgálat duplex májjáttétet igazolt az S7-ben, ill S6-7 határán, ezért onkoterápiás vizit vélemény alapján, mivel műtétbe nem egyezett bele, 1st line Bevacizumab-Folfiri kezelést indítottunk. 2011. június és szeptember között 7 ciklusban részesült. Ezután készített kontroll mellkas és hasi CT jelentős regressziót írt le a májjáttét méretében. Újabb 6 ciklus utáni CT az S6-7 határán levő áttét eltűnését, valamint az S7-ben levő áttét tekintetében változatlan méretet véleményezett. A 2012 februári (16. ciklus után), majd májusi (22. ciklus után) készített restaging PET-CT komplett metabolikus regressziót mutatott. 2012 augusztusi CT kontroll vizsgálat változatlan mellkasi és hasi státuszt igazolt, ezért kezelését befejeztük. A kezelést a beteg jól tolerálta. A bevacizumab csak enyhébb, jól kezelhető mellékhatást okozott (Gr. I. tenzióingadozás, orrvérzés). A rendszeres gondozás alatt álló páciens jelenleg tünet- és panaszmentes, jó munkabírási, aktív.

Összegzés: Negatív családi háttérrel rendelkező, idős férfibetegünk pT3N1M1 vastagbélcarcinoma miatti kezelését 1,5 évvel ezelőtt kezdtük meg. Opus utáni 1st line kezelésként 26 ciklus

Bevazizumab-Folfiri terápiában részesült. A kezelés alatt 2 alkalommal készített restaging PET-CT komplett metabolikus remissziót írt le a duplex májjáttétek tekintetében. Összegzőképpen elmondhatjuk, hogy az angiogenezis-gátlóval kombinált kemoterápia kedvező mellékhatásprofil mellett, jól együttműködő idős betegeknél is hatékony, a túlélési esélyeket jelentősen növeli.

194

A SPONTÁN PERIPAPILLÁRIS FISTULÁK ELŐFORDULÁSA ÉS KEZELÉSE

Völgyi Z.¹, Szenes M.¹, Herman B.¹, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg¹

Az általában cholecystitis vagy penetráló duodenális ulcus szövődményeként kialakuló bilioenterális fistulák speciális fajtáját alkotják a peripapillaris choledochoduodenális fistulák. Ez utóbbiak megelőző műtét következtében, vagy spontán alakulnak ki, melyre choledocholithiasis vagy egyéb epeúti nyomást fokozó eltérés hajlamosíthat. A choledochoduodenális fistulák cholestasis illetve cholangitis klinikumával járnak és az epeúti obstrukció gyanújával végzett ERCP során kerülnek felismerésre. Egyénileg illetve az anatómiai szituációtól függően kell elbírálni az endoscopos teendő szükségességét, módját. Egyes esetekben a spontán choledochoduodenális fistula kialakulása elegendő az epelefolyás biztosításának szempontjából, amennyiben ez megfelelő nagyságú és nem áll fenn egyidejű choledocholithiasis. Ellenkező esetben a septum átvágása, kőextractio vagy - amennyiben ez valamely oknál fogva nem lehetséges - biliaris endoprothesis behelyezés válhat szükségessé.

A szerzők az utóbbi másfél év saját ERCP-s beteganyagában (n=350) 3 esetben ismertek fel spontán choledochoduodenális fistulát. Mindhárom betegnél cholangitis miatt került sor az ERCP-re, két esetben septumátvágás, egy esetben a fistulanyílás stentelése történt. Mindhárom beteg a beavatkozást követően az alkalmazott kiegészítő kezelés mellett panaszmentessé vált. A szerzők eseteik kapcsán áttekintik a peripapillaris fistulák endoscopos megoldási lehetőségeit képanyaggal dokumentálva.

195

SEBÉSZETI ULTRAHANG MAGYARORSZÁGON 1980 – 2013

Winternitz T.¹, Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika¹

Hazánkban a sebészeti ultrahang története 1980-ban, Dr. Regöly-Mérei János munkásságával kezdődött. Eleinte a sebészeti betegségek akut diagnosztikája volt az elsődleges, később egyre nagyobb jelentőségre tett szert a diagnosztikus majd a terápiás intervenció. A 80-as évek közepétől pedig már az intraoperatív ultrahang is kezdett terjedni.

Sajnos a biztató kezdetek után- szemben az európai trendekkel – a sebészeti ultrahang terjedése, új technikák elterjedése (laparoscopus ultrahang, endoscopus ultrahang) lelassult.

Az elmúlt évtizedek talán legszembetűnőbb változása, hogy kezdetben „csúcsvizsgálatként” a kivizsgálás sor végén elhelyezkedő ultrahangból, mára az első vizsgálati eszközzé vált. Mindeközben maga az ultrahang gép a zárt vizsgálokból kikerülve, ágy melléti eszközzé alakult.

Egyre több olyan terület jelent meg a sebészethez (is) kapcsolódva, ahol naponta, a mindennapi betegellátásban használjuk az ultrahangot (pl.: has- és mellkas punctiók, vénaszúrások, idegblokádok, stb.).

Klinikánkon 1986 óta működik ultrahang laboratórium. Ezen idő alatt több mint 60 000 diagnosztikus vizsgálat, közel 6300 intervenció beavatkozás, (több mint harmaduk ágy melléti), több mint 2500 intraoperatív ultrahang vizsgálat és közel 1000 endoscopus ultrahang vizsgálat történt.

Saját anyagunk alapján megpróbálom bemutatni a sebészeti ultrahang szerepének, lehetőségeinek az elmúlt évtizedekben megélt változásait és a jövő várható tendenciáit.

SZERZŐK NÉVSORA

A

Abonyi M. 67
 Adorján K. 54
 Almási K. 175
 Altdorfer K. 78
 Altorjay I. 120
 Altorjay Á. 70
 Andrási L. 1
 Andrási P. 3^{*}
 Angler D. 24
 Annaházi A. 4^{*}
 Arató A. 161, 118
 Armbruszt S. 5^{*}
 Asztalos Á. 6^{*}
 Attila K. 7^{*}

Á

Ábrahám S. 1^{*}, 4, 23
 Ácsné Tóth A. 2^{*}
 Ádám T. 33, 11
 Ágoston S. 152
 Árpád P. 7

B

B. Magyarosi D. 8^{*}
 Bacskainé B. 10^{*}
 Bagi G. 100
 Bagosi T. 33, 11^{*}
 Bajor J. 12^{*}, 127
 Bakcsy Magyarosi D. 130
 Bali O. 155
 Balint A. 96
 Balla B. 65
 Balla E. 185
 Balla Z. 88, 122
 Balogh G. 119, 17^{*}
 Balogh I. 35
 Balogh M. 95, 52
 Balogh Z. 187, 112
 Balázs A. 77, 13^{*}
 Balázs C. 51
 Banai J. 3, 83, 151, 22, 191, 140, 143

Baradnay G. 23
 Baranyai Z. 101
 Baranyai Á. 173
 Barati E. 18^{*}
 Barna G. 182
 Barti-Juhász H. 145
 Barták B. 113, 129, 19^{*}, 74, 47
 Barták K. 147
 Bata Z. 16
 Bazsika A. 128
 Bábits I. 9^{*}
 Bálint A. 106, 43, 107, 15^{*}, 101, 16^{*}, 156
 Bálint L. 14^{*}
 Bánsághi Z. 173
 Bányai T. 176
 Bányainé Bodonyi K. 72
 Báthori Á. 31, 20^{*}
 Bede A. 64
 Benedek G. 21
 Benkő E. 138
 Bennemann S. 55
 Bernáth M. 118
 Bezsenyi A. 103
 Bittera B. 90, 82
 Bíró I. 83
 Bíró Á. 21^{*}
 Bod B. 77, 13
 Bodnár Z. 18
 Bodor A. 19
 Bogdán S. 99
 Bogsch B. 22^{*}, 62
 Bor R. 23^{*}, 106, 107, 43
 Bordás L. 69
 Bori E. 24^{*}
 Borka K. 65
 Boros A. 51
 Bosnyák A. 42
 Bozó A. 55
 Breitenbach Z. 133, 53, 25^{*}
 Brenner B. 15
 Budai A. 46, 176, 157

Budai J. 72
 Bueno L. 4
 Burai M. 125, 114, 39, 169, 26^{*}, 134, 163
 Burger C. 61
 Buzás G. 27^{*}

C

Chamdin S. 28^{*}
 Čierna I. 60
 Constantinovits M. 110, 147
 Crai S. 135
 Csabai I. 19
 Csefkó K. 185, 67, 170, 176
 Csermely L. 37
 Csikós D. 167
 Csomó K. 99
 Csontos Á. 44, 171, 30^{*}
 Csorba É. 103
 Csákó B. 160
 Csöndes M. 29^{*}, 34
 Czákó L. 31^{*}, 20, 172, 77, 1
 Czelecz J. 77, 13
 Czimmer J. 127
 Czirjak K. 32^{*}
 Czuczor V. 35

D

Dabi Á. 33^{*}
 Dancs N. 34^{*}
 Dandé G. 35^{*}
 Dank M. 193
 David G. 95
 Déri J. 131
 Dobre N. 86
 Dombi P. 175
 Dorogi B. 38^{*}, 169
 Dóczi I. 14
 Döbrönte Z. 37^{*}
 Dr. Szeriné Lakó K. 9
 Dr. Vincze Á. 91
 Dubravcsik Z. 41^{*}, 158,

157, 119, 42, 40*, 66, 98
Dubóczki Z. 169, 38, 163,
39*

Dudás I. 55, 177
Dávida L. 120, 36*

E

Ecsedy G. 64, 97, 75
Ender F. 75, 97
Erdelyi Z. 95
Eutamene H. 4

F

Fadgyas B. 128
Farbaki Z. 121
Farkas Jr. G. 77
Farkas K. 104, 159, 43*, 81,
16, 123, 156, 107, 23, 4, 96,
106, 151
Farkas É. 42*
Fazakas J. 115
Fazekas I. 135, 69
Fábián A. 159
Fedinecz N. 120
Fehér E. 78
Fehér Á. 179, 137
Fehértemplomi K. 186
Fehérvári I. 115
Fejér C. 83
Fekete A. 161
Fekete B. 171, 44, 44*, 30
Fekete K. 55
Fekete S. 81, 96, 52, 45*
Figler M. 5, 25, 6, 148, 58,
53, 133
Fogas J. 77
Folhoffer A. 115
Forster T. 13, 77
Földesi I. 172, 106, 4
Francz M. 32
Frivolt K. 161
Funch-Jensen P. 66
Fuszek P. 64
Futó J. 141
Fülöp A. 46*
Füri I. 182

Füri I. 74, 110, 147, 47*

G

G. Kisbenedek A. 25
G. Kisbenedek A. 133
Gajdán L. 48*
Galamb O. 132, 19, 74, 47
Galuska L. 120
Garai I. 120
Gasztonyi B. 194, 155, 37
Gazdag É. 62
Gaál A. 185
Gábor Z. 104
Gál E. 144
Gál S. 84
Gárdonyi M. 49*
Geisz A. 77, 50*
Gelley A. 121, 51*
Gerlei Z. 115
Germann T. 147, 110
Gervain J. 48, 13, 77
Gerzon T. 35
Golopenza P. 45
Golovics P. 52*, 81, 95, 96,
45
Gombos K. 126
Gombás P. 175
Gódi S. 127
Görög D. 115
Gődény M. 181, 114
Gray M. 189
Gubicskóné Kisbenedek A.
53*
Gulyás M. 5
Gurzó Z. 69, 135, 72
Gyimesi G. 77, 79
Gyires K. 179, 137
Gyökeres T. 180, 100, 3,
22, 143, 103, 62, 151, 140,
191, 54*
Gyömörei G. 55
Gyöngyösi B. 65
Györffy H. 161

H

Hahn O. 177, 55*

Halász T. 56*

Hamvas J. 21, 57*, 166, 33
Hamvas j. 11
Haragh A. 67
Haraszti B. 36
Harsányi L. 2, 160, 168, 55,
46, 177
Hartmann E. 58*, 93
Hasulyó E. 62
Hegede G. 104
Hegedűs O. 59*
Hegyi E. 60*
Hegyi P. 13, 144, 77, 189,
122, 88, 123, 89, 76, 188,
50
Heiler Z. 85
Herman B. 194, 155
Hersényi L. 73, 82, 61, 30,
90
Hettmann D. 61*
Himer L. 161, 118
Hollósi P. 74, 132, 129
Holti A. 103
Holzer P. 179
Horkay E. 36
Horvát G. 63*
Horvát-Karajz K. 105
Horváth C. 171
Horváth E. 115, 65*
Horváth G. 67, 56
Horváth K. 25
Horváth L. 108
Horváth M. 64*
Horváth Z. 34, 132, 149
Hódosi M. 62*
Hritz I. 66*, 70, 41, 98, 77,
183
Hunyady B. 67*

I

Igaz I. 174
Illés A. 68*, 127
Illés Á. 36
Ilyés S. 135, 69*
Inczeffi O. 4
Iszaka A. 72

Ittész P. 19
 Ivacsevszkij M. 162
 Iványi A. 22
 Iványi B. 122
 Izbéki F. 183, 70*, 14, 77,
 108, 184, 139, 89

J

Jancsik V. 67, 176
 Janota M. 40
 Jármay K. 122
 Jekkel A. 53
 Jozilan H. 116, 65
 Jósvay J. 101
 Józán J. 27
 Judák L. 189
 Juhász M. 21, 104, 61, 82,
 90, 44, 99

K

Kabai A. 71*
 Kalabay L. 73*
 Kalmár A. 182, 47, 110,
 132, 147, 129, 74*, 19, 113
 Kandikó K. 100
 Kapin M. 32
 Kaszás B. 126
 Katona M. 76*
 Kádár T. 72*
 Káposztás Z. 163, 39, 38,
 169
 Kári D. 75*
 Kárász T. 34, 29
 Kecskés S. 100
 Kelemen D. 77, 126, 13
 Kempler P. 186
 Kemény L. 13, 77*
 Kenyeres P. 127
 Keresztes K. 32
 Keresztesi M. 108
 Kesserű B. 75
 Kirsch K. 131
 Kispélyi B. 78*
 Kiss A. 65, 80*, 46
 Kiss G. 9, 149, 87
 Kiss I. 79*, 79

Kiss J. 79, 77
 Kiss K. 132
 Kiss L. 95, 96, 81*, 52
 Kiss S. 45
 Kocsis D. 44
 Kohánka A. 131
 Kokas M. 130, 8
 Koller A. 82*, 90, 61
 Kollár H. 1
 Komaromi E. 95
 Komáromi E. 52
 Kondor D. 19
 Konečný M. 60
 Kopper L. 145
 Korlop A. 115
 Korompay A. 65
 Koronczai D. 84*
 Korsós D. 160
 Kotsis L. 85*
 Kovalszky I. 132
 Kovács A. 86*
 Kovács G. 188
 Kovács K. 118, 1
 Kovács L. 60
 Kovács M. 37
 Kovács R. 151
 Kovács V. 87*, 149
 Koós T. 62
 Kóbori L. 115
 Kósa J. 65
 Kótai Z. 167
 Kömíves C. 83*
 Kövesdi A. 145
 Krenács T. 182, 147, 110
 Kruglikova I. 66
 Kubák V. 132
 Kui B. 88*
 Kunstár É. 16
 Kupai K. 150
 Kupcsulik P. 177, 65, 55

L

Laczkó D. 89*
 Lakatos L. 95, 52, 37
 Lakatos P. 81, 45, 65, 52,
 16, 171, 176, 96, 95

Lakner L. 104, 37
 Lambert M. 48
 Langer R. 115
 Langhammer S. 91*
 Lazáry Á. 65
 Láng J. 82, 90*
 László B. 90, 82
 László M. 7
 Lásztity N. 92*
 Lázár G. 1, 13, 23, 4, 77,
 106
 Lázár M. 186
 Leiszter K. 129, 47, 132
 Lelovics Z. 80, 93*, 58
 Lendvai G. 56
 Lengyel C. 186, 145
 Lesch M. 176
 Lestár B. 151
 Légner A. 70
 Légrády P. 77
 Libor L. 1
 Lippai G. 103
 Lippai R. 161
 Lohinai Z. 78
 Lombay B. 94*, 176
 Lotz G. 46, 27
 Lovas S. 120
 Lovasz B. 95*, 96*
 Lovász B. 45, 81, 52, 16
 Lőrincz M. 92
 Lőrinczy K. 171, 16, 104,
 44, 30
 Lukovich P. 2, 168
 Lukász P. 97*
 Lutz H. 137

M

Madácsy L. 17, 158, 119,
 138, 41, 40, 98*, 66, 157
 Mag M. 48
 Magyar Gyermekek IBD
 regiszter résztvevői . 109
 Magyariné Berkó A. 150
 Magyariné Muhi M. 42
 Makai G. 63
 Makara M. 67

Makkai E. 67
 Maléth J. 123, 122, 76, 77, 189
 Mandel M. 96, 45, 95, 81, 52
 Marton R. 99*
 Martyn T. 176
 Máhr K. 155
 Máté M. 15
 Merkel K. 101*
 Mester G. 95, 37, 102*, 52
 Mester T. 136
 Méhes G. 36
 Méhész E. 100*
 Mérő L. 86
 Mészáros P. 39, 38
 Micskó É. 103*
 Miheller P. 30, 82, 90, 16, 104, 171, 51, 44, 61
 Mihály E. 82, 90, 61
 Mikala G. 151
 Modok S. 111
 Mohas A. 96
 Mohás A. 52, 81
 Molnar C. 95
 Molnar T. 96
 Molnár A. 83
 Molnár B. 110, 61, 182, 19, 147, 113, 74, 47, 132, 129
 Molnár C. 52
 Molnár I. 62
 Molnár J. 105*
 Molnár K. 161, 118, 133
 Molnár T. 23, 156, 106*, 43, 159, 81, 104*, 16, 77, 107*, 123, 108*, 4
 Muszely J. 33
 Muszelyné J. 11
 Müller K. 109*
 Müller Z. 67
 Müllner K. 82, 90, 61
 Múzes G. 110*, 47, 147

N
 Nagy A. 92, 100
 Nagy E. 51

Nagy F. 43, 107, 159, 106, 23, 104, 156, 16, 123
 Nagy G. 187, 112*, 155
 Nagy I. 176, 124, 111*
 Nagy K. 59
 Nagy L. 17
 Nagy N. 182
 Nagy Z. 113*, 74, 129, 110, 19, 47
 Naszádos G. 114*
 Nász H. 101
 Nehéz L. 57
 Nemes A. 171
 Nemes B. 115
 Nemes Z. 142
 Németh A. 90, 82
 Németh B. 117*
 Németh D. 65, 116*, 115*
 Németh I. 184
 Norbert D. 7
 Novák J. 135, 69
 Nyikos O. 48

O

Orlik B. 35
 Orosi P. 112, 187
 Orosz Z. 193
 Ottlakán A. 1
 Ozsvár Z. 67

Ó

Ónody A. 118*, 161

P

Pajor P. 177, 55
 Pak G. 45
 Pak P. 45
 Pakodi F. 142, 127
 Palatka K. 104, 120*, 81, 36
 Pallagi P. 122*
 Pallagi-Kunstár É. 123*
 Pandur T. 37, 95
 Pap A. 125*
 Pap Á. 77, 26, 114, 169, 13, 38, 163, 134
 Pap D. 161, 118

Papp J. 45
 Papp M. 192, 81
 Papp R. 126*
 Papp Á. 39
 Papós M. 186
 Paragh G. 187, 112
 Patai V. 182
 Patai V. Á. 132, 129*, 74, 113
 Patai Á. 86, 37, 129, 47
 Patócs A. 30
 Pák P. 119*, 17, 138, 37
 Pálhegyi E. 121*
 Pálvölgyi A. 124*, 77, 176, 111
 Pápai Z. 180
 Pár A. 127
 Pár G. 127*, 56
 Párniczki A. 92
 Pásztai I. 128*
 Pávics L. 186
 Pekli D. 160
 Pekárdi S. 29
 Perczel-Kovács K. 59
 Petricskó O. 162
 Peták I. 145, 131*
 Pécsi G. 130*, 8, 37
 Pétefia B. 74
 Péter Z. 61
 Péterfi Z. 142
 Péterfia B. 182, 132*, 129
 Pieler J. 1
 Pink T. 185
 Pintér F. 145, 131
 Plósz J. 18
 Polyák É. 133*, 25
 Polányi C. 75
 Pongor L. 131
 Pozsar J. 125
 Pozsár J. 134*, 39, 163, 26, 38, 169
 Pósa A. 150

R
 Racz F. 32
 Rakonczai E. 84

ifj. Rakonczay Z. 122, 77
 Rakonczay Z. 89, 189, 144,
 188, 13, 123, 50, 88, 76
 Rapcsányi A. 136
 Raposa B. 148
 Rábai K. 3, 143
 Rácz B. 135*
 Rácz F. 35, 152
 Rácz I. 104, 29, 34, 37, 149,
 87
 Rácz R. 24, 59
 Rácz S. 64
 Rázga Z. 76, 123
 Regőczy H. 149, 87
 Reider H. 59
 Reismann P. 30
 Rejtő L. 36
 Rédei C. 136*, 174
 Réfi E. 137*
 Ribiczey P. 67
 Riederer B. 122
 Rosztóczy A. 13, 14, 184,
 77, 4, 89, 138*
 Róka R. 77, 14, 172, 89, 4,
 138, 184
 Rózsa B. 15
 Rudas A. 70, 139*
 Rudas L. 77, 13
 Ruszin L. 162
 Ruszinkó V. 118
 Rusznyák K. 143, 140*, 54
 Rüll M. 108

S

Sahin P. 83, 141*, 174, 64
 Sahin-Tóth M. 50, 117, 164
 Salamon Á. 171
 Sarang K. 37
 Sarlós P. 142*, 127
 Sáfrány B. 12
 Sági Z. 139, 21
 Schafer E. 191, 22, 140,
 143*, 62, 151
 Schaff Z. 65, 116, 56
 Schaffer B. 5
 Schneider F. 27

Schnúr A. 144*
 Schuller J. 115
 Schwab R. 145*, 131
 Schöller A. 129, 74, 19
 Seidler U. 122
 Selmeczi A. 36
 Sepp K. 77
 Seres L. 146*
 Serényi P. 40
 Simon K. 173
 Simonka Z. 1
 Singh A. 122
 Sinka D. 24
 Sipos B. 67
 Sipos F. 110, 47, 82, 182,
 19, 147*, 90
 Sípó F. 61
 Solt J. 68
 Solymosi N. 19
 Somogyi A. 30
 Somogyi E. 42
 Somorác Á. 65
 Sovány I. 178
 Spiller G. 15
 Spisák S. 129, 132, 19, 110,
 113, 47, 147, 74
 Stöckert A. 37

Sz

Sz. Szabó S. 6, 25
 Szabolcs A. 20, 77
 Szabó A. 29, 104, 171, 34,
 30, 44
 Szabó E. 137, 77, 145, 79
 Szabó I. 142, 127
 Szabó O. 67
 Szabó R. 150
 Szabó S. 133
 Szabó T. 130, 8, 151
 Szabó Z. 148*, 53, 133
 Szakál I. 175
 Szalai L. 69, 135
 Szalai M. 149*, 87, 34
 Szalai Z. 150*
 Szalay F. 94, 67, 115, 116,
 65

Szamosi T. 140, 151, 143
 Szathmári M. 115, 116
 Szász N. 83, 62, 151*
 Szebeni B. 161, 118
 Szegedi L. 152*, 35, 32
 Szekeres V. 14
 Szekeresné Szabó S. 148,
 53
 Szenes M. 155*, 194, 37
 Szentgyörgyi L. 67
 Szepes A. 41, 119, 157*, 40,
 158*, 98, 42, 66
 Szepes Z. 172, 104, 77, 20,
 66, 23, 159*, 106, 107, 1,
 156*, 43, 123, 16
 Székely A. 139, 37
 Székely G. 154*, 153*, 178
 Székely H. 90, 82, 61, 30
 Szigeti K. 160
 Szijártó A. 160*, 46
 Szijártó A. 163
 Sziksz E. 161*, 118
 Szilagy B. 96
 Szilvás Á. 154
 Szilvási A. 12
 Szilvási I. 180
 Szilágyi A. 139
 Szilágyi B. 52, 81
 Szilágyi S. 72
 Szircsák E. 162*
 Szita I. 52, 95
 Szita K. 62
 Szmola R. 134, 26, 163*,
 169, 164*, 61, 125, 38, 92
 Szőnyi L. 105
 Szőnyi M. 165*, 174
 Szűcs M. 16, 156, 43, 23,
 106
 Szűcs Á. 163
 Szvatek A. 100
 Szűcs I. 175

T

Takács R. 21, 57, 186, 33,
 77, 11, 166*
 Takács T. 77, 13, 1

Taller A. 167*
 Tamás J. 55
 Tamási P. 115
 Tari K. 2, 168*
 Tarpay A. 125
 Tarpay Á. 38, 114, 134, 169*, 163, 26
 Tasnádi T. 185, 170*
 Terhes G. 16
 Terjék O. 30, 44, 171*
 Terzin V. 172*, 31
 Tessényi I. 116
 Theisz J. 173*
 Theodorou V. 4
 Tiszai A. 14
 Tiszlavicz L. 184, 79, 106
 Tiszóczy É. 100
 Toldi M. 103
 Toldy E. 37
 Tolmácsi B. 62
 Topa L. 83, 173, 136, 174*, 165, 141
 Topál L. 175*
 Torday L. 180
 Torgyík L. 193
 Tornai I. 124, 176*
 Tornai T. 192
 Tóth A. 193
 Tóth G. 178*
 Tóth I. 1
 Tóth K. 132, 47, 129
 Tóth L. 174, 130, 8, 39
 Tóth M. 44, 171, 11
 Tóth V. 137, 179*
 Tóth Z. 104
 Tóthné Lestár A. 108, 183
 Tóthné Píszmán K. 42
 Trosits A. 127
 Török Z. 12
 Török É. 177*, 2
 Tőkés T. 193
 Tulassay T. 118, 161
 Tulassay Z. 113, 147, 171, 61, 44, 73, 19, 51, 30, 110, 90, 129, 82, 74, 182, 132, 47

Tusnádi A. 176

U

Uhlyarik A. 83, 180*
 Ujlaki M. 181*
 Ungár T. 53
 Urbán E. 16

Ú

Újhelyi E. 67

V

Vadász P. 85
 Vadászi K. 138, 184
 Valasinyószki E. 175
 Valcz G. 129, 147, 182*, 74, 47, 110
 Valkusz Z. 43
 Vannay Á. 118, 161
 Varga C. 150
 Varga G. 24, 59
 Varga M. 170, 83, 67, 185*, 176
 Varga R. 183*
 Varga Szabó L. 37
 Varga Z. 90, 82
 Varga Á. 184*
 Varga É. 128
 Varsányi M. 143, 151
 Varsányi N. 121
 Vasali G. 178
 Vattay G. 19
 Vattay P. 155
 Vavrová L. 60
 Vácz Z. 176
 Vági M. 103
 Vági Z. 93
 Várkonyi E. 145, 131
 Várkonyi T. 186*
 Várvolgyi C. 187*, 112
 Vecseyne Könczöl K. 168
 Vegh Z. 95, 96
 Ven L. 32
 Venglovecz V. 123, 122, 189*, 89, 144, 76
 Vereczkei A. 126

Veres G. 190*, 118, 161, 109

Veres-Székely A. 118

Veress E. 135

Végh E. 188*

Végh Z. 81, 52

Vén L. 152

Vida I. 108

Vincze Á. 12, 142, 127, 68

Visnyei Z. 62, 22, 191*

Vitális Z. 192*

Vizer A. 193*

Völgyi Z. 155, 194*, 168

Vörös P. 161

W

Wacha J. 2

Weisz G. 67, 176

Weltner J. 168, 2

Wichmann B. 47, 182, 110, 74, 147, 129, 113, 132

Wilde D. 180

Winternitz T. 195*

Wittmann T. 77, 79, 89, 16, 31, 156, 14, 159, 186, 23, 43, 123, 111, 20, 106, 172, 4, 184, 107, 124, 138

Wágner I. 70

Z

Zagoni T. 44

Zalatnai A. 21

Zádori Z. 179, 137

Zergényi É. 193

Zolnai Z. 165

Zsigmond F. 151, 143, 104

Zsirka-Klein A. 177, 55

Zubek L. 45

KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönöket mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 55. 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 55th Annual Meeting.

- | | | |
|---|--|--|
| · ABBOTT Laboratories Mo. Kft.
Budapest | · FERRING MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | · ORIFLAME.
Budapest |
| · ABBVIE Kft.
Budapest | · HUN-MED Kft.
Budapest | · ORMA 2000 Kft.
Szeged |
| · ALLEGRO Kft.
Budapest | · JANSSEN-CILAG Kft..
Budapest | · PENTACORE LABORATÓRIUM
SEMMELEWEIS KFT.
Budapest |
| · ALFA WASSERMANN Hungary
Kft.
Budapest | · JOHNSON & JOHNSON Kft.
Budapest | · RICHTER GEDEON Nyrt.
Budapest |
| · ANAMED Kft.
Budapest | · KPS
Budapest | · ROCHE (Magyarország) Kft.
Budaörs |
| · ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | · KRKA Magyarország Kft.
Budapest | · SAGER PHARMA Kft.
Budapest |
| · COOK MEDICAL HUNGARY Kft.
Budapest | · LUX Hungária Kft.
Budapest | · SANDOZ HUNGÁRIA Kft.
Budapest |
| · ELEKTRO-OXIGÉN Kft.
Budapest | · MEDICONS Kft. – Dr. Falk
Pharma Képviselő
Budapest | · STRATHMANN AG&CO
Budapest |
| · ENDOCAM Kft.
Székesfehérvár | · MICROMEDICAL Kft.
Budapest | · TAKEDA PHARMA Kft.
Budapest |
| · ENDO-PLUS-SERVICE Kft.
Budapest | · MSD
Budapest | · TEVA Magyarország Zrt.
Budapest |
| · EXPERIMETRIA Kft.
Budapest | · OMCH Egészségügyi Szolg. Kft.
Budapest | · VASCULAR VENTURE Kft.
Budapest |
| | | · VITAMINKOSÁR Kft.
Budapest |

KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönöket mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 55. 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 55th Annual Meeting.

- | | | |
|---|--|--|
| · ABBOTT Laboratories Mo. Kft.
Budapest | · FERRING MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | · ORIFLAME.
Budapest |
| · ABBVIE Kft.
Budapest | · HUN-MED Kft.
Budapest | · ORMA 2000 Kft.
Szeged |
| · ALLEGRO Kft.
Budapest | · JANSSEN-CILAG Kft..
Budapest | · PENTACORE LABORATÓRIUM
SEMMELEIS KFT.
Budapest |
| · ALFA WASSERMANN Hungary
Kft.
Budapest | · JOHNSON & JOHNSON Kft.
Budapest | · RICHTER GEDEON Nyrt.
Budapest |
| · ANAMED Kft.
Budapest | · KPS
Budapest | · ROCHE (Magyarország) Kft.
Budaörs |
| · ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | · KRKA Magyarország Kft.
Budapest | · SAGER PHARMA Kft.
Budapest |
| · COOK MEDICAL HUNGARY Kft.
Budapest | · LUX Hungária Kft.
Budapest | · SANDOZ HUNGÁRIA Kft.
Budapest |
| · ELEKTRO-OXIGÉN Kft.
Budapest | · MEDICINA Könyvkiadó Zrt.
Budapest | · STRATHMANN AG&CO
Budapest |
| · ENDOCAM Kft.
Székesfehérvár | · MEDICONS Kft. – Dr. Falk
Pharma Képviselő
Budapest | · TAKEDA PHARMA Kft.
Budapest |
| · ENDO-PLUS-SERVICE Kft.
Budapest | · MICROMEDICAL Kft.
Budapest | · TEVA Magyarország Zrt.
Budapest |
| · EXPERIMETRIA Kft.
Budapest | · MSD
Budapest | · VASCULAR VENTURE Kft.
Budapest |
| | · OMCH Egészségügyi Szolg. Kft.
Budapest | · VITAMINKOSÁR Kft.
Budapest |

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Roche (Magyarország) Kft.	Pegasys	BII
Roche (Magyarország) Kft.	Pegasys	6
Strathmann AG&CO	Lactase - Laluk	21
MSD Pharma Hungary Kft.	Victrelis	22
Strathmann AG&CO	Lactase - Laluk	32
Ferring Magyarország Kft.	Picoprep	41
AlfaWassermann Hungary Kft.	Normix	42
Janssen-Cilag Kft.	Incivo	44
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa	46
Richter Gedeon Nyrt.	Quamatel	50
Sager Pharma Kft.	Meteospasmyl	52
Anamed Kft.	Evis Exera III.	61
Takeda	Controloc	66
Boston Scientific	Watchman	68
KPS	Oncompass Cancer Diag.	70
MSD Pharma Hungary Kft.	Victrelis	BIII
Takeda	Controloc	BIV