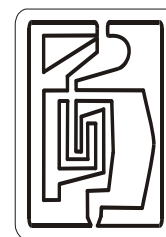


Magyar Gasztroenterológiai
Társaság
Hungarian Society of
Gastroenterology



56. Nagygyűlés

56th Annual Meeting of the
Hungarian Society of Gastroenterology

PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

Tihany, 2014. május 30. - június 3.

PROGRAM / ABSTRACTS

Tihany, 30 May - 3 June, 2014
Hungary

HIRDETÉS
STRATHMANN GMBH&CO KG
HEGRIMARIN
BII

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 56. Nagygyűlése

Program / Előadás kivonatok

Tihany, 2014. május 30 - június 3.

**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.*

2014.

TARTALOM

Általános tudnivalók	3
A Nagygyűlés időrendi beosztása	4

Program:

Roche szimpózium	7
Kiállítók köszöntése	8
MGT Postgraduális Képzési Programja	8
Finanszírozás	10
Endoszkópos asszisztensek ülése I.	11
Janssen szimpózium	13
Endoszkópia I. (előadások)	14
Interdiszciplináris szimpózium, Családorvosok fóruma	16
Hepatológia (előadások) – Janssen miniszimpózium	17
Ultrahang Képközlő (előadások)	20
Sebészet (előadások)	20
Learning Center	21
Endoszkópos asszisztensek ülése II.	22
MSD szimpózium	25
AbbVie szimpózium	27
MEDICONS szimpózium	29
Emlékelőadások / Díjátadások / Közgyűlés	30
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntetettjei	31
Ferring szimpózium	35
Endoszkópos ultrahang (előadások)	36
Táplálkozástudomány és dietetika (előadások)	37
Bélbetegségek (előadások)	39
Kutatói fórum (előadások)	42
NORMIX szimpózium	47
REMICADE szimpózium	49
AbbVie szimpózium	50
Az „ép gyomor” (Healthy Stomach Initiatives)- chr. gastritisek (fő téma)	51
Vastagbél – bélbetegségek (state of art előadás)	51
ALLEGRO-GIVEN szimpózium	53
RECKITT-BENCKISER szimpózium	55
Endoszkópia II	57
Kapszula endoszkópia (Endoszkópia III. előadások)	59
Pancreas (előadások)	61
Motilitás (előadások)	65
Onkológia (Előadások)	68
RICHTER szimpózium	71
Újdonságok Tihanytól Tihanyig	73
KPS szimpózium	75
Újdonságok a vékonybélbetegségek diagnosztikájában és terápiájában	77
Bakteriális infekciók májcirrhosisban (state of art előadás)	77
SIMPONI szimpózium	79
Endoszkópia IV.	80
Kihívások és dilemmák / klinikopatológia / esetismertetések (posztterek)	81
Előadás kivonatok	86
Szerzők névsora	141
Kiállítók és hirdetőik	147
Hirdetések listája	148

56th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Tihany, 30 May - 3 June, 2014

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
Vegész u. 17-25.

2014.

CONTENTS

General information.....	3
Time-table.....	4
Program:	
Roche symposium	7
Opening of the exhibiton	8
Postgraduate Course	8
Financing	10
Meeting of GI nurses and endoscopy associates I.	11
Janssen symposium.....	13
Endoscopy I. (oral presentations)	14
Interdisciplinary discussion, Forum of Family doctors	16
Hepatology (oral presentations) – Janssen minisymposium	17
Ultrasound Imaging (oral presentations)	20
Surgery (oral presentations).....	20
Learning Center	21
Meeting of GI nurses and endoscopy associates II.	22
MSD symposium	25
AbbVie symposium	27
Medicons symposium	29
General assembly, Memorial lectures, Awards	30
List of awarded gastroenterologists of HSG.....	31
Ferring symposium	35
Endoscopic ultrasound (oral presentations).....	36
Nutrition and dietetics (oral presentations).....	37
Bowel diseases (oral presentations).....	39
Research forum (oral presentations).....	42
NORMIX symposium.....	47
REMICADE symposium.....	49
AbbVie symposium	50
Healthy Stomach Initiatives (main topic)	51
Colon-Bowel diseases.....	51
Allegro-given symposium	53
Reckitt-Benckiser symposium	55
Endoscopy II. (oral presentations)	57
Capsule Endoscopy (Endoscopy III.)	59
Pancreas (oral presentations)	61
Motility (oral presentations)	65
Oncology (oral presentations).....	68
Richter symposium.....	71
Novelties in gastroenterology. From Thiany to Tihany 2013-2014.....	73
KPS symposium	75
Novelties in diagnosis and treatment of small bowel diseases (main topic)77	
Bacterial infections in cirrhosis (state of art lecture)	77
SIMPONI symposium	79
Endoscopy IV.	80
Challenges, Clinicopathology, Case reports (posters)	81
Abstracts	86
Alphabetic list of authors.....	141
Exhibitors and advertisers.....	147
List of advertisers	148

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

GENERAL INFORMATION

KONGRESSZUSI IRODA

2014. 05. 30. 12.00 órától működik Club Tihanyban a főépület földszintjén. A Nagygyűlés ideje alatt minden nap 8.00-tól az aznapi utolsó tudományos program végéig tart nyitva. A résztvevők a programfüzetet regisztráláskor kapják meg.

RÉSZVÉTELI DÍJ

A kongresszuson való részvétel feltétele a regisztrálás.

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

POSZTEREK

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

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

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

TÁJÉKOZTATÓ AZ ELŐADÓK RÉSZÉRE

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

KREDITPONT

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

CONGRESS OFFICE

Opens on 31. 05. 2013 from 12.00 a.m. at the entrance of the Club Tihany. Opening hours from 8.00 a.m. up to the last scientific program of each day. Participants will receive the final program at the desk.

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

REGISTRATION FEES

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

Registration fee includes admittance to all scientific sessions.

POSTERS

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

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

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

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

INFORMATION FOR THE SPEAKERS

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

CREDITS

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

56TH ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY

Tihany, Club Tihany, 30 May- 3 June, 2014

30 TH MAY FRIDAY	31 ST MAY, SATURDAY				1 ST JUNE, SUNDAY			2 ND JUNE, MONDAY			3 RD JUNE, TUESDAY			
	8.30 –9.00 Opening of the exhibiton				MEDICONS symposium						8.00 –8.30 Mounting of posters			
	9.00-12.30 MGT Postgraduate course ① 1. GEP-NET tumors (László CZAKÓ) 2. Treatment of obesi- ty, conservative, en- doscopy and surgical microscopy methods (László BENE)		11.00-13.00 ② Endoscopy nurses and associate’s mee- ting I.		9.00 - 12.00 ① “Hetényi Géza” memorial lecture (<i>Herszényi L</i>) "Magyar Imre" memorial lecture Lectures of honorary members State of art: Kerpel Frónius Sándor State of art: Andrea May Honours (<i>T. MOLNÁR., L. TOPA</i>) Simor Pál Award George Weber Award GENERAL ASSEMBLY ELECTION OF GOVERNING BOARD			8.30 - 9.00 ① AbbVie symposium			8.30 – 9.00 ① KPS symposium			
								9.00 – 11.00 ① Healthy Stomach Initiatives- chr. gastritis (László HERSZÉNYI, József CZIMMER)			9.00 – 10.40 ① Novelties in diagnosis and treatment of small bowel diseases (Judit BAJOR)			
								11.05 – 11.35 ① Colon- Bowel diseases (Tamás MOLNÁR)			10.45-11.15 ① Bacterial infections in cirrhosis (István TORNAI)			
	12.30-13.30 Financing					12.00-13.00 FERRING symposium			11.40 -13.10 ALLEGRO - GIVEN Symposium			11.20-12.20 ① MSD symposium		
							13.15-13.30 Complementary alternative medicine in gastroenterology. Canadian survey							
from 12.00		12.00 - 14.00 Lunch												
REGISTRATION	13.00- 14.00 ② JANSSEN													
	14.00-16.00 Lectures ① Endoscopy I.	14.05-16.30 Lectures ② Hepatology	14.00-15.00 Lectures ③ Ultrasound imaging 15.00-15.20 Lectures ③ Surgery	15.00-17.00 ③ Endo- scopy nurse s and associ- ate’s mee- ting II.	14.00-15.30 Lectures ① Endoscopic Ultrasound 15.30-17.30 Lectures ① Nutrition and dietetics	14.00 – 18.00 Lectures ② Bowel diseases	14.00-18.00 Lectures ③ Research forum	14.00 - 14.30 ① symposium /RECKITT-Benckiser			13.30-15.00 Endoscopy IV.			
	16.00-17.30 ① INTERDISCIP LINARY SYMPOSIUM, FORUM OF GENERAL PRACTITONE RS	17.00-17.30 Janssen mini- symposium						14.30-17.00 Lectures ① Endoscopy II.	14.30-16.50 Lectures ② Pancreas	14.30-16.00 Lectures ③ Motility	15.00 – 18.30 ① CHALLANGES, DILEMMAS, CASE REPORTS MISCELLANEOUS POSTERS			
			16.00-17.00 Lectures ③ Learning Center					17.00-17.50 Lectures ① Capsule Endoscopy (Endoscopy III.)		16.00-17.50 Lectures Oncology ③	VIDEO COMMENTARY DISCUSSION			
	17.30 - 18.30 ② MSD symposium				18.00 – 19.00 ①NORMIX symposium.			18.00 - 19.00 ① RICHTERSymposium						
18.30- 19.30 ABBVIE symposium				19.00 – 20.00 ① MSD symposium			19.00 - 20.00 ① From Thiany to Tihany symposium							
16.30 - 18.00 ② Roche symposium														

Lunch: 12.00 - 14.00

○ Numbers in circles indicate the lecture hall, ① Wimbledon Hall, ② Levendula Hall I. ③ Levendula Hall II., ④ Levendula Hall III.

HIRDETÉS
ROCHE (MAGYARORSZÁG) KFT.
PEGASYS

6

2014. május 30. Péntek
30 May, Friday
12.00 – 20.00

Club Tihany Főépület

REGISZTRÁLÁS / REGISTRATION

2014. május 30. Péntek
30 May, Friday
16.30 – 18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

ROCHE SZIMPÓZIUM / ROCHE SYMPOSIUM

2014. május 31. Szombat
31. May, Saturday

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

8.30-9.00

KIÁLLÍTÁS MEGNYITÁSA, A KIÁLLÍTÓK KÖSZÖNTÉSE
OPENING OF THE EXHIBITION

Üléselnök / Chair:

Hunyady Béla, Kaposvár, **Hersényi László**, Budapest **Szalay Ferenc**, Budapest

9.00 – 12.30

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

9.00 – 10.45

GASTROENTERO-PANCREATIKUS NEUROENDOKRIN TUMOROK
(GEP-NET)
GASTROENTEROPANCREATIC NEUROENDOCRINE TUMOURS
(GEP-NETS)

Moderátorok: Czákó László, Szeged Gyökeres Tibor, Budapest

- 9.00 **GEP-NET OSZTÁLYOZÁSA, KLINIKUM, PROGNÓZIS**
CLASSIFICATION AND CLINICAL PRESENTATION OF GEP-NETS
Igaz Péter - Budapest
- 9.20 **NUKLEÁRIS MEDICINA SZEREPE A GEP-NET DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS TERÁPIÁJÁBAN**
NUCLEAR MEDICINE IN THE MANAGEMENT OF GEP-NETS
Pávics László - Szeged
- 9.40 **GEP-NET LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKÁJA: CHROMOGRANIN A**
BIOCHEMICAL MARKERS IN GEP-NETS: CHROMOGRANIN-A
Gardi János - Szeged
- 9.48 **GEP-NET KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKÁJA ÉS AZ ENDOSZKÓPOS TERÁPIA**
ROLE OF ENDOSCOPY IN THE MANAGEMENT OF GEP-NETS
Czákó László, Szeged
- 10.08 **GEP-NET KORSZERŰ TERÁPIÁJA**
UP-TO-DATE THERAPY OF GEP-NETS
Valkusz Zsuzsanna - Szeged

2013. június 1. Szombat
1 June, Saturday

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

10.45 – 12.30

**AZ ELHÍZÁS KEZELÉSE. KONZERVATÍV?
ENDOSZKÓPOS ÉS SEBÉSZETI MÓDSZEREK?**
TREATMENT OF OBESITY: CONSERVATIVE, ENDOSCOPIC AND SURGICAL METHODS

Moderátorok: **Bene László**, Budapest

Mohos Elemér, Veszprém

10.45 **BEVEZETÉS**

INTRODUCTION

Dr. Bene László, Budapest

11.05 **ESEMÉNY ELŐTT, ESEMÉNY UTÁN - FOGYASZTÓI ATTITÚD A FOGYASZTÓI TÁRSADALOMBAN**

BEFORE EVENT, AFTER EVENT- ATTITUDE OF CUSTOMER IN CONSUMER CULTURE

Dr. Tóth Tamás, Budapest

11.25 **ENDOSKOPOS LEHETŐSÉGEK AZ ELHÍZÁS KEZELÉSÉBEN**

ENDOSCOPIC POSSIBILITIES IN THE TREATMENT OF OBESITY

Dr. Bene László, Budapest

11.45 **GASTRIC BAND, EGY HANYATLÓ TECHNIKA AZ ELHÍZÁS KEZELÉSÉBEN? PRO-, ÉS KONTRA**

GASTRIC BAND: A DIMINISHING METHOD IN THE OPERATIVE TREATMENT OF OBESITY? PROS AND CONS

Dr. Bene László, Budapest

12.05 **LAPAROSKOPOS ROUX Y GASTRIC BYPASS ÉS GASTRIC SLEEVE MŰTEKKEK SZERZETT TAPASZTALATAINK 302 OPERÁLT BETEGÜNK KAPCSÁN. VIDEO BEMUTATÁS**

EXPERIENCE WITH LAPOROSCOPIC ROUX Y GASTRIC BYPASS AND GASTRIC SLEEVE ON THE BASIS OF 302 OPERATIONS. VIDEO PRESENTATION

Dr. Mohos Elemér, Veszprém

10.25 **PSZICHOTERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK AZ ELHÍZÁS KEZELÉSÉBEN**

ROLE OF PSYCHOTERAPY IN THE TREATMENT OF OBESE PATIENTS.

Dr. Turi Ferenc, Budapest Dr. Czeglédi Edit, Budapest

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
12.30 - 13.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

FINANSZÍROZÁS SZIMPÓZIUM / FINANCING SYMPOSIUM
--

Üléselnökök/Chair:

Gurzó Zoltán, Gyula
 Finanszírozási Munkacsoport
 Elnöke

Wittmann Tibor, Szeged
 Szakmai Kollégium
 Tagozata

Novák János, Gyula
 Szakmai kollégium
 Tagozata

12.30 **SZAKMAI IRÁNYELVEK**
 Novák János, Gyula

12.45 **GASZTROENTEROLÓGIAI KÓRKÉPEK.
 BEAVATKOZÁSOK FINANSZÍROZÁS: HONNAN INDULTUNK, MIT
 KÉRTÜNK, MIT KAPTUNK?**
 Gurzó Zoltán, Gyula

13.00 **GASZTROENTEROLÓGIAI ESZKÖZÖK, GYÓGYSZEREK TÉTELES
 FINANSZÍROZÁSA**
 Szamosi Tamás, Budapest

13.15 **MEGBESZÉLÉS**

2014. május 31. Szombat
31 May, 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/ Chair:

Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár Kokas Mariann, Mosonmagyaróvár Kabai Annamária, Karcag

11:00 MEGNYITÓ

11:05 OLYMPUS ENDOTERÁPIÁS ÚJDONSÁGOK

Elek Imre, ANAMED Kft

11:30 MALIGNUS NYELŐCSŐ SZÚKÜLETEKBEN TÖRTÉNT ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENT BEÜLTETÉSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Budai J.¹, Ilyés S.¹, Novák J.¹, Szilágyi S.¹, Gurzó Z.¹, Endoszkópos Labor Pándy Kálmán Megyei Kórház Gyula¹

11:40 HAEMOSPRAY; ELSŐ TAPASZTALATOK EGY ÚJ VÉRZÉSCSILLAPÍTÓ ELJÁRÁSSAL

Kiss G.¹, Lakó K.¹, Andorka M.¹, Bábics I.¹, Vincze L.¹, Regőczy H.¹, Szalai M.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

11:50 A TRANSZNAZÁLIS KAPSZULA ENDOSZKÓPIA ÉRTÉKE HEVEY FELSŐ TÁPCSATORNAI VÉRZÉS ESETÉN A SÜRGŐSSÉGI ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLAT TERVEZÉSÉBEN AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS SZEMSZÖGÉBŐL.

Benkő É.¹, Vadászi K.¹, Kocsis M.¹, Fuszkó M.¹, Polyák É.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Madácsy L.², Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Second Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest²

12:00 INVETERÁLT NYELŐCSŐ PERFORATIO STENT KEZELÉSE

Paulovicsné Kiss M.¹, Solt J.¹, PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM I.sz. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA-ENDOSZKÓPIA¹

12:10 A TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS

Gárdonyi M.¹, Hunyady B.¹, Jó A.², Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, Gasztroenterológiai osztály¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, Jogi Iroda²

12:20 AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS SZEREPE A TELJES INTRAVÉNÁS ANESZTÉZIÁBAN VÉGZETT ENDOSZKÓPOS BEAVATKOZÁSOKBAN

Kovácsné Tomasits K.¹, Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

12:30 SPECIMEN ELTÁVOLÍTÁSA SZÁJON ÁT: LAPAROSCOPOS-GASTROSCOPOS RENDEZVOUS-TECHNIKA GYOMOR ELVÁLTOZÁSOK MIATT

Tari K.¹, Lukovich P.¹, Vass T.¹, Harsányi L.¹, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

12:40 MALIGNUS DISZFÁGIA KEZELÉSÉBEN ALKALMAZOTT ÖNTÁGULÓ NYELŐCSŐ FÉMSZTENTEK MIGRÁCIÓJÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Burai J.¹, Pozsár J.¹, Szmola R.¹, Tarpay Á.¹, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Invazív Gasztroenterológiai Részleg.¹

HIRDETÉS
JANSSEN-CILAG KFT.
MAKE HEP C HISTORY
12

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
13.00 - 14.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

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

Moderátorok / Chair:

Lengyel Gabriella, Budapest

Lombay Béla, Miskolc

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
14.00 – 16.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Gyökeres Tibor, Budapest

Czakó László, Szeged

Gódi Szilárd., Pécs

14.00 WHAT EXPLAINS THE CONTRADICTORY RESULTS OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS (NSAIDS) IN PROPHYLAXIS FOR POST-ERCP PANCREATITIS (PEP)?

Patai Á.¹, Solymosi N.², Patai V. Á.³, 1st Department of Medicine and Gastroenterology, Sopron Elizabeth Teaching Hospital, Sopron¹, Department of the Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest³

14.10 COMPLICATIONS OF PROPHYLACTIC PANCREATIC STENTING USED FOR THE PREVENTION OF POST-ERCP PANCREATITIS WITH REGARDS TO STENT TYPES: RESULTS OF A PROSPECTIVE, CONTROLLED STUDY

Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.¹, Hritz I.¹, Szepes A.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Ltd. Endoscopic Unit, Kecskemét¹

14.20 OUR RESULTS WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS)-GUIDED DRAINAGE OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS (PFC)

Szepes A.¹, Gyimesi G.¹, Janota M.¹, Velkei T.¹, Hausinger P.¹, Hritz I.¹, Madácsy L.¹, Dubravcsik Z.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Ltd's Endoscopic Unit, Kecskemét, Hungary¹

14.30 EUS-GUIDED HEPATICO-GASTROSTOMY WITH PLACEMENT OF A SPECIALIZED SELF-EXPANDABLE METAL STENT. CASE REPORT.

Pozsár J.¹, Tarpay Á.¹, Burai J.¹, Szmola R.¹, Division of Gastroenterology, Center of Surgical Oncology, National Institute of Oncology¹

14.40 WHEN IS AN ENDOSCOPIC INTERVENTION ALLOWED IN KLATSKIN TUMOR CASES?

Sahin P.¹, Szőnyi M.¹, Topa L.¹, Department of Gastroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹

14.50 PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY STENTING IN BÉKÉS COUNTY HOSPITAL

Novák J.¹, Szólics A.², Gurzó Z.³, Bordás L.¹, Vágó A.¹, IIIrd Dept. of Gastroenterology Békés County Pándy Kálmán Hospital, Gyula¹, Dept. of Radiology Békés County Pándy Kálmán Hospital, Gyula², Endoscopic Labor Békés County Pándy Kálmán Hospital, Gyula³

Üléselnökök/Chairmen:

Orosz Péter, Miskolc

Madácsy László, Kecskemét

Szepes Zoltán, Szeged

15.00 TŰKÉS PAPILOTOMIA ÉS PROFILAKTIKUS STENT GYAKORLOTT KÉZBEN

Szőnyi M.¹, Topa L.², Sahin P.³, Szent Imre Kórház¹, Szent Imre Kórház², Szent Imre Kórház³

15.10 PAPILOTOMIA ÉS TŰKÉSES ELŐMETSZÉS. A 2013-AS ÉV TAPASZTALATAI.

Gódi S.¹, Pakodi F.¹, Solt J.¹, Vincze Á.¹, PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

15.20 ENDOSCOPIC TREATMENT OF REFRACTORY POST-SPHINCTEROTOMY BLEEDING WITH FORCEPS ELECTROCOAGULATION COMBINED WITH PROPHYLACTIC PANCREATIC STENTING – A CASE SERIES

Hritz I.¹, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Ltd. Endoscopic Unit, Kecskemét¹

15.30 USEFULNESS OF ENDOSCOPIC BALLOON DILATATION OF PAPILLA OF VATER FOR REMOVAL OF BILE DUCT STONES IN OUR PRACTICE

Fejes R.¹, Székely A.¹, Izbéki F.¹, 1st Dept. of Gastroenterology, Szent György University Teaching Hospital, Székesfehérvár¹

15.40 KEFECITOLÓGIA AZ EPEÚTI ÉS HASNYÁLMIRIGYBETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Dandé G.¹, Ágoston S.¹, Rácz F.¹, Vén L.¹, Szegedi L.¹, Orlik B.², Francz M.², I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza¹, Pathológia, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza²

15.50 ANALYSIS OF MICRORNA EXPRESSION IN BRUSH CYTOLOGY SPECIMENS AS A NEW DIAGNOSTIC TOOL IN PANCREATOBILIARY STRICTURES.

Le N.¹, Nagy Z.¹, Burai M.², Tarpay Á.², Pozsár J.², Pap Á.², Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Bak M.³, Szmola R.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², Department of Cytopathology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
16.00 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

A JÓ, A ROSSZ ÉS A CSÚF
A BÉL MICROBIOTA SZEREPE GASZTROENTEROLÓGIAI
KÓRKÉPEKBEN
INFEKTOLÓGIA ÉS GASZTROENTEROLÓGIA HATÁRKÉRDÉSEI
THE GOOD, THE BAD AND THE UGLY
THE ROLE OF THE GUT MICROBIOTA IN GASTROINTESTINAL DISEASES
INTERDISCIPLINAR QUESTIONS OF INFECTOLOGY AND
GASTROENTEROLOGY
A Richter Gedeon támogatásával
Sponsored by Richter Gedeon

INTERDISCIPLINÁRIS SZIMPÓZIUM
CSALÁDORVOSOK FÓRUMA
Interdisciplinary discussion of Hungarian Gastroenterological Society and Family Doctors

Üléselnökök/Chair: **Bálint Levente**, Budapest **Schuller János**, Budapest

BEVEZETŐ

INTRODUCTION

Bálint Levente, MGT Háziiorvosi szekció

A JÓ: BÉL MICROBIOTA ÉS „BÉL”EGÉSZSÉG

Pre-, probiotikumok. Pro és kontra

THE GOOD: GUT MICROBIOME AND „GUT”HEALTH

Pre-, probiotics pro and contra

Prinz Gyula, Budapest

A ROSSZ: DYSBIOSISOK ÉS BAKTERIÁLIS INFEKCIÓK, MINT ETIOLÓGIAI TÉNYEZŐK GASZTROENTEROLÓGIAI ÉS BELGYÓGYÁSZATI KÓRKÉPEKBEN

Helicobacter, SIBO, coeliakia, IBD, IBS, diverticulosis

THE BAD: DYSBIOSIS AND BACTERIAL INFECTIONS, AS ETIOLOGICAL FACTORS IN GASTROENTEROLOGICAL AND INTERNAL DISEASES

Schuller János, Budapest

A CSÚF: IATROGÉN ÁRTALMAK ÉS BÉLFLÓRA

Antibiotikumok, savgátlók, Clostridium difficile

THE UGLY: IATROGENY AND GUT FLORA

Antibiotics, antacids and Clostridium difficile

Mihály Emese, Budapest

Diszkusszió, zárás, tesztkérdések

Discussion

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
14.05 – 16.30

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair: **Tornai István**, Debrecen **Pár Alajos**, Pécs

14.05. HOT TOPICS IN HEPATOLOGY 2014

Ferenci P, University Wien, Austria

14.25 EXCELLENT EFFICACY OF ABBVIE'S INTERFERON-FREE TRIPLE ANTIVIRAL REGIMEN AGAINST HEPATITIS C (HCV) GENOTYPE 1 (G1) CHRONIC HEPATITIS ACROSS DIFFERENT PATIENT POPULATIONS IN PHASE 2 AND PHASE 3 CLINICAL TRIALS.

Hunyady B.¹, Somogy County Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹

14.45 HEPATITIS C VIRUS (HCV) GENOTYPES - ARE IN THE CENTRE OF ANTIVIRAL THERAPY AGAIN (ANALYSIS OF HCV GENOTYPE DISTRIBUTION AMONG HUNGARIAN PATIENTS BETWEEN 2000-2006 AND 2009-2014)

Gervain J.¹, 1 st Dept. of Gastroenterology/Hepato-Pancretology and Molecular Diagnostic Laboratory Szent György University Teaching Hospital, Székesfehérvár¹

14.55 LONG-TERM FOLLOW-UP AND LATE RELAPSE RATE IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS WITH SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE

Lombay B.¹, Szalay F.², Semmelweis Teaching Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc¹, Semmelweis University, I. Clinic of Medicine, Budapest²

15.05 ROLE OF NON-INVASIVE SEROLOGIC METHODS IN THE DIAGNOSIS OF CHRONIC LIVER DISEASES

Varga M.¹, Csefkó K.¹, Gastroenterology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹

15.15 SUSTAINED VIROLOGIC RESPONSE TO ANTIVIRAL THERAPY FOR CHRONIC HEPATITIS C VIRUS INFECTION IS ASSOCIATED WITH REGRESSION OF LIVER FIBROSIS ASSESSED BY TRANSIENT ELASTOGRAPHY

Par G.¹, Szinku Z.², Haragh A.², Vincze A.¹, Hunyady B.¹, Par A.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹, Teaching Hospital Mor Kaposi, Kaposvár²

15.25 A KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS HÁRMAS KOMBINÁCIÓS KEZELÉSE SORÁN FELLÉPŐ SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYEK ÉS SIKERES ELHÁRÍTÁSUK

Tornai I.¹, Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹

15.35 SÚLYOS CRYOGLOBULINAEMIÁS VASCULITIS KEZELÉSE HCV OKOZTA KRÓNIKUS HEPATITISES BETEGBEN

Rókus L.¹, MH EK Honvédkórház¹

szünet

HIRDETÉS
JANSSEN-CILAG KFT.
INCIVO®
18

Üléselnökök/Chair: Gervain Judit, Székesfehérvár Lengyel Gabriella, Budapest

16.00 QUESTIONNAIRE-BASED RISK-ASSESSMENT AND SCREENING FOR VIRAL HEPATITIS IN A COUNTY HOSPITAL IN HUNGARY

Magyarosi D.¹, Haragh A.¹, Makara M.², Szinku Z.¹, Újhelyi E.², Varga M.³, Hunyady B.¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia osztály¹, Fővárosi Szent László Kórház, Budapest², Dr. Réthy Pál Kórház, Gasztroenterológia osztály, Békéscsaba³

16.10 ALPPS: MEGÉRI A KOCKÁZAT?

Hahn O.¹, Dudás I.², Pajor P.¹, Török É.¹, Zsirka-Klein A.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²

16.20 TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT FELMÉRÉSE, OPERABILITÁSSAL, HYPERTROPHIÁVAL VALÓ ÖSSZEFÜGGÉSEINEK VIZSGÁLATA, PORTALIS OCCLUSIO ELJÁRÁSOK KAPCSÁN, MÁJTUMOROS BETEGEKEN

Török É.¹, Hahn O.¹, Pajor P.¹, Dudás I.², Zsirka-Klein A.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²

16.30 A STATINOK KEMOPREVENTÍV HATÁSA HEPATOCELLULARIS CARCINOMÁBAN

Sági V.¹, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház Belgyógyászati osztály, Zalaegerszeg¹

16.40 TREATMENT AND LATE SURVIVAL OF ALTEMEYER-KLATSKIN TUMOURS

Zsirka A.¹, Szijaártó A.¹, Szücs Á.¹, Kupcsulik P.¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University Budapest¹

16.50 EPITHELOID HAEMANGIOENDOTHELIOMA - RITKA DAGANAT RITKA SIKERE

Gasztonyi B.¹, Szenes M.¹, Tehenes S.², Nagy G.³, Schaff Z.⁴, Piros L.⁵, Görög D.⁵, 1Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati osztály,¹2Pulmonológiai osztály,²3Radiológiai osztály,³4 Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet,⁴5 I. sz. Sebészeti és Transzplantációs Klinikai⁵

17.00

JANSSEN MINISZIMPÓZIUM

Roundtable discussion

**Mit várhatunk a II. generációs DAA-któl?
Lehetséges a hepatitis C vírus eradikálása?**

Chair / Üléselnök: Szalay Ferenc, Budapest

Participants / Résztvevők:

Michael Schlag, Wien

Béla Hunyady, Kaposvár-Pécs

István Tornai, Debrecen

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
14.00 – 15.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

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

Üléselnökök/Chair:

Gervain Judit, Székesfehérvár

Székely György, Budapest

14.00 REGÖLY-MÉREI JÁNOS EMLÉKELŐADÁS

Nagy Á.¹, Siófoki Kórház Sebészeti Osztály¹

14.15 A MÁJKERINGÉS ELTÉRÉSEI NEM ALKOHOLOS ZSÍRMÁJ (NASH)-BAN

Székely Gy.¹, Szilvás Á.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórháza I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

14.25 ENDORECTALIS ULTRAHANG VIZSGÁLATAINK EREDMÉNYEI

Gajdán L.¹, Gervain J.¹, I. Belgyógyászat Hepato- Pancreatológia, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház; Székesfehérvár¹

14.35 COMPARISON OF UTILITY OF MDCT ENTEROCLYSIS AND MDCT ENTEROGRAPHY IN THE DETECTION OF SMALL BOWEL CROHN'S DISEASE AND ITS COMPLICATIONS.

Tóth G.¹, DIAGNOSCAN Magyarország¹

14.45 ATÍPUSOS ÓRIÁS MÁJ HAEMANGIOMA DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁJA FIATAL NŐBETEG ESETISMERTETÉSÉN KERESZTÜL

Darvas E.¹, Székely Gy.¹, Szent János Kórház, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály Budapest¹

15.00 – 15.20

SEBÉSZET / SURGERY
 (ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair: **Bálint András, Budapest**

Ecsedy Gábor, Budapest

15.00 EVALUATION OF RESULTS OF TREATMENT AND DIAGNOSIS OF CLOSTRIDIUM DIFFICILE COLITIS CASES OCCURRED AT OUR SURGERY DEPARTMENT IN THE PAST 5 YEARS

Kári D.¹, Lukász P.¹, Lovay Z.¹, Pelsőczy G.¹, Ecsedy G.¹, Kovács J.¹, Surgery Dept., Jahn Ferenc dél-pesti Hospital, Budapest¹

15.10 A LAPAROSCOPOS CHOLECYSTECTOMIA SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYE: A CHOLEDOCHUS TRANSSECTIO

Bálint A.¹, Rózsa B.¹, Brenner B.¹, Topa L.², Máté M.¹, Általános Sebészeti Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest¹, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest²

HIRDETÉS
OLYMPUS – ANAMED
EVIS EXERA III. ®
21

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
15.00 – 17.00

Levendula III. terem
Levendula Hall III.

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

Üléselnökök/ Chair:

Szepes Attila, Kecskemét

Paulovicsné Kiss Melinda, Pécs

Molnár Tiborné, Székesfehérvár

15.00 COLON HISTORICUS

Tóth Gábor Tamás

15.15 A BOSTON BÉLTISZTASÁGI SKÁLA ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK A NAPI KOLONOSZKÓPOS GYAKORLATBAN

Molnár M.¹, Lestár A.¹, Nagyné Budai N.¹, Förhécz E.¹, Varga Róbertné I.¹, Tóth A.¹, Fodorné Keserű A.¹, Székely A.¹, Székely I.¹, Fejes R.¹, Horváth L.¹, Hritz I.¹, Izbéki E.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Endoszkópos Laboratórium, Székesfehérvár¹

15.25 THE ROLE OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY NURSES IN HIGH RISK COLORECTAL POLYPECTOMY. PREVENTION OF COMPLICATIONS IN ONE OR TWO STEPS

Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Karolina Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Mosonmagyaróvár¹

15.35 GIST ENDOSCOPOS KIMUTATÁSÁNAK KÜLÖNBÖZŐ LEHETŐSÉGEI.

Bagosi T.¹, Ádám T.¹, Bakonyi T.¹, Képiróné Balázs M.¹, Tóth M.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

15.45 ARGON PLASMA COAGULATIONVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Seres L.¹, Bugát Pál Kórház Gasztroenterológia - Gyöngyös¹

15.55 COLORECTALIS SZŰRÉS GYŰRŐBEN (2013-2014)

Bábics I.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Andorka M.¹, Vincze L.¹, Regőczy H.¹, Szabó A.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

16.05 POLYPECTOMIA MÁSKÉNT: GUMIGYŰRŰ LIGATÚRA ALKALMAZÁSÁNAK ÚJ INDIKÁCIÓJA

Ácsné Tóth A.¹, Lukovich P.¹, Lakatos P.², Kardos M.³, Arany A.⁴, Harsányi L.¹, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest³, Központi Radiológia, Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet, Budapest⁴

16.15 A COLONOSCOPIA ÚJ VILÁGA

Andorka M.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Bábics I.¹, Vincze L.¹, Regőczy H.¹, Dancs N.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

16.25 STENT BEHELYEZÉSEK SIKERESSÉGE SÜRGŐS ERCP-K SORÁN ENDO-SZKÓPOS SPHINCTEROTOMIA (EST) NÉLKÜL

Somogyi E.¹, Tóthné Pismán K.¹, Magyariné Muhi M.¹, Bosnyák A.¹, Gyimesi Gy.¹, Hritz I.¹, Dubravcsik Zs.¹, Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Kft Endoszkópos Laboratóriuma, Kecskemét¹

POSZTERSZEKCIÓ

16.35 SZÉKLET TRANSZPLANTÁCIÓ AZ EGRI MARKHOT FERENC OKTATÓ KÓRHÁZ ENDOSZKÓPOS LABORATÓRIUMÁBAN

Takácsné Kollár K.¹, Vörös M.¹, Bocsi Z.¹, Szabó A.¹, Komárominé Suhaj K.¹, Enyedi J.², Kozák R.¹, Markhot Ferenc Oktató Kórház Eger Endoszkópos Laboratóri-um¹, Markhot Ferenc Oktató Kórház Eger Infektológiai Osztály²

16.40 *Szünet*

**17.00 KÖZGYŰLÉS
TISZTÚJÍTÓ VEZETŐSÉGI VÁLASZTÁS
VEZETŐSÉGI ÜLÉS**

HIRDETÉS
MSD PHARMA HUNGARY KFT.
VICTRELIS
24

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
17.30 - 18.30

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

MSD SZIMPÓZIUM <i>MSD SYMPOSIUM</i>

Üléselnök: Pár Alajos, Pécs

BEVEZETŐ

**A HEPATITIS C KEZELÉSE MAGYARORSZÁGON-KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI
SZEMPONTOK
HOGYAN TOVÁBB?**

Hunyady Béla, Kaposvár-Pécs

**HEPATITIS C KEZELÉSE KETTŐ AVAGY HÁROM DIMENZIÓBAN
VALÓ ÉLET TAPASZTALATOK**

Lengyel Gabriella, Budapest

DISZKUSSZIÓ

HIRDETÉS
ABBVIE KFT.
ABBVIE
26

2014. május 31. Szombat
31 May, Saturday
18.30 - 19.30

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

**ÚJ LEHETŐSÉGEK, ÚJ MEGFONTOLÁSOK A HEPATITIS C
TERÁPIÁJÁBAN**

AbbVie SZIMPÓZIUM/ AbbVie *SYMPOSIUM*

Üléselnökök/ Chair: **Tornai István**, Debrecen

**INTERFERONMENTES TERÁPIÁK HELYE A JELENLEGI NEMZETKÖZI
GUIDELINE-OKBAN ÉS MI VÁRHATÓ JÖVŐRE?**

Makara Mihály, Budapest

**AHOGYAN AZ EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTAN TUDJA AZ ÚJ LEHETŐSÉGEK
BEFOGADÁSÁRÓL SZÓLÓ DÖNTÉST TÁMOGATNI**

Pitter János, Budapest

HIRDETÉS
MEDICONS KFT.
SALOFALK® 3G
28

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
8.30 - 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

SALOFALK® 3G GRANULÁTUM: ELŐRELÉPÉS A COLITIS ULCEROSA TERÁPIÁJÁBAN MEDICONS SZIMPÓZIUM / <i>MEDICONS SYMPOSIUM</i>

Üléselnökök / Chair:

Papp János, Budapest **Lakatos László**, Veszprém

SALOFALK 3G GRANULÁTUM NAPONTA EGYSZER. MIÉRT ELÉG?
Lakatos László, Veszprém

**A KETTŐS HATÓANYAG-FELSZABADULÁS ELŐNYEI A COLITIS ULCEROSA
KEZELÉSÉBEN – ELMÉLET ÉS GYAKORLAT**
Papp János, Budapest

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
9.00 –12.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

Proteolitikus enzimek a gasztroenterológiában
Proteolytic enzymes in gastroenterology
Hersényi László, Budapest

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

**A szérum tumornekrózis faktor- α , infliximab és infliximab elleni antitest titerének
gyakorlati jelentősége gyulladásos bélbetegségekben**
*Clinical utility of measuring serum TNF (tumor necrosis factor)- α level, infliximab trough level and
antibody titers in critical situations in inflammatory bowel disease*
Farkas Klaudia, Szeged

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS
STATE OF ART LECTURES

Francesco Di Mario, Parma, Italy
Pierre Deprez, Brussels, Belgium
Graham R Foster, London, United Kingdom
Markus M. Lerch, Greifswald, Germany
The cell-biology of pancreatitis

Andrea May, Wiesbaden, Germany
Therapeutic use of double balloon endoscopy
Colm O'Morain, Dublin, Ireland
*Helicobacter pylori infection: how to cope with the increasing failure of standard
eradication therapy?*
Kerpel Fronius Sándor, Budapest
Az infliximab eredeti és biohasonló készítményeinek klinikai farmakológiai összehasonlítása
Clinical pharmacological comparison of original and biosimilar infliximab products

A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA

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

A SIMOR PÁL ALAPÍTVÁNY DÍJAINAK ÁTADÁSA
GEORG WEBER ALAPÍTVÁNY DÍJ ÁTADÁSA

* * *

K Ö Z G Y Ű L É S
GENERAL ASSEMBLY

- | | |
|---|-----------------------------------|
| I. Elnöki megnyitó | VI. Az új vezetőség megválasztása |
| II. Főtitkári beszámoló | VII. Könyvbemutató |
| III. Pénztárosi beszámoló | VIII. Zárszó |
| IV. Ellenőri jelentés | |
| V. Vita az elhangzott beszámolók felett | |

A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

TISZTELETBELI TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. T.CSÁKY	(USA)		Dr. A.S. PENA	(NL)	2000
Dr. F.VILARDELL	(E)		Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000
Dr. D. MÜTING	(D)		Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001
Dr. L.DEMPLING	(D)		Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001
Dr. H.MANSUROV	(SU)		Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001
Dr. A.UGOLEV	(SU)		Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001
Dr. M.SIURALA	(FL)		Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)		Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002
Dr. L.LAMBLING	(F)		Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002
Dr. E.GÜLZOW	(D)		Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1985	Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. HERBERT FALK	(D)	1985	Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. SERGE BONFILS	(F)	1985	Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	1986	Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	1986	Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	1986	Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	1987	Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. ROLF MADAUS	(D)	1987	Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	1987	Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. F.G. RENGIER	(D)	1987	Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	1988	Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. HERIBERT THALER	(A)	1988	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	1988	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	1989	Dr. MICHAEL PETER MANNS	(D)	2006
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	1989	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	1989	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	1990	Dr. LÁSZLÓ G BOROS.	(USA)	2007
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	1990	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	1990	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. HARALD HENNING	(D)	1991	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	1992	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. PETER FERENCI	(A)	1992	Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. FRIEDRICH	(D)	1993	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
HAGENMÜLLER			Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	1993	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	1993	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	1994	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	1994	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2010
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	1995	Dr. HERBERT LOCHS	(A)	2010
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	1995	Dr. ÖRDÖG TAMÁS	(USA)	2010
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	1996	Dr. CHRISTOPH RINK	(D)	2010
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	1996	Dra. ANGELS GINÈS	(ES)	2011
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	1997	Dr. HEINZ HAMMER	(A)	2011
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	1997	Dr. MICHAEL A. GRAY	(UK)	2011
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	1997	Dr. URSULA SEIDLER	(D)	2012
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	1998	Dr. ANNA GUKOVSKAYA	(USA)	2013
Dr. P. FUNCH-JENSEN	(D)	1998	Dr. MARK HULL	(UK)	2013
Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998	Dr. ERWIN SANTO	(IL)	2013
Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998	Dr. ARUN SANYAL	(USA)	2013
Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999	Dr. RAINER SCHÖFL	(A)	2013
Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999	Dr. FRANCESCO DI MARIO	(I)	2014
Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999	Dr. PIERRE DEPRESZ	(BE)	2014
Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999	Dr. GRAHAM R FOSTER	(UK)	2014
Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2000	Dr. MARKUS M. LERCH	(D)	2014
Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000			

A MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG
A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREM" KITÜNTETÉSBEN
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	Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ	2014

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS

IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD

1990.	Dr. LENGYEL GABRIELLA	2003.	Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ
1991.	Dr. KEMPLER PÉTER	2004.	Dr. JUHÁSZ MÁRK
1992.	Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA	2005.	Dr. MIHELLER PÁL
1993.	Dr. IZBÉKI FERENC	2006.	Dr. SCHWAB RICHÁRD
1994.	Dr. HORVÁTH GÁBOR	2007.	Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN
1995.	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2008.	Dr. PAPP MÁRIA
1996.	Dr. HEGYI PÉTER	2008.	Dr. PÁR GABRIELLA
1997.	Dr. OSZTROGONÁCS HENRIK	2009.	Dr. VENGLOVECZ VIKTÓRIA
1998.	Dr. CSEPREGI ANTAL	2010.	Dr. HRITZ ISTVÁN
1999.	Dr. MOLNÁR BÉLA	2011.	Dr. SIPOS FERENC
2000.	Dr. NEMECZ ANDREA	2012.	Dr. MALÉTH JÓZSEF
2001.	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2013.	Dr. SZMOLA RICHÁRD
2002.	Dr. GASZTONYI BEÁTA	2014.	Dr. FARKAS KLAUDIA

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

EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSBN A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

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

Dr. VARRÓ VINCE	1982	Dr. LONOVICS JÁNOS	2002
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. KISS JÁNOS	2004
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. PÁR ALAJOS	2004
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. WITTMANN TIBOR	2005
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. TÁRNOK FERENC	2006
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. VÁRKONYI TIBOR	2006
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. DÁVID KÁROLY	2006
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2007
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. LÍBOR JÁNOS	2007
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2008
Dr. PREISICH PÉTER	1994	Dr. NAGY FERENC	2008
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	Dr. BERÓ TAMÁS	2009
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2009
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	Dr. KUPCSULIK PÉTER	2009
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	Dr. DALMI LAJOS	2009
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2010
Dr. SZALAY FERENC	1997	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2010
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2011
Dr. FEHÉR JÁNOS	1998	Dr. SOLT JENŐ	2011
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999	Dr. OROSZ PÉTER	2012
Dr. SZEKENI ÁGNES	1999	Dr. TORNAI ISTVÁN	2012
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000	Dr. HUNYADY BÉLA	2013
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000	Dr. PÁK GÁBOR	2013
Dr. PAPP JÁNOS	2001	Dr. MOLNÁR TAMÁS	2014
Dr. SIMON LÁSZLÓ	2001	Dr. TOPA LAJOS	2014
Dr. TULASSAY ZSOLT	2002		

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

HIRDETÉS
FERRING MAGYARORSZÁG KFT.
PENTASA

34

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
12.00 - 13.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**ÚJDONSÁGOK A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK
TÉMAKÖRÉBEN**

UNLEASH YOUR KNOWLEDGE – UPDATE IN IBD
FERRING SZIMPÓZIUM / FERRING SYMPOSIUM

Üléselnökök / Chair:

Bene László, Budapest

Demeter Pál, Budapest

- 12.00 **BEVEZETŐ**
INTRODUCTION
 Bene László, Budapest
- 12.07 **IBD MONITOROZÁSA**
MONITORING IBD
 Szőnyi Mihály, Budapest
- 12.14 **COLITIS ULCEROSA MENEDZSMENTJE**
ULCERATIVE COLITIS MANAGEMENT UPDATE
 Horváth Miklós, Budapest
- 12.21 **IBD SPECIÁLIS BETEGCSOPORTOKBAN**
IBD IN SPECIAL POPULATIONS
 Bajor Judit, Pécs
- 12.28 **ÚJ KEZELÉSI CÉLOK**
NEW TREATMENT GOALS
 Pák Péter, Esztergom
- 12.35 **AKTUALITÁSOK AZ IBD SZÖVŐDMÉNYEINEK FELISMERÉSÉBEN ÉS KEZELÉSÉBEN**
COMPLICATIONS IN IBD – UPDATE
 Schäfer Eszter, Budapest
- 12.42 **CROHN BETEGSÉG MENEDZSMENTJE**
CROHN'S DISEASE MANAGEMENT UPDATE
 Gecse Krisztina, Szeged
- 12.49 **ÖSSZEFOGLALÁS**
SUMMARY
 Demeter Pál, Budapest

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
14.00 - 15.30

Wimbledon terem
Wimbledon lecture Hall

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG
ENDOSCOPIC ULTRASOUND
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg, **Hamvas József**, Budapest,
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

14.00 THE ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND AND MINIMAL INVASIVE SURGERY IN THE MANAGEMENT OF PANCREATIC CYSTIC LESION AND SUBMUCOSAL TUMORS.

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Benedek G.², Bányász Z.², Gastroenterology Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest¹, Surgery Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest²

14.18 ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE EVALUATION OF PANCREATIC CYSTIC LESIONS: INITIAL RESULTS

Zsóri G.¹, Szepes Z.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, Czakó L.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

14.36 ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) IN THE DIAGNOSIS OF UPPER GASTROINTESTINAL TUMORS

Bor R.¹, Czakó L.¹, Szepes A.³, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Szepes Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Bács-Kiskun Country Hospital, Kecskemét, Hungary³

14.54 GIST MIATT VÉGZETT GOMBLYUK BIOPSZIA SZÖVŐDMÉNYES ESETE

Lupták O.¹, Hamvas J.¹, Takács R.¹, I. Belgyógyászati Osztály-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹

15.12 ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE INJECTION (EUS-FNI): ALTERNATIVE OPTION FOR THE TREATMENT OF PANCREATIC INSULINOMAS

Bor R.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Valkusz Z.¹, Wittmann T.¹, Tiszlavicz L.², Szepes Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
15.30 – 17.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnök/Chair:

Figler Mária, Pécs

Sahin Péter, Budapest

15.30 THE ROLE OF NUTRITION THERAPY IN THE MANAGEMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Izbéki F.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház¹

15.50 CLINICAL NUTRITION IMPACT IN CANCER PATIENTS

Harisi R.¹, Department of Oncology, Peterfy Hospital, Budapest¹

16.10 SHORT BOWEL SYNDROME

Sahin P.¹, Department of Gasztroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹

16.30 RÖVIDBÉL-SZINDRÓMA KEZELÉSE DIETETIKAI SZEMPONTBÓL

Varga M.¹, Molnár A.², Kovács I.³, Kőmíves C.², Sahin P.², Topa L.², Gasztroenterológia, Szent Imre Oktatókórház, Budapest¹, Magyarországi Crohn-Colitises Betegek Egyesülete², Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége³

16.40 INITIAL EXPERIENCES IN AND DIFFICULTIES WITH HOME PARENTERAL NUTRITION

Rudas A.¹, Domán A.², Sárkány Á.², Gervain J.¹, Nyikos O.¹, Izbéki F.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár¹, Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár²

16.50 MALNUTRITION SCREENING IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS

Molnár A.¹, Csontos Á.², Kovács I.³, Török É.⁴, Miheller P.², School of PhD. Studies of Semmelweis University, Pathological Sciences, Health science research, Budapest, Hungary¹, Semmelweis University, 2nd Department of Medicine, Budapest, Hungary², Hungarian Dietetic Association, Budapest, Hungary³, Semmelweis University, 1st Department of Surgery, Budapest, Hungary⁴

17.00 EMÉSZTÉSI ZAVAROK A TÁRSULÓ BETEGSÉGEK TÜKRÉBEN

Wacha J.¹, Takáts A.¹, Semmelweis Egyetem ÁOK I.sz. Sebészeti Klinika¹

17.10 IDŐSKORI HASMENÉS ÉS A BÉLFLÓRA MEGVÁLTOZÁSA

Székely G.¹, Szilvás Á.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórháza I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

17.20. DIFFERENT FLAVONOID CONTENT AND COMPOSITION IN SPROUTS

Szabó S.¹, Kristály K.¹, Asztalos Á.¹, Breitenbach Z.¹, Polyák É.¹, Kisbenedek A.¹, Farkas Á.³, Bencsik T.³, Kerényi M.², Figler M.², Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs¹, Department of General Medical Microbiology University of Pécs², Department of Pharmacognosy, University of Pécs³

17.30 A JEJUNÁLIS TÁPLÁLÁS KÜLÖNBÖZŐ INDIKÁCIÓI

Bíró Á.¹, Chamdin S.¹, Takács R.¹, Bagosi T.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia Bajcsy Zsilinszky Kórház Budapest¹

17.40 FINE TUNING OF HOME PARENTERAL NUTRITION IN THE DAILY PRACTICE

Zsilák-Urbán M.¹, Lada S.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, Czakó L.¹, First Department of Internal Medicine, Szeged¹

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
14.00 –18.00

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

BÉLBETEGSÉGEK / BOWEL DISEASES
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

"QUALITY OF CARE INDICATORS AND CARE STRUCTURES"

SZÜKSÉGÜNK VAN IBD LICENSZ VIZSGÁRA?

Üléselnökök/Chair:

Molnár Tamás, Szeged

Lakatos Péter László, Budapest

14:00 STRUCTURE OF CARE IN IBD IN CZECH REPUBLIC

Martin Bortlik, Czech Republic

14:10 STRUCTURE OF CARE IN IBD IN SLOVAKIA

Tibor Hlavaty, Slovakia

14:20 STRUCTURE OF CARE IN IBD IN ROMANIA

Adrian Goldis, Romania

14:30 STRUCTURE OF CARE IN IBD IN HUNGARY

Molnár Tamás, Szeged

14.40 KEREKASZTAL

Martin Bortlik (CZ), Tibor Hlavaty (SK), Zuzyana Zelinkove (SK), Adrian Goldis (RO),
Molnár Tamás, Lakatos Péter, Miheller Pál, Palatka Károly

Üléselnökök/Chair:

Miheller Pál, Budapest

Lakatos László, Veszprém

Kovács Ágota, Budapest

15.00 SHORT AND MEDIUM TERM EFFICACY OF ADALIMUMAB IN ULCERATIVE COLITIS – A MULTICENTRE, PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Molnár T.¹, Bálint A.¹, Szűcs M.², Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Farkas K.¹, Bor R.¹, Lakner L.³, Palatka K.⁴, Miheller P.⁵, Csontos Á.⁵, Hegede G.⁶, Horváth G.⁷, Rácz I.⁸, Vincze Á.⁹, Lakatos P.¹⁰, Golovics P.¹⁰, Gábor Z.⁷, Juhász M.⁵, Zsigmond F.¹¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged², Teaching Hospital Markusovszky, Szombathely³, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen⁴, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁵, 1st Department of Medicine, Sándor Péterfy Hospital, Budapest⁶, Department of Gastroenterology, Semmelweis Health Center, Miskolc⁷, 1st Department of Medicine, Petz Aladár Hospital, Győr⁸, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Faculty of Medicine, Pécs⁹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹⁰, Department of Internal Medicine, National Medical Center, Budapest¹¹

- 15.10 **THE ONE-YEAR EFFICACY OF INFLIXIMAB DOES NOT DEPEND ON THE TIMING OF BIOLOGICAL THERAPY IN ULCERATIVE COLITIS**
Bálint A.¹, Molnár T.¹, Nyári T.², Farkas K.¹, Bor R.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Miheller P.³,
Csontos Á.³, Horváth G.⁴, Lakatos P.⁵, Golovics P.⁵, Palatka K.⁶, Wittmann T.¹,
- 15.20 **IS HOSPITALIZATION PREDICTING THE DISEASE COURSE IN UC? PREVALENCE AND PREDICTORS OF HOSPITALIZATION AND RE-HOSPITALIZATION IN ULCERATIVE COLITIS IN A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT BETWEEN 2000-2012**
Lakatos P.¹, Golovics P.¹, Mandel M.¹, Kürti Z.¹, Szita I.², Végh Z.¹, Kiss L.¹, Horváth Á.³,
Pandur T.², Balogh M.⁴, Mohás A.¹, Lovász B.¹, Lakatos L.
- 15.30 **CORRELATION BETWEEN THE CLINICAL, ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL ACTIVITIES OF ULCERATIVE COLITIS**
Milassin Á.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Szűcs M.², Nyári T.², Nagy F.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹,
Wittmann T.¹, Molnár T.¹
- 15.40 **HOSPITALIZATION RATE BEFORE AND AFTER ANTI-TNF THERAPY, RESULTS FROM TWO REFERRAL CENTERS**
Golovics P.¹, Bálint A.², Mandel M.¹, Végh Z.¹, Mohás A.¹, Szilágyi B.¹, Szabó Á.¹,
Kürti Z.¹, Kiss L.¹, Gecse K.¹, Lovász B.¹, Farkas K.², Molnár T.², Lakatos P.¹
- 15.50 **EFFECTIVENESS AND SAFETY OF ENDOSCOPIC BALLOON DILATATION FOR STRICTURES IN CROHN'S DISEASE –A MULTICENTER STUDY**
Szepes Z.¹, Anita B.¹, Dalma T.¹, Palatka K.², Nagy F.¹, Farkas K.¹, Bor R.¹, Wittmann T.¹,
Molnár T.¹
- 16.00 **PRODUCTIVITY LOSS AND WORK DISABILITY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN HUNGARY IN THE ERA OF BIOLOGICS**
Mandel M.¹, Bálint A.², Lovász B.¹, Golovics P.¹, Farkas K.², Kürti Z.¹, Szilágyi B.¹,
Mohás A.¹, Molnár T.², Lakatos P.¹
- 16.10 **THE DIAGNOSTIC VALUE OF A NEW FECAL MARKER MATRIX METALLOPROTEASE-9 IN DIFFERENT TYPES OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**
Farkas K.¹, Saródi Z.¹, Bálint A.¹, Földesi I.¹, Tiszlavicz L.², Szűcs M.³, Nyári T.³, Nagy F.¹,
Szepes Z.¹, Bor R.¹, Annaházi A.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.

szünet

Üléselnökök/Chairmen:

Palatka Károly, Debrecen

Szepes Zoltán, Szeged

Kristóf Tünde, Miskolc

- 16.30 **CHARACTERISTICS AND PROGNOSIS OF COLORECTAL CANCER IN HUNGARY**
Bor R.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Tiszlavicz L.²,
Szűcs M.³, Szepes Z.¹, Molnár T.¹,

- 16.40 **FECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION IN CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTIONS**
Vigvári S.¹, Vincze Á.², Solt J.², Péترfi Z.¹
- 16.50 **A SZÉKLETTRANSZPLANTÁCIÓ INDIKÁCIÓJA ÉS GYAKORLATI KIVITELEZÉSE RECIDÍV CLOSTRIDIUM DIFFICILE COLITISBEN**
Csilek A.¹, Horváth G.², Pap T
- 17.00 **GLOMERULONEPHRITIS ELŐFORDULÁSA A VESZPRÉM MEGYEI POPULÁCIÓS ALAPÚ IBD ADATBÁZISBAN**
Végh Z.¹, Mácsai E.¹, Lovász B.², Golovics P.², Lakatos P.², Lakatos L.¹
- 17.10 **INCIDENCE OF THROMBOEMBOLISM IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT**
Végh Z.¹, Golovics P.¹, Kurti Z.¹, Lovász B.¹, Szita I.², Balogh M.³, Pandur T.², Lakatos L.², Lakatos P.¹,
- 17.20 **IS THE TUBERCULIN SKIN TEST ALONE ACCURATE IN MODEATE-TO-SEVERE BCG VACCINATED PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE TREATED WITH IMMUNOSUPPRESSIVES TO TEST FOR LATENT TUBERCULOSIS?**
Gecse K.¹, Kürti Z.¹, Lovász B.¹, Szabó Á.¹, Mandel M.¹, Gyurcsányi A.¹, Kristóf K.², Végh Z.¹, Mohás A.¹, Csákó B.¹, Kiss L.¹, Golovics P.¹, Lakatos P
- 17.30 **D-VITAMIN RECEPTOR POLIMORFIZMUS GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN SZENVEDŐ PÁCIENSEK KÖRÉBEN**
Terjék O.¹, Lőrinczy K.¹, Csontos Á.¹, Piri Z.¹, Müllner K.¹, Lakatos P.², Miheller P.¹
- 17.40 **INTERACTION BETWEEN IL23R GENE AND IBD5 LOCUS IN HUNGARIAN ULCERATIVE COLITIS PATIENTS**
Sarlós P.¹, Nagy L.², Csöngéi V.³, Magyari L.⁵, Melegh B.⁴
- 17.50 **IBD PREVALENCIÁJÁNAK VIZSGÁLATA COELIAKIÁS CENTRUM BETEGEI KÖZÖTT**
Kocsis D.¹, Tóth Z.², Csontos Á.¹, Miheller P.¹, Herszényi L.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹,
- 18.00 **LOW DOSE AZATHIOPRIN AND ALLOPURINOL CO-THERAPY: IS IT SAFE TO USE WITHOUT METABOLITE MONITORING?**
Erőss B.¹, Johnson H.¹, Sean W.¹, Simon M.¹

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
14.00 – 18.00

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

KUTATÓI FÓRUM / RESEARCH FORUM
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair: **Molnár Béla**, Budapest

Varga Gábor, Budapest

14.00 SYSTEMATIC MICRORNA EXPRESSION PATTERN ALTERATIONS IN THE COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

Nagy Z.¹, Wichmann B.², Kalmár A.¹, Barták B.¹, Le N.¹, Péterfia B.², Füri I.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 2Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²

14.12 MUCINOUS METAPLASIA DEVELOPS IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIUM IN CHRONIC PANCREATITIS

Balázs A.¹, Duerr J.², Zhou-Suckow Z.², Schattemny J.², Tiszlavicz L.³, Németh I.³, Mall M.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged Hungary¹, Department of Translational Pulmonology, Translational Lung Research Center, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany², Department of Pathology University of Szeged, Szeged, Hungary³

14.24 ANALYSING THE ROLE OF ALPHA2-ADRENOCEPTORS AND IMIDAZOLINE I1 RECEPTORS IN THE REGULATION OF GASTROINTESTINAL FUNCTIONS

Fehér Á.¹, Tóth V.¹, Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyváradi tér 4. 1089 Budapest, Hungary¹

14.36 THE ROLE OF PLASMA MEMBRANE CA²⁺-ATPASE IN PANCREATIC DUCTAL CA²⁺ HOMEOSTASIS

Pallagi P.¹, Hegyi E.², Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Bruce J.³, Hegyi P.¹, University of Szeged, 1First Department of Medicine, Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia², Faculty of Life Sciences, University of Manchester, Manchester, UK³

14.48 AMELIORATING EFFECT OF URSODEOXYCHOLATE PRETREATMENT ON CHENODEOXYCHOLATE-INDUCED CELL INJURY ON PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS

Katona M.³, Péter H.¹, Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Rázga Z.², Venglovecz V.³, 1st Department of Medicine¹, Department of Pathology², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³

szünet

15.10 FOGEREDETŰ ÖSSEJTEK TENYÉSZTÉSE ÉS OSZTEOGÉN DIFFERENCIÁLÓDÁSA EGY ÚJ PEPTID HIDROGÉLEN

Nagy K.¹, Láng O.², Láng J.², Perczel-Kovach K.³, Gyulai-Gaál S.⁴, Kádár K.¹, Kőhidai L.², Varga G.¹, Orálbiológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², Orálbiológiai Tanszék és Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest³, Orális Diagnosztikai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest⁴

15.22 PRESENCE OF EXTERNAL PLANT AND BACTERIAL DNA SEQUENCES IN PLASMA SAMPLES OF COLORECTAL DISEASE PATIENTS

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, Péterfia B.², Tulassay Z.², Csabai I.³, Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², Department of Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest³

15.34 THE EFFECT OF PANCREATITIS-INDUCING FACTORS ON THE EXPRESSION AND FUNCTION OF AQPS IN A PANCREATIC DUCTAL CELL LINE

Venglovecz V.¹, Kemény V. L.², Rakonczay Jr. Z.², Zvara Á.³, Puskás L.³, Hegyi P.², University of Szeged, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Szeged¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged², Laboratory of Functional Genomics, Biological Research Centre, Szeged³

15.46 THE ROLE OF THE CENTRAL ENDOCANNABINOID SYSTEM IN THE MAINTENANCE OF GASTRIC MUCOSAL INTEGRITY

Tóth V.¹, Fehér Á.¹, Zádori Z.¹, Németh J.², Gyires K.¹, Semmelweis University, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Budapest¹, University of Debrecen, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Debrecen²

15.58 CIGARETTE SMOKE EXTRACT INHIBITS PANCREATIC DUCTAL FLUID SECRETION VIA INHIBITION OF CFTR ACTIVITY IN GUINEA PIG

Tóth K.¹, Schnúr A.¹, Maléth J.¹, Csupor D.³, Venglovecz V.², Gál E.¹, Ifj. Rakonczay Z.¹, Hegyi P.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary³

szünet

Üléselnökök/Chair: Pár Gabriella, Pécs Venglovecz Viktória, Szeged

16.20 COMPARING THE CENTRAL AND PERIPHERAL ADMINISTRATION OF OPIOIDS IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Kui B.¹, Balla Z.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Szabó A.³, Horváth G.⁴, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged², Institute of Surgical Research, University of Szeged³, Department of Physiology, University of Szeged⁴

16.32 PROGRAMOZOTT MÁJREGENERÁCIÓ SEGÍTSÉGÉVEL ELŐIDÉZETT FUNKCIONÁLIS ÉS STRUKTURÁLIS VÁLTOZÁSOK

Budai A.¹, Fülöp A.¹, Korsós D.¹, Pekli D.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem 1.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Patológiai Intézet²

16.44 DNA HYPERMETHYLATION OR UPREGULATED MIRNA-21 EXPRESSION POTENTIALLY LEADS TO DECREASED MRNA EXPRESSION OF COL1A2, SFRP2, SOCS3, BCL2, MAL AND PTGS2 IN LEFT-SIDED COLORECTAL ADENOMA AND CANCER

Kalmar A.¹, Peterfia B.¹, Hollosi P.², Galamb O.¹, Spisak S.¹, Wichmann B.¹, Nagy Z.³, Bartak B.³, Furi I.³, Patai V.³, Kovalszky I.², Molnar B.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

16.56 IMPROVING THE EFFICIENCY OF THE L-ARGININE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS MODEL IN MICE

Kormányos E.¹, Kui B.¹, Balla Z.¹, Iványi B.², Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary²

17.08 COMPARISON OF HIGH RESOLUTION MELTING ANALYSIS AND PYROSEQUENCING EFFICIENCY IN COLON CANCER DNA METHYLATION MARKER DISCOVERY

Péterfia B.¹, Wichmann B.¹, Hollósi P.², Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

17.20 THE NOVEL KYNURENIN ANALOGUE SZR-72 IMPROVES THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Balla Z.¹, Balázs K.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Vécsei L.³, Fülöp F.⁴, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary², Department of Neurology, Neuroscience Research Group, Hungarian Academy of Sciences – University of Szeged, Hungary³, Institute of Pharmaceutical Chemistry, Stereochemistry Research Team, Hungarian Academy of Sciences – University of Szeged, Hungary⁴

17.35-18.00

POSZTEREK

megvitatásuk a szünetekben, illetve a szekció előtt és után

Üléselnök: Szijártó Attila, Budapest Zádori Zoltán, Budapest

1. **A SZELEKTÍV VENA PORTAE LIGATÚRA INDUKÁLTA METABOLIKUS VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLAT PET/MRI SEGÍTSÉGÉVEL PATKÁNY MÁJBAN.**
Fülöp A.¹, Budai A.¹, Horváth I.², Kovács N.³, Máthé D.³, Szigeti K.², Lotz G.⁴, Garbaisz D.¹, Rosero O.¹, Turóczi Z.¹, Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², CROmed Translational Research Centers, Budapest³, II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest⁴
2. **EFFECTS OF MODIFIED SELF-DNA SEQUENCES ON CELL KINETIC PARAMETERS AND DIFFERENTIATION OF HT29 CELLS**
Fűri I.¹, Constantinovits M.¹, Sipos F.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², Műzes G.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²
3. **EFFECTS OF HYDROGEN SULPHIDE ON HEME OXIGENASE ACTIVITY IN TNBS INDUCED COLITIS.**
Kupai K.¹, Szalai Z.¹, Korsós M.¹, Baráth Z.², Török S.¹, Szabó R.¹, Csonka A.¹, Daruka L.¹, Pósa A.¹, Varga C.¹, Dept. of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, University of Szeged, Faculty of Dentistry and Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, Szeged, 6720, Hungary²
4. **MEZENTERIÁLIS KERINGÉSZAVAR OKOZTA BAKTERIÁLIS TRANSZLOKÁCIÓ: A POSZTKONDITIONÁLÁS LEHETSÉGES SZEREPE**
Rosero O.¹, Ónody P.¹, Kovács T.¹, Molnár D.², Lotz G.³, Tóth S.⁴, Garbaisz D.¹, Turóczi Z.¹, Fülöp A.¹, Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Humánmorfológiai és Fejlődésbiológiai Intézet, Budapest², Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest³, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest⁴
5. **EPITHELIAL COMMITMENT OF HEPATOCYTE-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR-POSITIVE CELLS IN REGENERATION PHASE OF ULCERATIVE COLITIS**
Sipos F.¹, Fűri I.¹, Constantinovits M.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², Műzes G.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²

HIRDETÉS
GOODWILL PHARMA KFT.
NORMIX®

46

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
18.00 - 19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

NORMIX SZIMPÓZIUM / <i>NORMIX SYMPOSIUM</i>
--

Üléselnökök / Chair:

Szalay Ferenc, Budapest

Tulassay Zsolt, Budapest

18.00 HEPATIKUS ENCEPHALOPATHIA 2014

HEPATIC ENCEPHALOPATHY 2014

Szalay Ferenc, Budapest

18.10 A RIFAXIMIN SZEREPE A DIVERTICULOZIS BETEGSÉGBEN

DIVERTICULAR DISEASE

Hersényi László, Budapest

18.25 ÚJ LEHETŐSÉGEK A CROHN BETEGSÉGBEN. HOL A NORMIX HELYE?

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Lakatos Péter, Budapest

18.40 A DISZBAKTERIÓZIS KLINIKAI JELENTŐSÉGE

SIBO

Altörjay István, Debrecen

18.55 MEGBESZÉLÉS

DISCUSSION

HIRDETÉS
MSD PHARMA HUNGARY KFT.
REMICADE
48

2014. június 1. Vasárnap
1 June, Sunday
19.00 - 20.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

REMICADE SZIMPÓZIUM / REMICADE <i>SYMPOSIUM</i> <i>MSD SZIMPÓZIUM / MSD SYMPOSIUM</i>

Üléselnök / Chair: **Altrojay István**, Debrecen

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
8.30 - 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

AbbVie SZIMPÓZIUM/ AbbVie SYMPOSIUM

Üléselnökök / Chair: **Molnár Tamás**, Szeged

A KORAI CROHN BETEGSÉG MEGHATÁROZÁSÁNAK JELENTŐSÉGE

Palatka Károly, Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gastroenterológiai Tanszék

**AZ ADALIMUMAB HATÁSOSAN TARTJA FENN A REMISSZIÓT COLITS
ULCEROSABAN – 4 ÉVES KÖVETÉSES VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI -
(COLOMBEL ÉS MTSI.; 9. ECCO KONFERENCIA, KOPPENHÁGA, P571)**

Miheller Pál, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika

**AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ ÉS TERÁPIAHŰSÉG JELENTŐSÉGE IBD-
BEN (SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS)**

Lakner Lilla, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Markusovszky Egyetemi
Oktatókórház, Szombathely

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
9.00 – 11.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**„AZ ÉP GYOMOR”- CHR. GASTRITISEK/
 HEALTHY STOMACH INITIATIVE**

(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Takeda támogatásával / Supported by Takeda

Moderátorok:

Peter Malfertheiner, Germany
Hersényi László, Budapest,

Tulassay Zsolt, Budapest,
Czimmer József, Pécs

9.00 INTRODUCTION

Hersényi László, Budapest

**9.20 THE HEALTHY STOMACH INITIATIVE: STRATEGIES FOR GASTRIC
 CANCER PREVENTION**

Peter Malfertheiner, Németország

**9.40 THE ITALIAN MODEL FOR HEALTHY STOMACH: PUBLIC AWARENESS
 ON RISK FACTORS AND BALANCE BETWEEN NON-INVASIVE AND
 INVASIVE TESTS**

Francesco Di Mario, Olaszország

10.00 THE CLINICAL SIGNIFICANCE OF OLGA AND OLGIM CLASSIFICATIONS

Massimo Rugge, Olaszország

10.20 GASTRIC CANCER SCREENING – THE GLOBAL PERSPECTIVE

Marcis Leja, Lettország

10.40 CLOSING REMARKS

Czimmer József, Pécs

11.05 – 11.35

VASTAGBÉL- BÉLBETEGSÉGEK
LARGE BOWEL – BOWEL DISEASES
 (REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üleselnök/Chair: Wittman Tibor, Szeged

Előadó/Lecturer: Molnár Tamás, Szeged

HIRDETÉS
ALLEGRO – GIVEN
PILLCAM SB 3
52

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
11.40-13.10

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ALLEGRO-GIVEN
SZIMPÓZIUM/ SYMPOSIUM

Üléselnökök/ Chair:

Pák Gábor, Esztergom

Rácz István, Győr

11.40 WIRELESS GI ENDOSCOPY – PAST, PRESENT AND FUTURE

Abraham Eliakim, Izrael

12.40 VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA MAGYARORSZÁGON

Pák Péter, Esztergom

12.55 KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA GYŐRBEN

Szalai Milán, Győr

13.15-13.30

Üléselnök / Chair: Rácz István, Győr

COMPLEMENTARY ALTERNATIVE MEDICINE (CAM).
FELMÉRÉS A KANADAI GASZTROENTEROLOGUSOK VÉLEMENYÉRŐL ÉS
GYAKORLATÁRÓL

Koller Oscar., Gastroenterologist in Private Practice, Fredericton ,New Brunswick, Canada²

HIRDETÉS
RECKITT BENCKISER
MAGYARORSZÁG KFT.
GAVISCON®

54

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
14.00 - 14.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**AZ ALGINÁTOK SZEREPE A SAV-FÜGGŐ KÓRKÉPEK
 KEZELÉSÉBEN**
**THE ROLE OF ALGINATE THERAPY IN ACID-RELATED
 DISORDERS**

RECKITT-BENCKISER SZIMPÓZIUM/ *RECKITT-BENCKISER SYMPOSIUM*

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

Előadó: **Hersényi László**, Budapest

HIRDETÉS
FERRING MAGYARORSZÁG KFT.
PICOPREP
56

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
14.30-17.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Czakó László, Szeged Gyökeres Tibor, Budapest Szepes Attila, Kecskemét

State of art lecture of new honorary member

14.30 TRANSLUMINAL INTERVENTIONAL ENDOSCOPY: THE FIRST STEP TOWARDS HYBRID ENDOSCOPIC AND SURGICAL PROCEDURES

Pierre Deprez, Belgium

Üléselnökök/Chair:

Vincze Áron, Pécs Szepes Attila, Kecskemét Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

15.00 ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF BILE DUCT INJURY AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Topa L.¹, Sahin P.¹, Szőnyi M.¹, Theisz J.¹, Igaz I.¹, Bálint A.², Máté M.², Bánsághi Z.³,
 Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Gastroenterology¹, Szent Imre Teaching Hospital
 Dept. of Surgery², Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Radiology³

15.10 ENDOSCOPIC MYOTOMY OF ZENKER DIVERTICULUM, FIRST YEAR EXPERIENCE OF 7 PATIENTS

Tolmácsi B.¹, Lőrinczy K.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Dept. of Gastroenterology, Health
 Centre, Ministry of Home Defence, Budapest¹

15.20 TREATMENT OF ACHALASIA ASSOCIATED WITH EPIPHRENIC DIVERTICULA

Solt J.¹, Csizmadia C.³, Illés A.¹, Acél P.³, Horváth Ö.², Vincze Á.¹, 1st Department of
 Medicine, University of Pécs¹, Department of Surgery, University of Pécs², City Hospital
 of Mohács³

15.30 LAPAROSCOPOS HELLER MYOTOMIA ÉS DOR PLASTICA (LHMD) RESTENOSISÁNAK TÁGÍTÁSA FEDETT FÉMSTENTTEL

Pap Á.¹, Szepes G.², Gál I.³, Langó M.¹, Bene L.¹, Gastroenterologia, Péterfy Kh-Ri és
 Baleseti Központ, Budapest¹, Diagnoscan Magyarország Kft, Péterfy Kh-Ri és Baleseti
 Központi telephelye, Budapest², Endo-Lux Kft, Mátrafüred³

15.40 TRAINING OF PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY (POEM) IN A SURVIVAL PORCINE MODEL

Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Dept. of Gastroenterology Bács-Kiskun County Hospital and
 OMCH Ltd's Endoscopic Unit, Kecskemét, Hungary¹

15.50 EFFECT OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS ON MORTALITY OF PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY

Varga J.¹, Szalai O.¹, Fitos P.¹, Patai Á.¹, Department of Gastroenterology, Elisabeth Teaching Hospital, Sopron¹

Üléselnökök/Chair:

Topa Lajos, Budapest **Gurzó Zoltán**, Gyula **Varga Márta**, Békéscsaba

16.00 CYANOACRYLATE INJECTION TREATMENT FOR EXTRAESOPHAGEAL VARICEAL BLEEDING

Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Szabó T.¹, Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár¹

16.10 AZ APC (ARGON PLASMA COAGULATIO) KEZELÉS SZEREPE A KRÓNIKUS, TRANSZFÚZIÓT IGÉNYLŐ GASTROINTESTINALIS VÉRZŐ BETEGEK KEZELÉSÉBEN.

Kürti Z.¹, Golovics P.¹, Lovász B.¹, Gönczi L.¹, Kiss L.¹, Gecse K.¹, Papp J.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika¹

16.20 AZ ALSÓ TÁPCSATORNAI VÉRZÉS SOKSZÍNŰSÉGE

Rusznay K.¹, Schäfer E.¹, Dunkel K.¹, Tolmácsi B.¹, Visnyei Z.¹, Szász N.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest¹

16.30 ENDOSCOPIC REPOSITIONING OF OESOPHAGEAL STENT MIGRATED IN THE STOMACH AND THE PREVENTION OF STENT MIGRATION

Székely A.¹, Budai N.¹, Varga I.¹, Fejes R.¹, Altörjay Á.², Izbéki F.¹, Szent György University Hospital of County Fejér, 1st Department of Medicine¹, Szent György University Hospital of County Fejér, Department of Surgery, Székesfehérvár²

16.40 MALIGNUS GASTRODUODENALIS OBSTRUCTIO - ENTERALIS STENT

Szegedi L.¹, Ágoston S.¹, Rácz F.¹, Vén L.¹, Dandé G.¹, Kovács J.¹, Czirják K.¹, Ágoston L.¹, Czuczor V.¹, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház - Jósza András Oktatókórház I. Belgyógyászat, Nyíregyháza¹

16.50 FEDETT ÉS FEDETLEN STENTEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA MALIGNUS DUODENUM OBSTRUCTIÓ KEZELÉSÉBEN

Tarpay Á.¹, Burai J.¹, Pozsár J.¹, Szmola R.¹, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg¹

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
17.00-17.50

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Madácsy László, Székesfehérvár Rácz István, Győr

17.00 ROBOTIC MANEUVERING OF CAPSULE ENDOSCOPY: PRELIMINARY TESTS IN AN EXPERIMENTAL COLONIC MODEL

Fodor E.¹, Csörgő A.¹, Huberth B.¹, Cserey G.¹, Gyöngy M.¹, Balogh G.², Pak P.³, Madácsy L.⁴, Faculty of Information Technology and Bionics, Pázmány Péter Catholic University, Budapest¹, Department of Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár², Vaszary Kolos Hospital, Esztergom³, Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴

17.10 CAPSULE RETENTION IN CASE OF SMALL BOWEL STENOSES CAUSED BY NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS (NSAIDS): WHAT TO DO?

Kovács M.¹, Kantner R.¹, Pintér T.¹, Fleischer M.¹, Jaritz B.¹, 2. Medizinische Abteilung für Gastroenterologie & Hepatologie, Endokrinologie & Diabetologie, Onkologie, Landesklinikum Mistelbach-Gänserndorf¹

17.20 KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKE GYERMEKKORI GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN

Lásztity N.¹, Nagy A.¹, Koráné Patkás C.¹, Karoliny A.¹, Gombos E.¹, Lőrincz M.¹, Gasztroenterológiai és Nephrológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház¹

17.30 THE ROUTINE USE OF CAPSULE ENDOSCOPY (CE) IN OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING (OGB). THE INITIAL SOUTH-HUNGARIAN EXPERIENCE.

Bálint L.¹, Izbéki F.¹, Vadászi K.¹, Róka R.¹, Inczefi O.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Second Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest²

17.40 CAPSULE ENDOSCOPY IN ACUTE OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Szalai M.¹, Kovács V.¹, Kiss G.¹, Andorka M.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Department of Gastroenterology, Petz Aladar County and Teaching Hospital, Győr¹

HIRDETÉS
BERLIN-CHEMIE / A. MENARINI
KFT.
GASZTROENTEROLÓGIA
60

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
14.30 – 16.50

Levendula I. terem
Levendula Hall I.

PANCREAS
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

KLINIKAI PANKREATOLÓGIA I.

Üléselnökök/Chair:

Takács Tamás, Szeged

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

14.30 ORSZÁGOS PANKREÁSZ REGISZTER (OPR): 2014 UPDATE

Hegyi Péter

14.40 RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS IN HUNGARY BASED ON THE DATA FROM THE HUNGARIAN NATIONAL PANCREAS REGISTRY

Hritz I.¹, Kemény L.¹, Izbéki F.², Gervain J.², Szepes A.³, Dubravcsik Z.³, Gyimesi G.³, Kelemen D.⁴, Csiszkó A.⁵, Szentkereszty Z.⁵, Bod B.⁶, Vincze Á.⁷, Bajor J.⁷, Szmola R.⁸, Párniczky A.⁹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary², Bács-Kiskun Megyei Hospital, Kecskemét, Hungary³, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁴, Department of Surgery, University of Debrecen Medical School and Health Science Center, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, First Department of Medicine, University of Pécs, Hungary⁷, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary⁸, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary⁹

14.50 RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS IN HUNGARY BASED ON THE DATA FROM THE HUNGARIAN NATIONAL PANCREAS REGISTRY

Dubravcsik Z.¹, Balázs A.², Hritz I.², Kemény L.¹, Izbéki F.³, Gervain J.³, Szepes A.¹, Gyimesi G.¹, Kelemen D.⁴, Csiszkó A.⁵, Szentkereszty Z.⁵, Bod B.⁶, Vincze Á.⁷, Bajor J.⁷, Szmola R.⁸, Párniczky A.⁹, Lásztity N.⁹, Sümegi J.¹⁰, Andorka C.¹¹, Veres G.¹¹, Czelecz J.¹², Novák J.¹³, Crai S.¹³, Farkas G.¹⁴, Czakó L.², Rakonczay Z.², Maléth J.², Pap Á.⁸, Hegyi P.², Bács-Kiskun County Municipality Hospital, Kecskemét¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged², Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár³, Department of Surgery, University of Pécs, Pécs⁴, Department of Surgery, University of Debrecen Medical School and Health Science Center, Debrecen⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes⁶, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs⁷, National Institute of Oncology, Budapest⁸, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary⁹, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Hospital, Miskolc, Hungary¹⁰, First Department of Paediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹¹, Hungarian Reformed Church Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary¹², Békés Megyei Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary¹³, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary¹⁴

15.00 IMPORTANCE OF GENETIC TESTING IN ACUTE PANCREATITIS IN CHILDHOOD

Párniczky A.¹, Lásztity N.¹, Andorka C.², Veres G.², Czelecz J.⁴, Szmola R.⁶, Németh B.⁵, Hegyi E.³, Hritz I.³, Hegyi P.³, Sahin-Tóth M.⁵, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², II.sz. Belgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged³, MRE Bethesda Gyermekkorház⁴, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, United States⁵, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest⁶

GENETIKA

Üléselnökök/ Chair:

Szmola Richárd, Budapest

Pap Ákos, Budapest

15.20 CCK-B RECEPTOR MUTATION IS NOT ASSOCIATED WITH INCREASED RISK, NOR WITH DECREASED SURVIVAL IN PANCREATIC ADENOCARCINOMA

Balázs A.¹, Hegyi E.¹, Németh B.², Hritz I.¹, Izbéki F.⁴, Gervain J.⁴, Szepes A.⁵, Gyimesi G.⁵, Dubravcsik Z.⁵, Kelemen D.⁸, Csiszkó A.⁷, Szentkereszty Z.⁷, Bod B.⁶, Sümegi J.¹⁰, Szmola R.³, Novák J.⁹, Farkas G.¹¹, Czakó L.⁰, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, Pap Á.³, Sahin-Tóth M.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University, Boston, USA², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Bács-Kiskun County Municipality Hospital, Kecskemét, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Department of Surgery, University of Debrecen, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary⁹, B-A-Z County Hospital, Miskolc, Hungary¹⁰, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary¹¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia¹²

15.30 TWO NOVEL VARIANTS IN THE PROXIMAL PROMOTER REGION OF SPINK1 GENE

Hegyi E.², Geisz A.³, Takács T.¹, Farkas G.⁴, Szepes Z.¹, Novák J.⁵, Izbéki F.⁶, Gervain J.⁶, Hritz I.¹, Szepes A.⁷, Kelemen D.⁸, Dubravcsik Z.⁷, Bod B.⁹, Szmola R.¹⁰, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia², Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, MA, USA³, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary⁴, Békés Megyei Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary⁵, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁶, Bács-Kiskun Megyei Hospital, Kecskemét, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁹, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹⁰

15.40 SLC26A6 MUTATIONS ARE NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Balázs A.¹, Hegyi E.¹, Németh B.², Hritz I.¹, Izbéki F.⁴, Gervain J.⁴, Szepes A.⁵, Gyimesi G.⁵, Dubravcsik Z.⁵, Kelemen D.⁶, Csiszkó A.⁷, Szentkereszty Z.⁷, Bod B.⁶, Sümegi J.¹⁰, Novák J.⁹, Párniczky A.¹², Lásztity N.¹², Andorka C.¹³, Veres G.¹³, Szmola R.³, Czelecz J.¹¹, Vincze Á.¹⁴, Bajor J.¹⁴, Farkas G.¹⁵, Czakó L.¹, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Pap Á.³, Sahin-Tóth M.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University, Boston, USA², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Bács-Kiskun County Municipality Hospital, Kecskemét, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Department of Surgery, University of Debrecen, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary⁹, B-A-Z County Hospital, Miskolc, Hungary¹⁰, Bethasda Children's Hospital, Budapest, Hungary¹¹, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary¹², Semmelweis University, Paediatric Department, Budapest, Hungary¹³, Department of Internal Medicine, University of Pécs, Hungary¹⁴, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary¹⁵, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia¹⁶

15.50 GENETIC OR ACQUIRED CFTR LOSS-OF-FUNCTION EXACERBATE ALCOHOLIC PANCREATITIS

Maléth J.¹, Pallagi P.¹, Kemény L.¹, Balla Z.¹, Kui B.¹, Balázs A.¹, Judák L.², Németh I.³, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Földesi I.⁴, Áron S.⁵, Borka K.⁵, Doranda P.⁶, Lukacs G.⁶, Gray M.⁷, Monterisi S.⁸, Zaccolo M.⁸, Lerch M.⁹, Sahin-Tóth M.¹⁰, Hegyi P.¹, First Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged³, Department of Laboratory Medicine, University of Szeged, Szeged⁴, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵, Department of Physiology McGill University, Montréal, Canada⁶, Institute for Cell & Molecular Biosciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK⁷, Department of Physiology, Anatomy and Genetics, Oxford University, Oxford, UK⁸, Department of Medicine A, University Medicine Greifswald, Greifswald, Germany⁹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA¹⁰

KLINIKAI PANKREATOLÓGIA II.

Üléselnökök/Chair:

Czakó László, Szeged **Kelemen Dezső**, Pécs

16.10 BENEFITS OF SCREENING FOR PANCREATIC CANCER IN NEW-ONSET DIABETES MELLITUS

Illés D.¹, Zsóri G.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, Czakó L.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

16.20 A NEW NON-INVASIVE METHOD FOR DETECTING EXOCRINE PANCREATIC DYSFUNCTION

Móga M.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Varga M.¹, Gastroenterology, dr Rethy Pal Hospital, Békéscsaba¹

16.30 DYNAMICS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION INDEXES IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AFTER CHOLECYSTECTOMY

Szircsák E.¹, Ruszin L.², Kurcsák N.¹, Ungvári nemzeti egyetem, orvosi kar, belgyógyászati tanszék, Ungvár, Kárpátalja¹, Ungvári nemzeti egyetem, orvosi kar, sebészeti tanszék, Ungvár, Kárpátalja²

HIRDETÉS
BERLIN-CHEMIE / A. MENARINI
KFT.
SPASMOMEN®
64

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
14.30 – 16.00

Levendula II.
Levendula II.

MOTILITÁS / MOTILITY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Bálint András, Budapest

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

Rosztóczy András, Szeged

14:30 ACUTE AND CHRONIC EFFECTS OF BILE ACIDS ON THE EPITHELIAL ACID-BASE TRANSPORTERS IN BARRETT'S ESOPHAGUS

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 Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary²

14:40 THE EFFECT OF COMBINED LONG TERM ASPIRIN AND PROTON PUMP INHIBITOR THERAPY ON THE HISTOLOGICAL PROGRESSION OF BARRETT'S METAPLASIA

Róka R.¹, Inczei O.¹, Kiss P.¹, Gyetvai Á.¹, Bálint L.¹, Németh I.³, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged, Hungary³

14:50 COMPARISON OF MII-PH-METRY DATA IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL HEARTBURN AND PROTON PUMP INHIBITOR TREATMENT RESPONSIVE NON-EROSIVE REFLUX DISEASE

Gyorgyev K.¹, Rudas A.¹, Székely A.¹, Fejes R.¹, Joó I.¹, Székely I.¹, Légner A.², Altorjay Á.², Izbéki F.¹, Szent György University Hospital of County Fejér, 1st Department of Medicine¹, Szent György University Hospital of County Fejér, Department of Surgery²

15:00 A STUDY OF THE NUTRITION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Breitenbach Z.¹, Nagy R.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Gubicskóné Kisbenedek A.¹, Polyák É.¹, Figler M.¹, University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Institute of Nutritional Sciences and Dietetics¹

15:10 THE PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX (GOR) RELATED SYMPTOMS IN HEALTHY SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS.

Rosztóczy A.¹, Laczkó D.¹, Bálint L.¹, Gyetvai Á.¹, Kiss P.¹, Róka R.¹, Inczei O.¹, Szekeres V.², Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary²

Üléselnökök/ Chair:

Király Ágnes, Pécs

Wittman Tibor, Szeged

Tiszai Andrea, Szeged

15:20 NON-INVASIVE TEST FOR DIAGNOSING GASTROPARESIS

Csintalan Z.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Taybani Z.², Bótyik B.², Gyimesi A.², Varga M.¹, Gastroenterology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹, Endocrinology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba²

15:30 VISCERAL HYPOSENSITIVITY INDUCED BY CONGENITALLY ELEVATED GUT PERMEABILITY TURNS TO HYPERSENSITIVITY AFTER STRESS IN CA-MLCK MICE

Inczeffi O.¹, Eutamene H.¹, Leveque M.¹, Bétoulières C.¹, Róka R.², Rosztóczy A.², Wittmann T.², Turner J.³, Theodorou V.¹, Ferrier L.¹, INRA TOXALIM Neurogastroenterology and Nutrition Unit, Toulouse, France¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pathology, The University of Chicago, Chicago, USA³

15:40 EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN SOUTH-EAST HUNGARY. A POPULATION BASED STUDY.

Bálint L.¹, Tiszai A.¹, Dóczy I.³, Szekeres V.², Róka R.¹, Laczkó D.¹, Inczeffi O.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary²

15:50 DEVELOPMENT OF A PAN-EUROPEAN REGISTER ON HELICOBACTER PYLORI MANAGEMENT. PRELIMINARY RESULTS

Gisbert J.¹, McNicholl A.¹, Buzás G.², La Princesa University Hospital, Gastroenterology, Madrid, Spain¹, La Princesa University Hospital, Gastroenterology, Madrid, Spain², Ferencváros Health Centre, Gastroenterology, Budapest, Hungary³

HIRDETÉS
TEVA GYÓGYSZERGYÁR ZRT.
REFLUXON®

67

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
16.00 – 17.50

Levendula II. terem
Levendula Hall II.

ONKOLÓGIA / ONCOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Pap Ákos, Budapest

Schwab Richárd, Budapest

16.00 SYSTEMATIC, ROBUST, REVERSIBLE GENE METHYLATION PRECEDE SPORADIC, RANDOM GENETIC MUTATIONS IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CANCER DEVELOPMENT

Molnár B.¹, Péterfia B.², Patai Á.¹, Kalmár A.², Valcz G.², Galamb O.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis University, 2nd Dept. of Medicine¹, Hungarian Academy of Sciences, Molecular Medicine Research Group²

16.10 PREVALENCE OF PRENEOPLASTIC SERRATED POLYPS IN HUNGARY

Patai Á.¹, Micsik T.², Botár Z.¹, Patai Á.³, Sipos J.⁴, Ringelhan B.⁴, Molnár B.⁵, Tulassay Z.⁵, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Sopron Elizabeth Teaching Hospital, Sopron, Hungary³, Department of Pathology, Sopron Elizabeth Teaching Hospital, Sopron, Hungary⁴, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary⁵

16.20 COLON CANCER GENETIC CHARACTERIZATION BY NEXT GENERATION SEQUENCING

Péterfia B.¹, Kalmár A.¹, Wichmann B.¹, Patai V. Á.¹, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

16.30 DRIVER MUTATIONS IN COLORECTAL CANCER: ANALYSIS OF 59 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Kocsis É.¹, Kohánka A.¹, Pintér F.¹, Landherr L.², Boér K.³, Kahán Z.⁵, Bodoky G.⁴, Kopper L.¹, Urbán L.⁶, Peták I.¹, Schwab R.¹, KPS Molecular Diagnostic Center¹, Depts. Oncology Uzsoki Hospital², St. Margit Hospital³, St. Laszlo & Istvan Hospital⁴, Oncology Clinic SZTE⁵, Matrahaza Healthcare Center and University Teaching Hospital⁶

16.40 DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND PATHOLOGICAL DIFFERENCES BETWEEN RIGHT- AND LEFT-SIDED COLON CANCER BASED ON A 3-YEAR OBSERVATIONAL COHORT

Botár Z.¹, Micsik T.², Solymosi N.³, Molnár B.⁴, Tulassay Z.⁴, Patai Á.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of the Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary³, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary⁴

szünet

**17.00 MICROSATELLITA INSTABILITÁS - A KEDVEZŐ PROGNOSZTIKAI
FAKTOR COLORECTALIS CARCINOMÁS BETEGANYAGUNKBAN**

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

**17.10 INDIREKT JELÁTVITELI TERÁPIÁS CÉLPONTOK AZONOSÍTÁSA
HASNYÁLMIRIGY DAGANATOKBAN IN VITRO FARMAKOLÓGIAI
VIZSGÁLATOKKAL**

Brauswetter D.¹, Gurbi B.¹, Félegyházi F.¹, Schwab R.², Kéri G.¹, Peták I.¹, MTA-SE Patobiokémiai Kutatócsoport¹, KPS Molekuláris Diagnosztikai Központ²

**17.20 DRIVER MUTATIONS IN PANCREATIC CANCER: ANALYSIS OF 16 CASES
AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS**

Kohánka A.¹, Kocsis É.¹, Pintér F.¹, Landherr L.², Boér K.³, Kahán Z.⁵, Bodoky G.⁴, Kopper L.¹, Urbán L.⁶, Peták I.¹, Schwab R.¹, KPS Molecular Diagnostic Center¹, Depts. Oncology Uzsoki Hospital², St. Margit Hospital³, St. Laszlo & Istvan Hospital⁴, Oncology Clinic SZTE⁵, Matrahaza Healthcare Center and University Teaching Hospital⁶

**17.30 DRIVER MUTATIONS IN GASTRIC CANCER: ANALYSIS OF 12 CASES AND
THERAPEUTIC IMPLICATIONS**

Binder Z.¹, Kohánka A.¹, Kocsis É.¹, Pintér F.¹, Landherr L.², Boér K.³, Kahán Z.⁵, Bodoky G.⁴, Kopper L.¹, Urbán L.⁶, Peták I.¹, Schwab R.¹, KPS Molecular Diagnostic Center¹, Depts. Oncology Uzsoki Hospital², St. Margit Hospital³, St. Laszlo & Istvan Hospital⁴, Oncology Clinic SZTE⁵, Matrahaza Healthcare Center and University Teaching Hospital⁶

**17.40 NEUROENDOCRINE TUMORS IN OUR DEPARTMENT OF
GASTROENTEROLOGY, 2006-2014.**

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Varga M.¹, Gastroenterology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹

HIRDETÉS
RICHTER GEDEON NYRT.
QUAMATEL®
70

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
18.00 - 19.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

A GERD KEZELÉSI GYAKORLATA MAGYARORSZÁGON „STEP UP VS. STEP DOWN” TREATMENT PRACTICE OF GERD IN HUNGARY <i>RICHTER GEDEON SZIMPÓZIUM / RICHTER GEDEON SYMPOSIUM</i>
--

Üléselnökök/Chair:

Tulassay Zsolt, Budapest **Wittmann Tibor**, Szeged, **Hersényi László**, Budapest

GERD KEZELÉSE A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN
TREATMENT OF GERD IN GENERAL PRACTICE
Kalabay László, Budapest

„STEP DOWN”
Rosztóczy András, Szeged

„STEP UP”
Rácz István, Győr

MEGBESZÉLÉS, VITAFÓRUM
DISCUSION

HIRDETÉS
TAKEDA PHARMA KFT.
CONTROLOC
72

2014. június 2. Hétfő
2 June, Monday
19.00 - 20.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

ÚJDONSÁGOK TIHANYTÓL TIHANYIG TAKEDA SZIMPÓZIUM / TAKEDA SYMPOSIUM
--

Üléselnök/ Chair:

Tulassay Zsolt, Budapest **Wittmann Tibor**, Szeged **Hunyady Béla**, Kaposvár-Pécs

SAV-FÜGGŐ KÓRKÉPEK
Hersényi László, Budapest

HEPATOLÓGIA
Szalay Ferenc, Budapest

IBD
Nagy Ferenc, Szeged

GASZTROENTEROLÓGIAI ONKOLÓGIA
Altorjay István, Debrecen

NEM-COELIAKIÁS GLUTÉNSZENZITIVITÁS (NCGS)
Juhász Márk, Budapest

HIRDETÉS
MEDSERV - KPS
ONCOMPASS
74

2014. június 3. Kedd
3 June, Tuesday
8.30 – 9.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**GLOBALISAN ELÉRHETŐ MOLEKULÁRIS DIAGNOSZTIKAI
RENDSZEREK DAGANATOS BETEGSÉGEKRE,
STATE OF THE ART 2014**

MEDSERV-KPS SZIMPÓZIUM/ MEDSERV-KPS SYMPOSIUM

Üléselnök: **Pap Ákos**, Budapest

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

HIRDETÉS
STRATHMANN GMBH&CO KG
LACTASE – LALUC
76

2014. június 3. Kedd
3 June, Tuesday
9.00 – 10.40

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

**ÚJDONSÁGOK A VÉKONYBÉLBETEGSÉGEK
DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS TERÁPIÁJÁBAN /**
*NOVELTIES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SMALL
BOWEL DISEASES*
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátorok: **Bajor Judit**, Pécs **Rácz István**, Győr **Vincze Áron**, Pécs

- 9.00 **A COELIAKIA ÚJ DIAGNOSZTIKUS KRITÉRIUMAI**
NEW DIAGNOSTIC CRITERIA OF CELIAC DISEASE
Korponay-Szabó Ilma, Debrecen
- 9.15 **A GLUTÉN-SZENZITIVITÁS ARCAI: A GLUTÉNHEZ KAPCSOLT KÓRKÉPEK ÚJ KLASSZIFIKÁCIÓJA ÉS NEVEZÉKTANA**
FEATURES OF GLUTEN SENSITIVITY: NEW CLASSIFICATION AND NOMENCLATURE FOR GLUTEN-RELATED DISORDERS
Bajor Judit, Pécs
- 9.30 **ÚJ TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEK COELIAKIÁBAN**
NEW THERAPEUTIC OPTIONS FOR CELIAC DISEASE
Juhász Márk, Budapest
- 9.45 **KAPSZULA ENDOSZKÓPIA SZEREPE A VÉKONYBÉL EREDETŰ GI VÉRZÉSEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
ROLE OF CAPSULE ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS OF SMALL BOWEL HAEMORRHAGE
Rácz István, Győr
- 10.00 **A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA ÚJ INDIKÁCIÓI VÉKONYBÉL BETEGSÉGEKBEN**
NEW INDICATIONS OF CAPSULE ENDOSCOPY IN SMALL BOWEL DISEASE
Pák Péter, Esztergom
- 10.15 **BÉLELÉGTÉLEN BETEGEK OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATOK**
EXPERIENCES WITH HOME PARENTERAL NUTRITION IN PATIENTS WITH SHORT BOWEL SYNDROME
Sahin Péter, Budapest
- 10.30 **MEGBESZÉLÉS**
DISCUSSION

10.45 – 11.15

BAKTERIÁLIS INFEKCIÓK MÁJCIRRHOZISBAN
BACTERIAL INFECTIONS IN LIVER CHIROISIS
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök / Chair: **Altörjay István**, Debrecen
Előadó/Lecturer: **Tornai István**, Debrecen

HIRDETÉS
MSD PHARMA HUNGARY KFT.
SIMPONI
78

2014. június 3. Kedd
3 June, Tuesday
11.20 - 12.20

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

SIMPONI SZIMPÓZIUM / SIMPONI <i>SYMPOSIUM</i> <i>MSD SZIMPÓZIUM / MSD SYMPOSIUM</i>

Ülséelnökök / Chair:

Tulassay Zsolt, Budapest,

Banai János, Budapest

2014. június 3. Kedd
3 June, Tuesday
13.30-15.00

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Altörjay István, Debrecen Lakner Lilla, Szombathely Novák János, Gyula

13.30 HIÁBA HOSSZÚ, HA TOLÁSRA NEM HALAD! MINŐSÉGI KOLONOSZKÓPIÁHOZ MEGFELELŐ TÜKÖR IS KELL!

Topál L.¹, Szalai M.¹, Rácz I.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

13.40 PATIENTS' EXPECTATIONS ABOUT COLONOSCOPY

László B.¹, Molnár L.², Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Székely H.¹, Sipos F.¹, Péter Z.¹, Kónya L.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Medibit Foundation, Budapest, Hungary²

13.50 NEW METHOD FOR QUANTITATIVE EVALUATION OF COLONIC CLEANLINESS TO ASSESS DIFFERENT PREPARATION PROTOCOLS AS TO IMPROVE DIAGNOSTIC ACCURACY OF VIDEO COLONOSCOPY

Weltz B.¹, Gyöngy M.¹, Karacs K.¹, Balogh G.², Hritz I.³, Madácsy L.³, Faculty of Information Technology and Bionics, Pázmány Péter Catholic University, Budapest¹, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár², Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár³

14.00 BEEINFLUSST DIE ANWENDUNG EINER SEDIERUNG DIE QUALITÄTSPARAMETER DER KOLOSKOPIE?

Burger C.¹, Hettmann D.¹, Miheller P.¹, Kocsis D.¹, Hersényi L.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis University, 2nd Dept. Med.¹

14.10 VASTAGBÉL POLIPEKTÓMIÁK RETROSPEKTÍV ELEMZÉSE AZ ENDOSZKÓPOS SZUBMUKÓZUS DISSZEKCIÓS IGÉNY FELMÉRÉSÉRE

Vincze Á.¹, Bajor J.¹, Czimmer J.¹, Gódi S.¹, Hunyady B.¹, Illés A.¹, Lukács M.¹, Pakodi F.¹, Sarlós P.¹, Solt J.¹, Szabó I.¹, Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika¹

14.20 ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION IN THE COLON. FEASIBILITY IS INDEPENDENT OF THE LOCATION. EXPERIENCES OF 48 CASES.

Gyökeres T.¹, Csaba G.¹, Bartók K.², Hollósi M.², Kósa R.², Kovács R.², Szabó Z.², Jackel M.², Health Centre, Ministry of Home Defence, Dept. of Gastroenterology¹, Dept. of Pathology²

14.30 A RECTUMBAN LÉVŐ ELVÁLTOZÁSOK ENDOSZKÓPOS ELTÁVOLÍTÁSA: EMR, ESD VAGY TEO?

Zaránd A.¹, Semmelweis Egyetem Budapest, I.sz. Sebészeti Klinika¹

14.40 COLONOSCOPIC TATTOOING AND LAPAROSCOPIC BOWEL RESECTION

Csikós D.¹, Dede K.², Bursics A.², Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹, Uzsoki Hospital Dept. of Surgery²

2014. június 3. Kedd
3 June, Tuesday
15.00 – 18.30

Wimbledon terem
Wimbledon Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Pap Ákos, Budapest

Bene László, Budapest

Poszterbírálók:

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

1. **MAY CIRRHOSIS BE REDUCED BY ERADICATING HEPATITIS C VIRUS?**
Szinku Z.¹, Abonyi M.², Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, Semmelweis University, 1st Department of Internal Medicine, Budapest
2. **TWO CASES AN ACUTE AND A CHRONIC CASE OF BUDD-CHIARI SYNDROME**
Takács E.¹, Lidi H.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹
3. **CASE REPORT: HEMOBILIA OF UNUSUAL MANIFESTATION AND MULTIPLE LOCALIZATION**
Czirják K.¹, Vén L.¹, Szakál T.², Szabó N.³, Fedor L.⁴, Rácz F.¹, Szegedi L.¹, 1st Department of Internal Medicine, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza¹, Department of Radiology, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza², Department of Surgery, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza³, Department of Pathology, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza⁴
4. **TÖBBSZÖRÖS SZÖVŐDMÉNNYEL JÁRÓ IDÜLT HASNYÁLMIRIGY GYULLADÁS KIHÍVÁSAI.**
Horváth M.¹, Gyökeres T.², Rábai K.², Bursics A.³, Doros A.⁴, Fuszek P.¹, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Gasztroenterológiai Osztály¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály², Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti Osztály³, SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika⁴
5. **WHEN THE ENDOSCOPISTS ARE NOT ABLE TO IDENTIFY AND TREAT THE BLEEDING POINT...**
Schafer E.¹, Visnyei Z.¹, Gyökeres T.¹, Sándor J.², Szentpétery L.², Iványi A.³, Lestár B.³, Banai J.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológia¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Radiológia², Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Sebészet³
6. **ACUTE ABDOMEN CAUSED BY SIGMOID PERFORATION DUE TO ISOLATED ANEURYSM OF THE LEFT INTERNAL ILIAC ARTERY. CASE REPORT**
Körösmezey G.¹, Kiss L.¹, Lendvai L.², Oláh Z.³, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest, Hungary¹, Department of Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University Budapest, Hungary², Department of Vascular Surgery, Semmelweis University Budapest, Hungary³

7. **NEW MUTATION OF ATP7B GENE DETECTED BY ION TORRENT IN A WILSON PATIENT WITH ACUTE ON CHRONIC LIVER FAILURE, TRANSPLANTED VIA EUROTTRANSPLANT**
Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Krolopp A.¹, Kósa J.², Árvai K.², Horváth P.¹, Lakatos P.¹, Gerlei Z.³, Kóbori L.³, Görög D.³, Szathmári M.¹, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest¹, PentaCore Laboratory, Budapest², Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University, Budapest³
8. **COLORECTAL SCREENING PROGRAM IN SOPRON – PRELIMINARY RESULTS**
Fitos P.¹, Nagy A.², Kovács A.¹, Stöckert A.¹, Andorka S.¹, Szalai O.¹, Varga J.², Ringelhan B.³, Patai A.¹, Elisabeth Teaching Hospital and Rehabilitation Institute Sopron Gastroenterology¹, Elisabeth Teaching Hospital and Rehabilitation Institute Sopron Surgery², Elisabeth Teaching Hospital and Rehabilitation Institute Sopron Pathology³
9. **CHOLANGIOCARCINOMA IN WILSON DISEASE**
Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Smuk G.², Tornóczki T.², Pajor L.², Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest¹, Department of Pathology of the University of Pécs, Pécs²
10. **FINOM MECHANIZMUSOKBÓL SZÓTT NYELÉSI ZAVAROK**
Kotsis L.¹, Heiler Z.¹, Vadász P.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet¹
11. **GARDNER SYNDROME. CASE REPORT.**
Beyaty S.¹, Takács E.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹
12. **VÉKONYBÉL ADENOCARCINOMA FIATAL NŐBETEGBEN**
Pálfi E.¹, Chamdin S.¹, Takács R.¹, Benedek G.², Lengyel E.³, Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászat, Gasztroenterológiai Osztály¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészeti Osztály², Bajcsy-Zsilinszky Kórház Onkológiai Osztály³
13. **SMALL BOWEL GIST AND ADENOCARCINOMA IN RECKLINGHAUSEN DISEASE**
Szász M.¹, Szalóki T.¹, Székely G.¹, Dubóczki Z.², Strausz T.², 1 st Jávorszky Ödön Kórház Vác¹, 2nd Országos Onkológiai Intézet²
14. **GASTRIC APPEARANCE OF KAPOSÍ SARCOMA: CASE REPORT**
Takács R.¹, Sápi Z.², Szabó A.³, Petrányi Á.⁴, Hamvas J.¹, Gastroenterology Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest¹, 1st. Institute of Pathology Semmelweis University, Budapest², Pathology Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest³, Oncology St. Laszlo Hospital Budapest⁴
15. **WHIPPLE-KÓR – GONDOLJUNK RÁ!**
Visnyei Z.¹, Rusznay K.¹, Rábai K.¹, Viltsek J.², Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, MH Egészségügyi Központ, Budapest¹, II.sz. Belgyógyászati Osztály, MH Egészségügyi Központ, Budapest²
16. **CATHETER RELATED BLOODSTREAM INFECTION IN A PATIENT WITH SHORT BOWEL SYNDROME**
Mohai C.¹, Kovács I.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹

17. **A SZÉKLET CALPROTECTIN SZEREPE SPA-HOZ TÁRSULÓ IBD ELŐREJELZÉSÉBEN**
Dávida L.¹, Szántó S.², Kacska S.¹, Haraszi B.¹, Brúgós B.³, Altörjay I.¹, Szekanecz Z.², Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Reumatológiai Tanszék², Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Ritka Betegségek Tanszéke³

18. **SCREENING OF NUTRITION AND NUTRITIONAL STATUS OF MARFAN SYNDROME PATIENTS**
Kiss A.¹, Lelovics Z.², Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, Budapest¹, Kaposvár University, Kaposvár²

19. **A JÓ ANAMNÉZIS FÉL (TELJES?) DIAGNÓZIS ESETBEMUTATÁS**
Andrási P.¹, Szász N.¹, Csekeő Á.¹, Rábai K.¹, Gyökeres T.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Zacher G.², Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály¹, Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ Toxikológiai Osztály²

20. **GASTROINTESTINÁLIS IDEGENTESTEK OKOZTA SZÖVŐDMÉNYEK**
Orosz T.¹, Kozák R.¹, Kovács L.¹, Lövei L.¹, Nagy I.¹, Bauer K.¹, I. Belgyógyászat, Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger¹

21. **CROHN BETEGEK TNF-ALFA GÁTLÓ KEZELÉSE SORÁN KIALAKULÓ PARADOX PSORIASIS - 6 ESET ELEMZÉSE**
Károlyi Z.¹, Dózsa A.¹, Horváth G.², Gábor Z.², Horváth T.², Nagy G.³, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház Bőrgyógyászati Osztály¹, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház I-es Belgyógyászati Osztály², Borsod A.-Z. Megyei Kórház II-es Belgyógyászati Osztály³

22. **PANNICULITIS, VAGY AMI MÖGÖTTE VAN.**
Szabó E.¹, Kiss I.¹, Kiss J.¹, Szepes Z.¹, Kiss I.², Tiszlavicz L.³, Wittmann T.¹, SZTE, ÁOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika (1)¹, SZTE, ÁOK, Radiológiai Klinika (2)², SZTE, ÁOK, Patológiai Intézet (3)³

23. **GASTROINTESTINAL MANIFESTATION OF EXTRAPULMONAL TUBERCULOSIS CASE REPORT**
Chamdin S.¹, Pálfi E.¹, Takács R.¹, Vajda E.², Szekér G.³, Vesztergombi G.³, Hamvas J.¹, Gastroenterology, Bajcsy-Zsilinszky Hosp., Budapest¹, Pulmonology, Bajcsy-Zsilinszky Hosp., Budapest², Radiology Bajcsy-Zsilinszky Hosp., Budapest³

24. **JÓ ANAMNÉZIS, FÉL DIAGNÓZIS! - INTRAUTERIN FOGAMZÁSGÁTLÓ ESZKÖZ ÁLTAL OKOZOTT ACTINOMYCOSIS.**
Lőrinczy K.¹, Varsányi M.¹, Szentpétery L.², Csonka S.³, Pomizs I.³, Sándor J.⁴, Kovács R.⁵, Pálinkás D.¹, Tolmácsi B.¹, Visnyei Z.¹, Schäfer E.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest¹, Invazív Radiológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest², Általános Sebészeti Osztály II. Th., Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest³, Radiológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest⁴, Pathologia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest⁵

25. **DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF ABDOMINAL PAIN – CARCINOID CARCINOMA**
Székely A.¹, Szántó P.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹
26. **IDŐS NŐBETEGEK TÉVESEN DIAGNOSZTIZÁLT FUNKCIONÁLIS BETEGSÉGE. MI VAN A PANASZHEGYEN TÚL?**
Dabi Á.¹, Schumet P.¹, Sosity H.¹, Pálfi E.¹, Bíró Á.¹, Chamdin S.¹, Hamvas J.¹,
 Gasztroenterologia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹
27. **A JÉGHEGY CSÚCSA: MULTIPLEX FAGGYÚMIRIGY EREDETŰ MALIGNUS BŐRTUMOR COLONCARCINOMÁBAN**
Herr G.¹, Szenes M.¹, Hohl G.², Vinkler M.³, Tüske G.⁴, Horváth J.⁴, Nagy G.⁵, Gasztonyi B.¹,
 1Belgyógyászat¹, 2Bőrgyógyászati², 3Patológiai³, 4Sebészeti⁴, 5Radiológiai Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg⁵
28. **HAEMOKULTÚRÁBÓL TUMORDIAGNÓZIS? A STREPTOCOCCUS BOVIS/GALLOLYTICUS SZEREPE A COLORECTALIS CARCINOMA KIALAKULÁSÁBAN**
Fischer T.¹, Milkovszkaja Irina², I.², Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Gasztonyi B.¹, 1Belgyógyászati osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹, 2Mikrobiológiai Labor, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg²
29. **MALT LYMPHOMA AND HELICOBACTER PYLORI ERADICATION**
Rédei C.¹, Gyuricza I.², Topa L.¹, Department of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest¹, Department of Radiology, Szent Imre Hospital, Budapest²
30. **A HAZAI GYERMEK IBD REGISZTER ELSŐ 5 ÉVE ÉS KAPCSOLÓDÁS A WEBALAPU FELNŐTT IBD REGISZTERHEZ**
Müller K.¹, HUPIR r.¹, Veres G.¹, I. sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹
31. **COMBINED FAECAL QUANTITATIVE CALPROTECTIN AND IMMUNOCHEMICAL FAECAL OCCULT BLOOD TESTS FOR THE DETECTION OF COLORECTAL CARCINOMA AND SIGNIFICANT ADENOMAS**
Balogh G.¹, Mihály E.², Hritz I.⁴, Lengyel Z.³, Madácsy L.², Tulassay Z.², Department of Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Pozitron Diagnosztikai Központ, Budapest³, Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴
32. **GASTROINTESTINÁLIS TUMOR SZŰRŐ PROGRAM-PROTOKOLL BEMUTATATÁSA CÉLZOTT BETEGCSOPORTON**
Lantos A.¹, Papp D.², Lázár B.¹, Belák A.¹, Schumet P.¹, Hamvas J.¹, Takács R.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet I. Belgyógyászat¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet IV. Belgyógyászat²
33. **CAUSE OF DIARRHOEA: NEUROENDOCRINE TUMOUR OR MICROSCOPIC COLITIS, A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CHALLENGE.**
Taller A.¹, Takács E.¹, Salamon F.², Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹, Uzsoki Hospital Dept. of Pathology²

34. **A SZÉRUM ADIPOKINE ÉS A PARAOXONASE-1 AKTIVITÁS TÚLSÚLYOS CROHN BETEGEKBEN**
Palatka K.¹, Veréb Z.², Dávida L.¹, Koncsos P.³, Seres I.³, Altörjay I.¹, Paragh G.³, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem, Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet², Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Anyagcsere Betegségek Tanszék³
35. **GASTROOESOPHAGEALIS REFLUXBAN SZENVEDŐ BETEGEK TÁPLÁLKOZÁSÁNAK ÉS ÉLETMINŐSÉGÉNEK VIZSGÁLATA**
Breitenbach Z.¹, Nagy R.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Gubicskóné Kisbenedek A.¹, Polyák É.¹, Figler M.¹, 1Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet¹
36. **TEENAGERS AND PARENTS KNOWLEDGE ABOUT INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: THE FIRST TIME TO USE A TRANSLATED CROHN'S AND COLITIS KNOWLEDGE SCORE IN HUNGARY**
Vass N.¹, Bor R.², Farkas K.², Bereczky C.¹, Wittmann T.², Molnár T.², Department of Pediatrics and Pediatric Health Care Center, University of Szeged, Szeged¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged²
37. **INCIDENCE RATES AND DISEASE COURSE OF PEDIATRIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN WESTERN HUNGARY BETWEEN 1977-2011**
Lovász B.¹, Lakatos L.², Horváth Á.³, Pandúr T.², Erdélyi Z.², Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Végh Z.², Veres G.⁶, Golovics P.¹, Kiss L.¹, Mandel M.¹, Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶
38. **SERUM TNF-ALFA SZINTEK VÁLTOZÁSA INFLIXIMAB HATÁSÁRA**
Gelley A.¹, Nagy E.¹, Poto L.², Balázs C.³, Kovács Á.⁴, Hegede G.⁵, Bene L.⁵, Miheller P.⁶, Tulassay Z.⁶, Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹, POTE Bioanalitikai Tanszék², Budai allergológiai Centrum³, Kapás utcai Rendelőintézet⁴, Péterfi Sándor utcai Kórház⁵, SE II. Belgyógyászati Klinika⁶
39. **CLOSTRIDIUM DIFFICILE OKOZTA BÉLGÝULLADÁS 3,5 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN**
Novák V.¹, Hardy V.¹, Gelley A.¹, Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászat¹
41. **A KORÁBBAN SZEDETT ANTIBIOTIKUM ÉS A BEUTALÁS HELYE 3,5 ÉVES CD BETEG POPULÁCIÓBAN**
Hardy V.¹, Novák V.¹, Gelley A.¹, Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászat¹

56. Nagygyűlés

565th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

ELŐADÁSKIVONATOK

*Abstracts
of Lectures and Posters*

2014.

Tihany, 30 May - 3 June, 2014.
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. Czakó 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 POLYPECTOMIA MÁSKÉNT: GUMIGYŰRŰ LIGATÚRA ALKALMAZÁSÁNAK ÚJ INDIKÁCIÓJA

Ácsné Tóth A.¹, Lukovich P.¹, Lakatos M.³, Kardos M.³, Arany A.⁴, Harsányi L.¹, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², III. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest³, Központi Radiológia, Egyesített Szent István és Szent László Kórház- Rendelőintézet, Budapest⁴

Bevezetés: A vastagbél polypok ma már legtöbb esetben minimál invazív technikával, flexibilis endoszkóppal eltávolíthatók. A polypok elhelyezkedése, sokfélesége miatt (sessilis, nyeles, óriás) több módszer is (tonogénes injektálás, endo-loop, endoclip, endoscopy mucosectomia, endoscopy submucosus dissection, piece meal technika) rendelkezésre áll, a biztonságos eltávolításukhoz

Beteganyag és módszer: A különböző módszerek ismertetése és bemutatása mellett egy 19 éves Crohn betegséggel gondozott nőbetegünk esetét részletesen ismertetjük, ahol colonoscopia során a sphinctertől 25 cm-re polypoid elváltozást találtak. A képlet vascularizáltságát feltételezve, MSCT-vizsgálat készült, amely e feltételezést igazolta.

A vérzés veszélyére való tekintettel az elváltozást – ez idáig még polyp eltávolítására nem alkalmazott módszerrel - gumigyűrű ligatúra felhelyezése után végeztük el.

Eredmény: Beavatkozás alatt és utána, szövödményt nem észleltünk. Az egy darabban eltávolított elváltozás szövettani eredménye – irodalmi ritkaságnak számít – polypoid haemangioma cavernosum-ot igazolt.

Megbeszélés: A gumigyűrű ligatúra alkalmazása nyelősőv varixok, nodusok kezelésénél ismeretes, de tapasztalatunk alapján a vérzés veszélyével járó kisméretű polypok eltávolításánál is alkalmazhatók.

2 A COLONOSCOPIA ÚJ VILÁGA

Andorka M.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Bábics I.¹, Vincze L.¹, Regőczy H.¹, Dancs N.¹, Rácz L.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

Az új típusú endoszkópok által nyújtott technikai vívmányok mind jobb és jobb képminőség előállítására alkalmasak a gasztrointesztinális traktusban. A képminőséget javító szoftverek, jó felbontású monitorok, továbbá processzor rendszerek az úgynevezett HD képminőséget nyújtják.

Az endoszkópos képek elektronikus manipulációjával és nagyításával a nyálkahártya felszín alatti érkepletek is felismerhetők, továbbá a nyálkahártya felszín eltéréseiből szövettani jellegű következtetésekre is sor kerülhet.

Osztályunkon HD minőségű endoszkópokat használunk mind a felső, mind az alsó traktus vizsgálatára, NBI (narrow band imaging) kapacitással kiegészítve. A szín spektrum kék és zöld komponensének hullámhossz szűkítésével elérhető a finom struktúra minél jobb észlelése.

Az eddigi tapasztalatok szerint az NBI és nagyító colonoscopia elsősorban a colonoscopia minőségi mutatóit javítja. Lehetőséget nyújt az új technika a kisméretű polypok várható szövettani struktúrájának kimutatására, illetve a nagyobb polypoid képletek malignus inváziójának nagy biztonsággal történő előbecslésére.

Előadásunkban beszámolunk a polyp struktúra vizsgálati gyakorlatunkról azaz hogyan igyekszünk elkülöníteni a hyperplasticus és adenomatosus polypokat. Az új típusú endoszkópokkal a diverticulumok megítélése is változott. A ritka esetek is felismerhetők, így például az invertált diverticulumokat a valódi polypoktól jól el tudjuk differenciálni az auróra jel segítségével.

Előadásunkban az új típusú colonoscopy képek bemutatásával demonstráljuk a technikai lehetőségeket és az új colonoscopy képviselőit.

3 A JÓ ANAMNÉZIS FÉL (TELJES?) DIAGNÓZIS ESETBEMUTATÁS

Andrási P.¹, Szász N.¹, Csekeő Á.¹, Rábai K.¹, Gyökér T.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Zacher G.², Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály¹, Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ Toxikológiai Osztály²

Bevezetés: 33 éves férfi esetét mutatjuk be. Három napja fennálló hasi panaszainak oka egy ma már ritkán észlelt toxikus ágens hatása volt.

Esetismertetés: A beteg távolabbi anamnesisében gyermekkorban a bal inguinalis régióban észlelt abscessus miatt opus, valamint cholelithiasis szerepel. Kórházunk sürgősségi osztályáról vettük fel 3 napja jelentkezett görcsös hasi fájdalom, étvágytalanság, obstipatio, izületi fájdalom miatt. Statusából kissé meglassult pszichomotorium, kétoldali alhasi nyomásérzékenység, renyhébb bélhangok említendők. Laboratóriumi leleteiből enyhe normocyter anaemia, jelzett leukocytosis emelhető ki. A mellkas-natív hasi röntgen felvétel, hasi UH aktuális kóros eltérést nem mutatott. Osztályunkon ismételtén kikérdeztük a beteget, aki elmondta, hogy az elmúlt héten több tonna ölommal került kapcsolatba a munkahelyén. Ölommérgezés igazolására vagy kizárására folytattuk vizsgálatunkat. A perifériás vérkenetben a vörösvérsejtek 2-3%-ában basofil punctatio volt észlelhető. Emellett emelkedett Cink-protoporfirin szintet mértünk, mely leletek birtokában az ölommérgezés diagnózisa felállítható volt. Tüneti kezelés (spazmolyticumok, laxans adása) mellett hasi panaszai enyhültek, passzársa rendeződött. További kezelés céljából a beteget a Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet és Baleseti Központ Toxikológiai Osztályára helyeztük át.

Megbeszélés: Az eset alapján ismét megerősítést nyert, hogy a pontosan felvett anamnézis nélkülözhetetlen a célzott vizsgálatok indikálásához és diagnózis felállításához. Ma is gondolni kell ritkábban használt külső toxikus ágensek kóros szerepére is

4 COLORECTALIS SZŰRÉS GYŐRBEN (2013-2014)

Bábics I.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Andorka M.¹, Vincze L.¹, Regőczy H.¹, Szabó A.¹, Rácz L.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

A vastagbél daganat a második leggyakoribb rosszindulatú daganat Magyarországon. Évente mintegy 9000 új megbetegedést regisztrálnak hazánkban és több mint ötezen halnak meg ebben a betegségben. Az esetek nagy többségében a vastagbél rák felfedezésekor már előrehaladott stádiumban van. A vastagbél daganat korai szakának, azaz a polypok (adenomák) felismerésének ezért kiemelkedő szerepe van.

A vastagbél daganat elleni küzdelemben a vastagbél szűrő vizsgálatára alkalmas módszerek:

- 1.) széklet vér vizsgálata (rejtett vérzés vizsgálat, FOBT teszt)
- 2.) pozitív FOBT tesztet követő „tisztázó” vastagbél tükrözés
- 3.) primér vastagbél tükrözés szűrő céllal

Megelőzés és szűrés: A vastagbél rák korai felismerésében fontos szerepet játszik az 50-70 év közötti lakosság körében elvégzett szűrő vizsgálat. Az ÁNTSZ országunkban 3 megyében úgynevezett „pilot” szűrő programot szervezett. A megyék között Győr-Ménfőcsanak-Ménfőcsanak Megye is szerepel. Az indító, úgynevezett „pilot” programra 2013. második félévében és 2014. elején került sor.

A Győrben végzett vastagbél szűrés eddigi adatai: Városunkban 28 háziorvosnak osztott ki az ÁNTSZ iFOBT tesztet. Immún FOBT vizsgálatot központilag, Budapesten, az ÁNTSZ szervezésében végezték.

2013 nyarától Endoszkópos Szakambulanciánkon összesen 143 személy jelentkezett úgynevezett „nem negatív tesztel”, azaz pozitív, rejtett vérzésre utaló tesztteredmény miatt.

2013. február 28-ig összesen 137 colonoscopyt végeztünk, mely során 128 személyben összesen 302 polypot találtunk.

A háziorvosok által kiadott iFOBT teszt szám sajnos ismeretlen.

Eredményeinkből kiemeljük:

- a teszt specifitása, azaz helyességi aránya 75%
- colonoscopy vizsgálatunk mennyisége a „pilot” program időszakában több mint 20%-al nőtt

Tapasztalataink szerint az alapos előkészítés és beteg felvilágosítás után végzett szűrő jellegű colonoscopia a colorectalis daganat megelőzés véltetően leghatékonyabb fegyvere.

5 GIST ENDOSCOPOS KIMUTATÁSÁNAK KÜLÖNBÖZŐ LEHETŐSÉGEI

Bagosi J.¹, Ádám T.¹, Bakonyi T.¹, Képiróné Balázs M.¹, Tóth M.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

Bevezetés: A GIST, (gastrointestinalis stroma tumor) a tápcsatorna leggyakoribb kötőszöveti daganata. A gyomorban 50-70%-ban, a vékonybélben 20-30%-ban, a colonban 5-10%-ban és 5%-ban a nyelősővben fordul elő, leginkább az 50-60 év között. Az esetek 2/3-

ban malignus. Nyelési nehezítettség, hasi fájdalom, kis korai teltségérzet, fogyás, vérzés tünetei mellett mellkas rgt., hasi UH., CT., gastroscopia., endoszkópos ultrahang (EUH), és histológiai minta, EUH vezérelt finomtű- és hengerbiopsia, csípővel bio-a-bioban (bite-in-bite) adhatja a diagnózist.

Módszer: Endoszkópos laborunkban 2007-óta végzünk EUH-t. GIST esetében nagy jelentősége van ennek a vizsgálatnak, mellyel megállapítható a daganat pontos mérete, kiterjedése, környezeti nyirokcsomók jelenléte. EUH során tübiopsziát is végzünk. Közvetlen a daganatba szúrva mintát veszünk egy EUH vákuum tű segítségével. A nyert anyagot tárgylemezre kenjük, methanollal fixáljuk, és a laborba visszük. További két eljárással nyerhetünk szövettani mintát. A „bio-a-bioban (bite-in-bite)” módszerrel a biopsziákat mindig ugyanonnan, a lehető legmélyebbről vesszük. A másik módszer "gomblyuk biopszia " ennek során tűkessel felvágjuk a daganat felszíni nyálkahártyáját és mélyről, a submucosa szintjéről biopsziákat veszünk. Amennyiben szükséges a metszést klippel zárjuk. Szövettanilag a legtöbb esetben C-KIT (CD 117) nevű a sejtműködést és sejtosztódást szabályozó fehérje rendellenes működése mutatható ki. Benignus daganat esetén gastroscopia és EUH követés javasolt. Malignus daganatok az esetek egy részében sebészeti eltávolíthatók. Távoli áttétek is kialakulásakor és daganat méretcsökkentés céljából gyógyszeres kezelést alkalmazható. A módszereket reprezentatív eseteken mutatjuk be.

6

MUCINOUS METAPLASIA DEVELOPS IN PANCREATIC DUCTAL EPITHELIUM IN CHRONIC PANCREATITIS

Balázs A.¹, Duerr J.², Zhou-Suckow Z.², Schatterny J.², Tiszlavicz L.³, Németh I.³, Mall M.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged Hungary¹, Department of Translational Pulmonology, Translational Lung Research Center, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany², Department of Pathology University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: Mucoprotein plug formation within the pancreatic ducts is one of the early events of chronic pancreatitis (CP), but little is known about its pathogenesis. Recent evidence suggests impaired ion- and fluid secretion of pancreatic ductal epithelial cells (PDEC) in CP, which together with increased mucus secretion may alter mucus hydration and subsequently lead to plug formation.

Objectives: We aimed to investigate mucus secretion of PDEC in CP.

Methods: Human and mouse pancreata were investigated. Human CP tissue samples were collected from surgically resected pancreata, whereas CP was induced by administration of 6x50µg/kg cerulein, 3 series/week for 4 weeks in mice. Morphometric analysis of mucus was carried out by CellF software. Total RNA was isolated from human and mouse tissue. The mRNA levels of different mucin subtypes were analysed by quantitative RT-PCR.

Results: We found that mucus volume density (Vdmuc) of human PDEC was significantly higher in CP than in controls, in case of smaller ducts (ductal diameter <100µm: 1.21±0.13nl/mm² and 0.37±0.05nl/mm², respectively). Similarly, mouse PDEC showed significantly higher Vdmuc in CP than in controls, especially in ducts with smaller diameter (ductal diameter <80µm: 0.72±0.06nl/mm² vs. 0.005±0.0002nl/mm², ductal diameter >80µm: 0.075±0.020nl/mm² vs. 0.016±0.004nl/mm²). Mucin gene expression analysis showed, that muc6 was ~1000-fold upregulated in mouse and 17-fold upregulated in human CP.

Conclusion: There is a substantial mucus hypersecretion in CP localized to the small ducts. Obstruction of the small ducts by mucus in CP may contribute to the pathogenesis of the disease. Supported by EPC Travel Fellowship.

7

SLC26A6 MUTATIONS ARE NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Balázs A.¹, Hegyi E.¹, Németh B.², Hritz I.¹, Izbéki F.⁴, Gervain J.⁴, Szepes A.⁵, Gyimesi G.⁵, Dubravcsik Z.⁵, Kelemen D.⁸, Csizsók A.⁷, Szentkereszty Z.⁷, Bod B.⁶, Sümegi J.¹⁰, Novák J.⁹, Pámiczky A.¹², Lásztity N.¹², Andorka C.¹³, Veres G.¹³, Szmola R.³, Czelecz J.¹¹, Vincze Á.¹⁴, Bajor J.¹⁴, Farkas G.¹⁵, Czákó L.¹, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Pap Á.³, Sahin-Tóth M.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University, Boston, USA², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Bács-Kiskun County Municipality Hospital, Kecskemét, Hungary⁵, Dr.

Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Department of Surgery, University of Debrecen, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary⁹, B-A-Z County Hospital, Miskolc, Hungary¹⁰, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary¹¹, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary¹², Semmelweis University, Paediatric Department, Budapest, Hungary¹³, Department of Internal Medicine, University of Pécs, Hungary¹⁴, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary¹⁵, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia¹⁶

Introduction: Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator (CFTR) mutations are established risk factors for chronic pancreatitis (CP). CFTR variants increase disease risk by causing impairment of pancreatic ductal bicarbonate secretion. However, the role of genetic variations in the bicarbonate secreting SLC26A6 anion transporter has remained largely unexplored so far.

Objectives: Our aim was to investigate the role of the SLC26A6 gene in CP.

Patients & Methods: 96 subjects with CP (cases) and 99 subjects with no pancreatic disease (controls) were recruited from the Hungarian National Pancreas Registry. In a discovery cohort of 30 idiopathic CP cases the entire SLC26A6 coding sequence, including 21 exons and the exon-intron boundaries were amplified and sequenced. Further genotyping of p.V206M and p.P397P mutations in CP and controls was carried out by RFLP. **Results:** Sequencing analysis of the discovery cohort revealed four common mutations: intronic mutations c.23+71_23+103del, c.183-4C>A and c.1134+32C>A; and exonic missense mutation p.V206M. These four mutations were found in linkage disequilibrium indicating a conserved haplotype. We found this haplotype in 18 heterozygous and 2 homozygous cases, and in 24 heterozygous and 2 homozygous controls (allele frequency 11.4% and 14.1% respectively). A synonymous mutation p.P397P was also detected in a single case.

Conclusion: We found a novel, common haplotype in the SLC26A6 gene, which did not show association with CP. Supported by TAMOP and OTKA

8

CCK-B RECEPTOR MUTATION IS NOT ASSOCIATED WITH INCREASED RISK, NOR WITH DECREASED SURVIVAL IN PANCREATIC ADENOCARCINOMA

Balázs A.¹, Hegyi E.¹, Németh B.², Hritz I.¹, Izbéki F.⁴, Gervain J.⁴, Szepes A.⁵, Gyimesi G.⁵, Dubravcsik Z.⁵, Kelemen D.⁸, Csizsók A.⁷, Szentkereszty Z.⁷, Bod B.⁶, Sümegi J.¹⁰, Szmola R.³, Novák J.⁹, Farkas G.¹¹, Czákó L.⁰, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, Pap Á.³, Sahin-Tóth M.², Hegyi P.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University, Boston, USA², National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁴, Bács-Kiskun County Municipality Hospital, Kecskemét, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, Department of Surgery, University of Debrecen, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary⁹, B-A-Z County Hospital, Miskolc, Hungary¹⁰, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary¹¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia¹²

Introduction: Cholecystokinin-B (CCK-B) receptor is often over-expressed in pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC); stimulation of the receptor promotes tumor growth. An intronic mutation (c.811+37C>A) in the CCKBR gene causes retention of intron-4, resulting in a new spliceform, which was previously shown to correlate with higher PDAC risk and a more aggressive phenotype.

Objectives: Our aim was to test the effect of the c.811+37C>A mutation on PDAC risk and prognosis in a Hungarian population.

Patients & Methods: 122 subjects with PDAC (cases) and 106 subjects with no pancreatic disease (controls) were recruited from the Hungarian National Pancreas Registry. Genomic DNA was isolated from peripheral blood. Intron-4 of the CCKBR gene, including exon-intron boundaries, was amplified and sequenced.

Results: We found the c.811+37C>A intronic mutation in 35 heterozygous and 5 homozygous cases and in 32 heterozygous and 3 homozygous controls (allele frequency 18.4% and 17.9% respectively). One case subject carried a p.R319Q and one control subject a p.R319W missense mutation. Survival analysis showed no significant

difference in median survival between wild type cases and carriers for the mutation (8.7 months and 6.9 months respectively)

Conclusion: In our cohort, the c.811+37C>A intronic mutation was not associated with increased risk for PDAC. Also, the mutation was not associated with shorter survival, indicating that this genetic variant is not a clinically relevant prognostic factor.

Supported by TAMOP and OTKA

9

THE ONE-YEAR EFFICACY OF INFLIXIMAB DOES NOT DEPEND ON THE TIMING OF BIOLOGICAL THERAPY IN ULCERATIVE COLITIS

Bálint A.¹, Molnár T.¹, Nyári T.², Farkas K.¹, Bor R.¹, Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Miheller P.³, Csontos A.³, Horváth G.⁴, Lakatos P.⁵, Golovics P.⁵, Palatka K.⁶, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged², Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest³, Department of Gastroenterology, Semmelweis Health Center, Miskolc⁴, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁵, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen⁶

Introduction. Infliximab is an effective therapeutic option in patients with refractory ulcerative colitis (UC). The optimal timing of infliximab therapy is still one of the outstanding questions in the therapy of UC. The aim of our study was to assess whether there is an association between the one-year remission rates and the elapsed time between the diagnosis and the start of infliximab therapy.

Patients and methods. 116 UC patients treated with infliximab were enrolled in this prospective study. Every patient achieved response to the induction therapy at least [male/female: 64 / 52; mean age: 43 years (in range: 18-77 years)]. Clinical remission was defined as less than or equal to 2 points in partial Mayo (pMayo) score; response to infliximab was specified as decreasing 3 or more points. Mucosal healing was defined as endoscopic Mayo subscore of 0-1 points. Deep remission was determined as pMayo of 0-1 points and endoscopic Mayo subscore of 0 points at week 52. The time elapsed between the diagnosis and the first biological therapy was assessed in every patient, who was then categorized to groups according to the elapsed time (0-2 years, 2-5 years, 5-10 years etc). Data were collected from five Hungarian IBD centres.

Results. The mean elapsed time between the diagnosis and the start of biological therapy was 7 years. 50.4 % of patients started infliximab therapy within 5 years after diagnosis. After induction with infliximab 65.6% of the enrolled patients achieved remission and 34.4% achieved response. After one-year treatment period, the remission and response rates remained 67.7 % and 21.8%. 10.6 % of patients showed loss of efficacy at one year infliximab therapy. 74.6% of subjects achieved clinical remission at week 14 and remained in remission at week 52. Complete mucosal healing was detected in 31.2% and deep remission in 13.9% of the patients at week 52. Response rates to infliximab therapy at one year were significantly lower compared to rates at week 14 (p=0.029). The rate of remission and loss of efficacy did not depend on the elapsed time between the diagnosis and the start of biological therapy. However, response rates were higher in longer elapsed time (p=0.036). Conclusion. Our results reveal an association between the response rates and the elapsed time between the diagnosis and the first biological therapy in UC.

10

EPIDEMIOLOGIC CHARACTERISTICS OF HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN SOUTH-EAST HUNGARY. A POPULATION BASED STUDY.

Bálint L.¹, Tiszai A.¹, Dóczi I.³, Szekeres V.², Róka R.¹, Laczkó D.¹, Inczei O.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 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. Our preliminary results indicated a similar tendency in Hungary, although population based data were not available till now.

The aims of the study were to obtain data on the HP prevalence in Csongrád and Békés County in Hungary, to evaluate the differences between the prevalence of HP infection in people living in large cities, in the countryside and to establish factors associated with positive

seroprevalence. **Methods:** One-thousand and one healthy blood donor volunteers (M/F: 501/500, 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: The actual overall prevalence of HP infection was 32% in the studied healthy subjects. It was higher in males (35 vs. 29%), as well as in rural people (37 vs. 28%). Younger subjects (<40 years) had similarly low prevalence in all groups. Smokers, agricultural/physical workers were more likely positive than non-smokers (35% vs. 29%) and intellectual workers (58% vs. 35%). Rural subjects in Békés county had significantly higher prevalence rates than in Csongrád county (35% vs. 29%). Conclusions: Although the overall prevalence of HP infection decreased significantly during the last decades in South-East Hungary, it is still high in middle aged rural population. Generally accepted risk factors for HP positivity seems to be valid for the studied population. Financial disclosure: The study was supported by the Krka Hungary Kft.

11

THE ROUTINE USE OF CAPSULE ENDOSCOPY (CE) IN OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING (OGB). THE INITIAL SOUTH-HUNGARIAN EXPERIENCE.

Bálint L.¹, Izbéki F.¹, Vadász K.¹, Róka R.¹, Inczei O.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Second Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest²

Introduction: Obscure gastrointestinal bleeding (OGB) is present in approximately 5% of cases with gastrointestinal haemorrhage. Capsule endoscopy (CE) is considered to be a valuable technique in the evaluation of such patients. CE has got financial support from the Hungarian National Health Insurance Fund (HNHIF) in this indication in October 2012.

The aim of our current study was to establish the value of CE in the routine diagnosis of OGB.

Patients, methods: Eighty-four consecutive subjects (M/F: 31/53, mean age: 60 (16-88) with proven OGB were referred to our CE unit according to the regulations of the HNHIF and were submitted to CE. The procedure was carried out by the MiroView EC (Intromedic Korea, Seoul, South-Korea) small bowel capsule in all patients less than 1 week after the required negative upper and lower gastrointestinal endoscopy.

Results: The indication of CE was active bleeding in 32/84 (38%) and occult bleeding in 52/84 (62%) patients. Forty percent (34/84) of the enrolled patients had ongoing anticoagulant or platelet aggregation inhibitory therapy at the time of the OGB diagnosis and further 4 (5%) had NSAIDs. Ideal visibility was recorded during the preceding gastroscopy and colonoscopy in 15/32 (47%) of patients with active and in 23/52 (44%) of occult bleeding. On CE active bleeding was detected in 14/84 (17%) patients and the bleeding source was clearly identified by CE in 7/14 (50%) of them. Further 35 (42%) had lesions potentially responsible for OGB. Of the remaining subjects 3 (4%) had other findings which can not be sources of OGB while 38 (45%) did not have any visible lesions. Major causes of OGB were AV malformation in 28/84 (33%), ulcers or erosions in 16/84 (19%), polyps in 6/84 (7%), small bowel tumor in 1/84 (1%) and petechiae in 1/84 (1%).

Conclusions: During the routine use of CE less potential bleeding sources were detected in the small bowel, than expected on the basis of the pilot studies. This may be explained by the easier access to this procedure, the increased prevalence of anticoagulant therapy and the inappropriate visibility during the initial colonoscopy.

12

A LAPAROSCOPOS CHOLECYSTECTOMIA SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYE: A CHOLEDOCHUS TRANSSECTIO

Bálint A.¹, Róza B.¹, Brenner B.¹, Topa L.², Máté M.¹, Általános Sebészeti Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest¹, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest²

Bevezetés: Az epehólyagkövesség kezelésének "gold standard"-je a laparoscopos cholecystectomy, az egyik leggyakrabban végzett műtét. Súlyos szövődés a közös epevezeték sérülése, ami a beteg számára tartós életminőség romlást, esetenként közvetlen életveszélyt

jelent. A közös epevezeték sérülései gyakoribbak laparoscopos beavatkozás során, mint a nyílt műtétéknél. Irodalmi adatok alapján gyakoriságuk nyílt műtétéknél kb. 0,1-0,2%, míg laparoscopos beavatkozásoknál 0,4-0,7%. A közös epevezeték sérülésének két fő típusa az epeúti obstrukció és az epeút megnyílása. Súlyosabb formája a teljes transectio. A kockázati tényezők: a sebész, a nem megfelelő technikai feltételek, az epehólyag patológiás állapotai, a vérzés, obesitas, anatómiai variációk.

Anyag és módszer: 2009. január és 2013. december közötti időszak alatt osztályunkon 1771 laparoscopos cholecystectomy történt, 4 betegnél fordult elő közös epevezeték átmetszése (0,22%). Egyiküknél SILS történt. Áttekintve a dokumentációt és a videó archiválást megállapítható, hogy mind a négy elektív laparoscopos cholecystectomy során a szövődmeny oka a sebész un. cognitiv hibája volt. A négy közül 3 esetben a szövődmeny a műtét alatt felismerésre került, egy esetben a műtét utáni napon ERCP vizsgálat igazolta. A sérülések Strasberg E1 típusú lesiok voltak. Három esetben Kehr cső felett, 1 esetben Voelcker drain felett készítettünk bilio-bilio anastomosist. Egy ízben choledochus fal necrosis és epecsorgás, egy ízben epeúti strictura kialakulása miatt bilio-digestive anastomosis készítésére kényszerültünk.

Következtetések: A közös epevezeték sérülései a laparoscopos cholecystectomy ritka, de súlyos szövődmenyei. Fontos a megelőzés, ennek lehetőségei: 1. un. infundibularis technika 2. un. critical view technika (Strasberg) 3. intraoperatív cholangiographia. Ha bekövetkezett a szövődmeny, a hosszú távú klinikai eredmények szempontjából fontos a korai felismerés és adequat ellátás. A jellemző késői szövődmeny, a heges strictura kezelésében az endoscopos tágitó beavatkozásoknak van fontos szerepe.

13

NEUROENDOCRINE TUMORS IN OUR DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY, 2006-2014.

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Varga M.¹, Gastroenterology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹

Background: Neuroendocrine tumors (NETs) are malignancies arising from neuroendocrine cells located all over the body. Those that produce bioactive agents cause carcinoid syndrome (flush, diarrhea, abdominal pain, heart disease, suffocation, bronchospasm). The incidence of NETs, which were formerly considered rare entities increased fivefold in the past 30 years mainly because of the better and widely available diagnostic methods and our focusing on the disease. (Current incidence: 2.5-5/100000)

Patients: In our Department of Gastroenterology we diagnosed 24 patients with NET from 2006 to 2014. In 2011 nine cases were diagnosed, so the incidence in 2011 was 7/100000. Two patient were asymptomatic and 22 patients had carcinoid syndrome (most commonly diarrhea and abdominal pain)

Methods: Radiological imaging (X-ray, ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging), endoscopy (gastroscopy, colonoscopy), isotope analyzes (somatostatin receptor scintigraphy, MIBG scintigraphy), histology and laboratory tests (chromogranin A, urinary 5 - HIAA) were used for diagnostic methods. The chromogranin A level was increased in all of our patients. Liver metastases were found in five cases, the rest of the patients proved to be non-metastatic. Sixteen patients underwent biopsy, which confirmed the diagnosis of neuroendocrine tumors: two of them had high-grade (Ki67 > 20 %), 5 intermediate grade (Ki67 3-20 %), and 9 patients had low grade tumors (Ki67 ≤ 2 %). In cases where biopsy was not feasible, the diagnosis was based on symptoms of carcinoid syndrome, high chromogranin A levels and positive results of radionuclide imaging.

Results: Now we follow and treat 13 patients with somatostatin analogues. One patient received DOTATOC therapy. Their condition improved, which manifested in diminution of symptoms, decreasing of chromogranin A levels, and in some cases also radiological regression of the tumor was observed. In three cases the tumor was surgically removable. Five patients died, three are under treatment in other institutions and three refused treatment. All of our patients were presented to the oncology tumor board.

Conclusions: With the better availability of diagnostic tools, more patients with NETs are discovered. Due to the up-to-date treatment these patients can survive longer. Also in our Department of Gastroenterology the number of patients with NETs grows.

14

THE NOVEL KYNURENIN ANALOGUE SZR-72 IMPROVES THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Balla Z.¹, Balázs K.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Vécsei L.³, Fülöp F.⁴, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary², Department of Neurology, Neuroscience Research Group, Hungarian Academy of Sciences – University of Szeged, Hungary³, Institute of Pharmaceutical Chemistry, Stereochemistry Research Team, Hungarian Academy of Sciences – University of Szeged, Hungary⁴

Background: The pathogenesis of acute pancreatitis (AP) is not well understood and the disease has no specific therapy. There is evidence that the L-kynurenic acid analogue SZR-72 has immune modulator roles in several inflammatory diseases. Therefore, we investigated its effects on experimental AP.

Methods: In the AP groups, male SPRD rats were injected intraperitoneally (i.p.) with 3 g/kg L-ornithine 1 hour after the administration of physiological saline (PS) or 30-300 mg/kg SZR-72 (n=6-8). Control animals were injected i.p. with PS instead of L-ornithine and with 30-300 mg/kg SZR-72 or PS 1 hour afterwards (n=6-8). Animals were sacrificed at 24 hours. Laboratory [serum amylase activity, pancreatic myeloperoxidase (MPO) activity, pancreatic dry/wet weight ratio (DW/WW)] and histological (necrosis, oedema, inflammatory cell infiltration) parameters were measured to evaluate disease severity.

Results: The administration of 30-300 mg/kg SZR-72 did not influence serum amylase and pancreatic MPO activities, pancreatic DW/WW and histological parameters in the control groups. However, the injection of rats with L-ornithine significantly increased all parameters vs. the control groups. Pre-treatment of AP rats with 30 mg/kg SZR-72 did not have effect on disease severity. However, all measured laboratory and histological parameters were significantly reduced in AP animals in response to treatment with 300 mg/kg SZR-72.

Conclusions: Our experiments showed that SZR-72 has a dose-dependent effect on L-ornithine-induced AP. The administration of 300 mg/kg SZR-72 significantly ameliorated the severity of AP in rats. Further investigations are needed to determine the pathomechanism of SZR-72 action. This study was supported by TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0035, TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052 TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0073, NF105758, NF100677, K101116, BO00174/10/5.

15

COMBINED FAECAL QUANTITATIVE CALPROTECTIN AND IMMUNOCHEMICAL FAECAL OCCULT BLOOD TESTS FOR THE DETECTION OF COLORECTAL CARCINOMA AND SIGNIFICANT ADENOMAS

Balogh G.¹, Mihály E.², Hritz I.⁴, Lengyel Z.³, Madácsy L.², Tulassay Z.², Department of Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Pozitron Diagnosztikai Központ, Budapest³, Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴

Introduction: Testing for faecal occult blood is a widely accepted non-invasive screening method for colorectal cancer (CRC) and significant adenomas, but lack of sensitivity remains a critical problem. The aim of this study was to analyze the combined sensitivity and specificity of faecal quantitative calprotectin and immunochemical faecal occult blood tests in patients with colorectal cancer and colonic polyps.

Methods: We prospectively tested a combination of faecal tests [immunochemical faecal occult blood test (i-FOBT) and quantitative calprotectin (QC)] as biomarkers for advanced colorectal neoplasia (advanced adenomas (> 1 cm) and cancer) in a selected series of 83 patients with IBS symptoms aged 40-80 years and requiring colonoscopy to exclude adenoma or CRC. All the faecal tests were performed 2-5 days before colonoscopy, in a 1-day stool sample of patients, without any dietary restriction.

Results: Stool samples were examined in 83 patients, in whom total ileo- colonoscopy were also performed. Colonoscopy revealed 32 patients without any adenoma, 34 patients with minute adenoma and 17 patients with advanced colorectal neoplasia (10 patients had CRC and 7 patients had at least one advanced adenoma). QC was elevated (>60 ug/g) in 54 patients (65%), whereas i-FOBT was positive in 16 out of 83 patients (19%). The overall sensitivity and specificity of QC

versus i-FOBT for advanced colorectal neoplasia was 0.88 and 0.41, versus 0.59 and 0.91, respectively. For advanced colorectal neoplasia detection, i-FOBT was the test with the highest positive predictive value (0.63), whereas QC had the highest negative predictive value (0.93). The best combination of tests to exclude the risk of advanced colorectal neoplasia was i-FOBT + QC, as in patients showing negativity to both markers, the risk of advanced colorectal neoplasia was 0% (NPV=1). The mean faecal calprotectin concentration in the 51 patients with any adenoma differed significantly from adenoma negative cases: 215+166 ug/g vs. 112+116 ug/g, respectively (P<0,001).

Conclusions: Faecal calprotectin is more sensitive than immunochemical faecal occult blood tests for detection of colorectal neoplasia at the cost of a somewhat lower specificity. The combination of i-FOBT and QC is a sensitive screening tool in clinical practice to diminish the risk of advanced colorectal neoplasia in those patients who refused primary colonoscopy based colorectal screening.

16

PRESENCE OF EXTERNAL PLANT AND BACTERIAL DNA SEQUENCES IN PLASMA SAMPLES OF COLORECTAL DISEASE PATIENTS

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, Péterfia B.², Tulassay Z.², Csabai I.³, Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest², Department of Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest³

Background: According to our current knowledge, circulating cell-free DNA (cfDNA) can be derived from both normal and tumour cells, through apoptosis, necrosis, or direct secretion. However, the exact nucleotide composition of plasma fraction is not known. We are constantly exposed to foreign DNA from various sources like benign or malicious microbes in and on our body or as the largest amount with the daily food supply.

Aims: To verify that the footprint of the human microbiome and fragments of exogenous species can be found in plasma fraction, we aimed to determine the DNA content of cfDNA by NGS sequencing technology in healthy, IBD, colorectal adenoma (AD) and -cancer (CRC) samples. Moreover, our objective was to identify differences among these clinical groups.

Methods: Whole-blood samples were collected from 50-50 normal, IBD, AD and CRC patients, and cfDNA was extracted from plasma fraction. After fragmentation and barcoding, DNA fragment library sequencing was performed on SOLiD IV system, and sequence alignments were accomplished by SHRiMP and Bowtie aligners. Human-unmapped fragments were aligned to the genomes of various other organisms.

Results: DNA fragments from plant chloroplasts were found in plasma, mainly in IBD samples, which most probably originated from digested food. To validate our results, independent sequences downloaded from database were aligned to tomato chloroplast genome, and we obtained similar results as ours. Moreover, we have identified several different strains of bacteria. Enterobacteriaceae (*Escherichia coli*, *Shigella sonnei*) showed the largest presence with genome coverage comparable to the human genome. These bacteria are normally present in human gut; therefore the results suggest that the isolation between the gut and circulatory system is not perfect.

Conclusion: Our results suggest that the gastrointestinal tract-derived DNA fragments are able to avoid the total degradation during the digestive process. The foreign DNA fragments are large enough to carry complete genes and through a previously unknown mechanism, can enter the circulation.

17

A TRANSNAZÁLIS KAPSZULA ENDOSZKÓPIA ÉRTÉKE HEVÉNY FELSŐ TÁPCSATORNAI VÉRZÉS ESETÉN A SÜRGŐSSÉGI ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLAT TERVEZÉSÉBEN AZ ENDOSZKÓPOS ASSZISZTENS SZEMSZÖGÉBŐL.

Benkő É.¹, Vadász K.¹, Kocsis M.¹, Fuszko M.¹, Polyák É.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Madácsy L.², Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Second Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest²

Bevezetés: Az akut felső tápcsatornai vérzések ellátásában a sürgősségi endoszkópos vizsgálatot megelőzi a gyomorszonda

levezetése, melynek célja a gyomor kiöblítése mellett információ szerzése vérzés jellegéről, intenzitásáról. A gyomorszonda segítségével ugyanakkor még a vérzés ténye sem bizonyítható teljes bizonyossággal, míg annak forrására vonatkozóan az esetek túlnyomórésztében nem ad információt. Az új transznazális nyelőcső kapszula endoszkópia (EGScan) segítségével lehetőség nyílik a nyelőcső és a gyomor gyors áttekintő vizsgálatára, a vérzés forrásának intenzitásának a becslésére.

Céltűzés: A szerzők a napi gyakorlatban vizsgálták a módszer értékét és kivitelezhetőségét az endoszkópos asszisztens szemszögéből. Meg kívánták állapítani, hogy szolgált-e többlet információt a hagyományos nazogasztrikus szondához képest: segíti-e, és ha igen, akkor milyen tekintetben a sürgősségi endoszkópos vizsgálat tervezését, kivitelezését.

Módszer: Huszonkét hevény felső tápcsatornai vérzésben szenvedő beteget vizsgáltak. A hemodinamikai állapot stabilizálása után nazogasztrikus szondán keresztül gyomortartalom aspirációt (NGA), EGScan (Intromedic, Dél-Korea) nyelőcső kapszula endoszkópos vizsgálatot, majd sürgősségi felső tápcsatornai endoszkópiát (SE) végeztek. A nyelőcső és a gyomor tartalmát értékelték: tiszta, kávéaljyszerű barna, vagy piros véres jellegűként. A NGA és az EGScan eredményeit összehasonlították a SE leletével. Eredmények: Az EGScan vizsgálat során szövödmény kialakulását nem tapasztalták. A nyelőcső és a gyomortartalom tekintetében az EGScan vizsgálat 21/22, míg a NGA 14/22 esetben mutatott egyezést a későbbi SE vizsgálat eredményével. Az endoszkópos szempontból a magas és alacsony rizikójú esetek azonosításában az EGScan-t hatékonyabbnak találták a hagyományosan alkalmazott NGA-nál (diagnosztikus pontosság: 82% vs. 68%). Mindemellett az EGScan vizsgálat 100%-ban azonosította a nyelőcső varixból vérző betegeket.

Összefoglalás: A szerzők véleménye szerint a vizsgált módszer kivitelezése egyszerű, kevésbé megterhelő a beteg számára, ugyanakkor pontosabb rizikóbecslést tesz lehetővé. Segítségével az asszisztens pluszinformációhoz jut a küszöbön álló sürgősségi endoszkópos vizsgálat technikai szükségletét illetően.

18

GARDNER SYNDROME. CASE REPORT.

Beyaty S.¹, Takács E.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹

Background: Gardner's syndrome is a form of familial adenomatous polyposis (FAP), an inherited condition characterized by numerous mucosal polyps in the gastrointestinal tract, with the association of osteomas and soft-tissue tumours. Colorectal cancer (CRC) inevitably develops by the fourth decade of the patient's life. Because CRC is a disease of the sixth decade younger patients do not think of this possibility when iron deficiency is found and/or diarrhoea develops.

Case report: A 32 year old male was admitted because of weight loss, change in bowel habit, and rectal bleeding. Patient's history includes the removal of an epidermoid cyst, and iron supplementation for two years because of iron deficiency anaemia. At colonoscopy a large rectal tumour and less than hundred polyps were discovered throughout the colon. Gastroscopy revealed a large amount of fundic-gland polyps in the stomach, and several adenomas in the duodenum. Otherwise all examinations, searching for malignancies, were negative. Genetic testing showed APC-gene mutation. He underwent total colectomy and currently lives with ileostomy. Genetic testing of his sibling and daughter was also done.

Conclusions: The cause of anaemia might also in young patients be CRC. In younger patients with CRC the question should always be raised that FAP is the case or not. It is also true when only few polyps are found, because FAP has attenuated forms, too. These case underlines, as well, that we should never forget about the extraintestinal manifestations of FAP.

19

DRIVER MUTATIONS IN GASTRIC CANCER: ANALYSIS OF 12 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Binder Z.¹, Kohánka A.¹, Kocsis É.¹, Pintér F.¹, Landherr L.², Boér K.³, Kahán Z.⁵, Bodoky G.⁴, Kopper L.⁴, Urbán L.⁶, Peták I.¹, Schwab R.¹, KPS Molecular Diagnostic Center¹, Depts. Oncology Uzsoki Hospital², St. Margit Hospital³, St. Laszlo & Istvan Hospital⁴, Oncology Clinic SZTE⁵, Matrahaza Healthcare Center and University Teaching Hospital⁶

Background: Completion of the cancer genome and the increasing amount of information available of the correlation of treatment

success with the driver oncogenic mutation status of the patients are revolutionizing target therapy options. The original approach of finding patients with single gene tests for “biological therapies” is now replaced by deep genomic sequencing of tumor samples and consecutive treatment planning based on the “causative” driver mutations of cancer.

Methods: We have analyzed the tumor samples of 12 gastric cancer patients. Sanger and Next Generation Sequencing (NGS) methods were used to assess a set of 58 oncological driver mutations and polymorphisms. In addition Fluorescent In Situ Hybridization (FISH) was used to detect amplifications of 7 different genes.

Results: A total of 10 mutations were detected in the 12 gastric cancer samples (83,34%). The most frequent mutations were in TP53 (50,00%), KRAS (41,70%). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 10 cases. The results of FISH assays proved amplification in HER-2 (1/9) case.

Conclusion: Our initial data demonstrate that driver mutation analysis is a useful and clinically meaningful tool to assess patients for targeted onco-therapies.

20

A JEJUNÁLIS TÁPLÁLÁS KÜLÖNBÖZŐ INDIKÁCIÓI

Bíró Á.¹, Chamdin S.¹, Takács R.¹, Bagosi T.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterologia Bajcsy Zsilinszky Kórház Budapest¹

Bevezetés:A jejunális szonda táplálás módszerének nemzetközi protokollszintű ajánlásai a 2000-es évek elején jelentek meg. Az ép, működő gastrointestinalum táplálása a parenterális tápláláshoz képest számos előnnyel jár. Legfontosabb indikációi: akut pancreatitis, post ERCP-pancreatitis prevenció, Crohn betegség; utóbbiakban a táplálásterápiaként. Szűkületek, sipolyok palliációjában, cachexiában, neurológiai kórképek esetén is alkalmazható. A megfelelő összetételű tápoldat egyenletes adagolása, minőségi és elegendő mennyiségi tápanyag bejuttatása fejt ki a hatását. Előnye az endoszkopos lehelyezés, amely során lehetőség nyílik a nyelőcső, gyomor, duodenum alapos vizsgálatára. Duodenoszkopos lehelyezéskor a Vater-papilla szintű elzáródás következtében kialakult pancreatitis oki terápiája is lehetővé válik. Osztályunkon a jejunális táplálást rendszeresen alkalmazzuk. 4 év adatait dolgoztuk fel. 133 esetben alkalmaztunk jejunális táplálást. Legtöbbször akut és chronikus pancreatitis miatt történt enterális táplálás. Post-ERCP-s pancreatitis megelőzésében, NSAID mellett rendszeresen alkalmazott prevenció. A pancreason végzett endoszkopos műtéti eljárásokat követően táplálás, tehermentesítés céljából alkalmazzuk. Sebészeti, gégészeti indikációval perioperatív táplálás céljából helyezzünk le tápszondát. IBD eseteiben a nemzetközi szakirodalom alapján Crohn betegség akut szakában, a komplex terápia részeként táplálásterápiaként alkalmazzuk folyamatos egyenletes bázis sejtáplálást.

Összefoglalás: A jejunális táplálás változatos indikációkkal alkalmazható ha a szájon át való táplálék felvétel nem lehetséges vagy tiltott és a gasztrointesztinális rendszer tápanyag hasznosítása a felszívódás szintjén ép.

21

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE INJECTION (EUS-FNI): ALTERNATIVE OPTION FOR THE TREATMENT OF PANCREATIC INSULINOMAS

Bor R.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Valkusz Z.¹, Wittmann T.¹, Tiszlavicz L.², Szepes Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Endoscopic ultrasound is the most accurate and sensitive imaging modality for the diagnosis and staging of pancreatic cancer. EUS-guided fine needle injection already used for palliative intervention such as deliver specific anti-tumor agents for the local control of tumor growth in patients with unresectable solid malignancies. Surgical resection is currently the standard treatment for pancreatic insulinomas. Medical treatment (octreotid, diazoxide) may be necessary for symptomatic patients with unresectable disease or for poor surgical candidates. In this cases the EUS-guided alcoholic ablation is the new alternative option, but it has not been reported before in Hungary.

Intervention: 83-year-old woman was investigated with repeated nightly hypoglycemic coma. Pancreatic insulinoma was diagnosed by imaging modalities and laboratory findings. Because of a poor general condition, severe comorbidity, high risk of surgical resection, the

decision was made to ablate the insulinoma by EUS-guided alcohol injection. A total of 3 mL 95% ethanol was injected into the tumor. Despite the discontinuation of the diazoxide therapy and leaving of the night meals the hypoglycemic episodes did not been repeated.

Conclusion: EUS-FNI and alcoholic ablation is a new, minimal invasive alternative treatment for patients with symptomatic pancreatic insulinomas in whom surgery is not feasible.

22

ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) IN THE DIAGNOSIS OF UPPER GASTROINTESTINAL TUMORS

Bor R.¹, Czákó L.¹, Szepes A.³, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Szepes Z.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Bács-Kiskun Country Hospital, Kecskemét, Hungary³

Introduction: Endoscopic ultrasound (EUS) is an accurate imaging modality in the staging of gastrointestinal tumors, in the differential diagnosis of subepithelial lesions and pancreatobiliary disorders. The EUS-guided fine needle aspiration (FNA) significantly increased the diagnostic value and sensitivity of EUS in the identification of malignancies.

Aims: To evaluate the diagnostic yield of the EUS-guided FNA in cyto-histological diagnosis of upper gastrointestinal tumors, particularly for the focal lesions of the pancreas.

Patients and methods: 49 patients who underwent EUS-guided FNA from April 2011 in our Department were enrolled in the study. The diagnostic yield was determined by the appropriate and pathological findings having therapeutic relevance. We also evaluated the complications of the investigations.

Results: In 49 cases EUS-guided FNA were performed by three investigators (Z.Sz., A. Sz., L.Cz). Pancreas was examined most frequently (38 cases, 77.5%). In 21 cases (55.3%) solid and in 17 cases (44.7%) cystic lesions were found. FNA was helpful in the diagnosis of 20 cases, and the diagnostic yield of FNA was significantly higher in the solid pancreatic lesions vs. in cases with cystic lesions (61.9% vs. 23.5%). Complications were detected in 5 patients (1 case of hemorrhage, 2 cases of mediastinitis, and 2 cases of elevated serum amylase), in one case surgical treatment was necessary due to mediastinitis.

Conclusion: EUS-guided FNA is very accurate and safe imaging modality in the differential diagnosis of solid pancreatic lesions.

23

CHARACTERISTICS AND PROGNOSIS OF COLORECTAL CANCER IN HUNGARY

Bor R.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Nagy F.¹, Wittmann T.¹, Tiszlavicz L.², Szűcs M.³, Szepes Z.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: Colorectal cancer is the second leading cause of cancer related deaths in the developed countries, therefore its public health significance is outstanding.

Methods: We retrospectively collected and analyzed the epidemiological data of large number of patients treated with colorectal cancer to get a comprehensive view of the current state of these tumors in Hungary in 2004. We assessed the clinical symptoms, characteristics (localization, extension, clinical stage, histological type) of cancers, and also evaluated the therapeutic options and the survival data of patients.

Results: 200 patients were enrolled (85 women, 115 men; mean age 65.2 years). The most frequent indications of colonoscopy were manifest rectal bleeding (43.5%), changes in stool habit (43%) and weight loss (25%). In 4.5% of the cases bowel obstruction was the first symptom. In 82.5% of the cases adenocarcinoma was identified, located to the rectum or sigmoid colon. In 73.5% of the cases the cancers showed local invasion with stage T3 at the time of the diagnosis. Lymph node involvement could be detected in 42% and distant metastasis in 16.5% of cases. 90% of the cancers were surgically treatable with colon resection. Every second patient needed adjuvant oncological treatment after the surgery. The 5 years survival was 41.5%.

Discussion: The majority of the tumors were already in advanced stage at the time of the diagnosis; drawing attention to the importance of the prevention activities and screening programs. Given the average age of the patients studied, the target population of the screening should be above 50 years of age.

24 DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND PATHOLOGICAL DIFFERENCES BETWEEN RIGHT- AND LEFT-SIDED COLON CANCER BASED ON A 3-YEAR OBSERVATIONAL COHORT

Botár Z.¹, Micsik T.², Solymosi N.³, Molnár B.⁴, Tulassay Z.⁴, Patai Á.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of the Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary³, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary⁴

Background: Recent studies have suggested differences in the development, pathological and clinical characteristics between right- and left-sided colon cancer (RCC and LCC).

Objective: Our retrospective study aimed to systematically evaluate clinical and pathological features of colorectal cancer (CRC) patients in a 3-year observational cohort and to correlate with location.

Materials and methods: 442 patients diagnosed with CRC between 01.01.2011 and 12.31.2013 at the 1st Department of Pathology, Semmelweis University were included into our study. Cases without matching clinical records were excluded. Demographic factors, TNM stage, grade, histological subtype, tumor markers (CEA, CA 19-9) and clinical data were analyzed, and compared by colonic subsite.

Results: 214 patients (124 men, 90 women) met the inclusion criteria. LCC occurred more frequently than RCC (68.3% vs 31.7%), but there was no difference in the distribution of age and sex between the two groups. Analysis of pathological data revealed more favorable TNM stages and grading in the LCC group, however there was no difference in the metastatic pattern between the two groups. Increased tumor marker levels correlated with worse tumor grading. There were also differences in the clinical manifestations: patients with RCC tended to present more often with anemia (82.4% vs 57.5%), whereas melena was more common in patients with LCC (70.5% vs 11.8%).

Conclusion: In our retrospective study we observed several differences between RCC and LCC, strengthening the hypothesis that distal and proximal colon cancers are not identical. This should be taken into account in everyday practice and further evaluated in larger, prospective studies.

25 INDIREKT JELÁTVITELI TERÁPIÁS CÉLPONTOK AZONOSÍTÁSA HASNYÁLMIRIGY DAGANATOKBAN IN VITRO FARMAKOLÓGIAI VIZSGÁLATOKKAL

Brauswetter D.¹, Gurbí B.¹, Félégyházi F.¹, Schwab R.², Kéri G.¹, Peták I.¹, MTA-SE Patobiokémiai Kutatócsoport¹, KPS Molekuláris Diagnosztikai Központ²

Célkitűzés: A pancreas daganatainak mintegy 60-90%-a KRAS mutációval rendelkezik, mely a rosszindulatú daganatok között igen magas arány. A mutáns KRAS gátlására nem rendelkezünk hatóanyagokkal ezért indirekt támadáspontok azonosítására van szükség. Munkánk során célul tűztük ki a potenciális terápiás célpontok azonosítását és gátlásuk vizsgálatát hasnyálmirigy daganat sejtvonalakon, ezáltal modellezve a személyre szabott daganatterápia lehetőségeit.

Anyag és módszer: Kutatásunk során KRAS vad (BxPC3) és KRAS mutáns (MiaPaCa2, Panc1 és Capan1) sejtvonalakon MTT módszerrel mértük a sejtproliferáció gátlását különböző jelátviteli útvonalon (EGFR, BRAF, c-Met, VEGF, mTOR, MEK) ható kismolekulájú kinázgátlók hatására. A sejtvonalak fehérjeexpresszióját és az Akt- és EGFR- foszforilációját, annak változását Western-blot analízissel végeztük.

Eredmények: Vizsgálatunk során jelentős eltérést tapasztaltunk a különböző daganatsejtvonalak gátlószerek iránti érzékenysége tekintetében. A c-MET gátlás és a MEK gátlás vezetett a legjelentősebb eredményhez. A c-MET gátlók esetében úgy találtuk, hogy a magas c-MET expresszióval rendelkező daganat sejtvonalak nagyobb érzékenységet mutattak a gátlószerek iránt (crizotinib, foretinib), mint az alacsonyabb fehérjeexpressziót mutatók. A hasonlóan magas expressziót mutató két sejtvonal (BXP3 és

MiaPaCa2) esetén pedig a KRAS mutáns daganatsejtek esetén volt nagyobb arányú az apoptózis indukció. A MEK-gátlószerekre (trametinib) egyedül a MiaPaCa2 sejtvonal mutatott jelentős érzékenységet. Ez vizsgálataink alapján azzal magyarázható, hogy ebben a sejtvonalban kevésbé érvényesül a MEK gátlás hatására bekövetkező Akt aktiváció.

Megbeszélés: Eredményeink alapján a c-Met gátlószerek ígéretes terápiás lehetőséget jelentenek a KRAS mutáns, magas c-Met expressziót mutató hasnyálmirigy tumorok esetében. Proliferációt gátló hatásuk mellett képesek apoptózist indukálni a daganatsejtekben. Emellett a klinikai vizsgálatok eredményeivel összhangban a MEK gátlás nem hatékony a KRAS mutáns pancreas carcinoma vonalak többségében, de kutatási eredményeink arra is utalnak, hogy egy szűkebb molekuláris alcsoport esetében érdemes lehet a MEK gátlók klinikai fejlesztése.

26 GASTROESOPHAGEALIS REFLUXBAN SZENVEDŐ BETEGEK TÁPLÁLKOZÁSÁNAK ÉS ÉLETMINŐSÉGÉNEK VIZSGÁLATA

Breitenbach Z.¹, Nagy R.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Gubicskóné Kisbenedek A.¹, Polyák É.¹, Figler M.¹, IPécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet¹

Bevezetés: A gastroesophagealis reflux (GERD) az egyik leggyakoribb emésztőrendszeri betegség, amely a hazai és a külföldi lakosság igen nagy százalékát érinti. A gyógyszeres kezelésén kívül az étrendi és életmódbeli változtatások segíthetik az életminőség javulását.

Célkitűzés: Célunk volt megvizsgálni, hogy mely táplálkozási tényezők játszhatnak szerepet a GERD megjelenésében, valamint a tünetek hogyan befolyásolják az életminőséget. Vizsgálati anyag és módszer: Saját szerkesztésű kérdőívet használtunk az életmódra, táplálkozásra vonatkozóan. A tünetek és az életminőség felmérése FSSG-t (Frequency Scale for the Symptoms of GERD) valamint Short Form 36 kérdőívet alkalmaztunk. **Eredmények:** A kérdőívet kitöltők (n=100) között leggyakoribb tünet a gyomorégés, ami evés után és hajlaskor jelentkezik. A zsíros, csípős, fűszeres ételek szinte mindenkinél (96%) panaszt idéznek elő. A gyümölcsök közül a citrom, narancs, kivi, meggy, a zöldségek közül a paradicsom, paprika, káposzta, hagyma okoz problémát. Stressz hatására gyakrabban jelennek meg refluxos panaszok és a betegség aktivizálódása életminőség-romlást idéz elő (p<0,05). Az SF-36 kérdőívnel a legrosszabb érték az érzelmi problémák kategóriában keletkezett.

Következtetés: A betegség tüneteinek fokozódásának a háttérben számos étrendi jellegzetesség állhat. A stressz, a dohányzás és egyes táplálkozási tényezők együttes megléte gyakoribbá teszi a tünetek megjelenését, mely az életminőség kedvezőtlen alakulásában is tükröződik.

27 A STUDY OF THE NUTRITION AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Breitenbach Z.¹, Nagy R.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Gubicskóné Kisbenedek A.¹, Polyák É.¹, Figler M.¹, University of Pécs, Faculty of Health Sciences, Institute of Nutritional Sciences and Dietetics¹

Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the most common disorders of the gastrointestinal tract worldwide and in our country. Besides treatment, a change in the diet and lifestyle could influence the quality of life.

Aims: The aim of this study was to investigate which nutritional factors may play a role in the appearance of GERD, as well as the influence of GERD on the quality of life.

Method: A questionnaire of our on compilation was used to survey nutritional data and lifestyle. An FSSG questionnaire (Frequency Scale for the Symptoms of GERD) was also used along with an SF 36 (Short Form 36 Health Survey). **Results:** Among the respondents (n=100), the most frequent symptom was heartburn occurring after meals and when bending down. Consuming citrus fruits, sour cherries, tomatoes, green peppers, cabbage, and onions were associated with reflux-related symptoms. Under stress, manifestation of GERD is most frequent and such an increase in the occurrence of symptoms always causes a deterioration in the quality of life (p<0,05). With the SF 36 questionnaire the worst result was found in the category of emotional role functioning.

Conclusions: In the background of the increase in the symptoms of GERD, where might be several dietary factors. Stress, smoking and certain dietary factors occurring together increase the manifestation of GERD, which is mirrored in an unfavourable change in the quality of life.

28 MALIGNUS NYELŐCSŐ SZŰKÜLETEKBE TÖRTÉNT ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENT BEÜLTETÉSEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Budai J.¹, Ilyés S.¹, Novák J.¹, Szilágyi S.¹, Gúroz Z.¹, Endoszkópos Labor Pándy Kálmán Megyei Kórház Gyula¹

Bevezetés: A nyelőcső szűkület okozta daganatok száma egyre növekvő tendenciát mutat. Gyakran ezek a daganatos betegek már inoperábilis stádiumba jelentkeznek ellátásra. Palliatív terápia alkalmazása jöhet csak szóba az onkoterápiás ellátás mellett. A legáltalánosabb és az életminőséget leginkább segítő eljárás az öntáguló fémsztent behelyezése. A nyelőcső sztent behelyezésével elérhető, hogy a beteg nyelési problémái megoldódnak, diszkonfort érzése csökken, és fájdalmai is enyhülnek. A beteg számára nem túl megterhelő a beavatkozás, mely mégis a leg hatékonyabban csökkenti panaszait.

Módszer: 2011-2012 évben elvégzett öntáguló fémsztent implantáció adatait dolgoztuk fel retrospektív módon. 2011-2012-ben 20 betegnél végeztünk (22 eset) öntáguló nyelőcső fémsztent beültetést (55-84év). 13 férfi beteg (átlagéletkor: 68,9 év) és 7 nőbeteg (átlagéletkor: 71,4 év). 20 betegből 9 beteg saját ellátási területéről, 11 beteg ellátási területünkön kívülről érkezett. A következő kérdésekre szeretnénk volna választ kapni: milyen arányban volt sikeres a fémsztent behelyezés, milyen gyakorisággal jelentkezett komplikáció, milyen volt a túlélési ráta?

Az eredményeink: A fémsztent behelyezés első ülésben 20 esetben, második ülésben dilatáció után 2 esetben sikeres volt. Komplikációk a következők voltak: nem megfelelő pozicionálás, migráció, mellkasi fájdalom, vérzés, bólus elakadás, tumor túlnövekedés, fistula kialakulása- ezeket sikeresen elláttuk. 3 esetben fatális komplikáció lépett fel.

Összefoglalás: A nyelőcső öntáguló fémsztent behelyezés nagyfokú szűkület esetén is biztonságosan kivitelezhető. Ez az eljárás eredményesen alkalmazható akár mellkas sebészeti háttér nélkül is. Szövődményeink előfordulása az irodalmi adatokkal megegyező volt.

29 PROGRAMOZOTT MÁJREGENERÁCIÓ SEGÍTSÉGÉVEL ELŐIDÉZETT FUNKCIONÁLIS ÉS STRUKTURÁLIS VÁLTOZÁSOK

Budai A.¹, Fülöp A.¹, Korsós D.¹, Pekli D.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Sziijártó A.¹, Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem II.sz. Patológiai Intézet²

Bevezetés: A véna portae egyik főtörzsének okklúziója a kirekesztett lebenyek atrófiáját és a portálisan jól perfundált lebenyek ezzel egy időben megjelenő kompenzatórikus hipertrófiáját idézi elő. A folyamat élettani hátterének, a máj funkciójára valamint mikrostruktúrájára gyakorolt hatásainak nagy része ismeretlen.

Cél: A jelen kísérlet célja a véna portae szelektív ligatúrája (sPVL) által okozott szöveti hipertrófia és májfunkcióra gyakorolt hatásainak mélyrehatóbb megismerése.

Módszerek és eszközök: Hím Wistar patkányok máján (200-250g, n=84) szelektív PVL-t hajtottunk végre mely során a portális keringésből kirekesztésre került a máj tömegének 80%-a (III-VII lebenyek), így a fennmaradó 20% képezte a regenerációs alapot (I-II lebenyek). Kísérleteink során vizsgáltuk a regenerációs ráta, és a lobulus-terület változásait. Szöveti mintáinkon Ki-67 és Caspase-3 festés segítségével a mitotikus és apoptotikus jelenségek kerültek kvantifikációra. A funkció jellemzésére indocianin zöld (ICG) clearance tesztet végeztünk, meghatározva a festék retencióját (R15) és plazmából történő eliminációját (PDR), illetve mértük az epetermelő kapacitást, melyet szelektív epeúti kanülálással lebenycsoportonként vizsgáltunk. A mintavételezésekre a sPVL-t követő 0, 12, 24, 48, 72, 120 és 168 óra elteltével került sor.

Eredmények: sPVL a nem-kirekesztett lebenyek hipertrófiáját, míg a kirekesztett lebenyek atrófiáját eredményezi. A nem kirekesztett lebenyekben a mitotikus alakok száma a 48. órára éri el csúcspontját (20.61 ± 3.56 vs. 142.33 ± 18.86). A fokozott sejtosztódás eredményeként a máj funkcionális egységét képző lobulusok területe a 7. napra szignifikánsan megnövekszik (300502,3789 ± 15402,38um2

vs. 714514,2965 ± 30490,89um2). Az ICG eliminációt jellemző PDR és R15 értékek illetve a máj epetermelő kapacitása alapján a kirekesztést követően a máj funkciója átmenetileg károsodik, majd a nem kirekesztett lebenyek regenerációjával párhuzamosan, a 168. órára visszatér az sPVL-t megelőző értékre. A portálisan perfundált lebenyek epehozama folyamatosan növekszik, kompenzálva ezzel a kirekesztettek romló epetermelését.

Következtetések: A kapott eredmények alapján feltételezhető, hogy a regenerálódó lebenyek nem csak tömegükben, hanem funkciójukban is jelentős növekedést mutatnak.

30 MALIGNUS DISZFÁGIA KEZELÉSÉBEN ALKALMAZOTT ÖNTÁGULÓ NYELŐCSŐ FÉMSZTENTEK MIGRÁCIÓJÁT BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Burai J.¹, Pozsár J.¹, Szmolá R.¹, Tarpay Á.¹, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Invazív Gasztroenterológiai Részleg.¹

Rosszindulatú nyelőcső szűkületek okozta diszfágia kezelésében elsődleges szerepük van az öntáguló nyelőcső fémsztenteknek. A nyelőcső sztentek hosszabb távon is kielégítő diszfágia palliációt eredményeznek, azonban a visszatérő diszfágia viszonylag gyakori jelenség. Ennek hátterében elsősorban, tekintettel a túlnyomórészt fedett sztentek alkalmazására, a stent migráció áll. Ezért látszik szükségesnek, annak a vizsgálat, hogy mely, a nyelőcső szűkületetekhez és a sztentekhez köthető jellemzők játszanak szerepet a migráció létrejöttében.

Betegek, módszerek: 76 egymást követő betegben 82 behelyezett sztent esetében vizsgáltuk retrospektív módon a behelyezett sztent helyzetének (intraözofageális, transzkardiális), átmérőjének, hosszának, típusának (fedett, részlegesen fedett), és antimigrációs mechanizmus jelenlétének a hatásait a migráció gyakoriságára. A beteg átlagéletkora 63 év, a medián teljes követési időtartam 34 nap volt.

Eredmények: Migráció a sztentek 16 %-ban jelentkezett, a behelyezést követő medián 24 nap után. Transzkardiális helyzetű sztenteknél a 20 %-ban, intraözofageális sztenteknél 14 %-ban észleltünk migrációt. A 18 és 20 mm átmérőjű sztentek esetében a migráció aránya 21 %, míg a nagyobb átmérőjű (22-28 mm) sztentek esetében ez 14 % volt. A rövidebb (<100 mm) sztentek hajlamosabbak voltak a migrációra, összességében a hosszabb sztentek esetében észleltékkel (19 vs. 14 %). A teljesen fedett sztentek gyakrabban migráltak (17%), összehasonlítva a részlegesen fedett sztentekkel (9%). Antimigrációs mechanizmussal ellátott sztenteknél a migráció ritkább volt (12 %), összességében antimigrációs mechanizmus nélküli sztentekkel (16%).

Következtetések: Malignus diszfágia sztent kezelése esetén a sztent migráció esélye csökkenthető nagyobb átmérőjű, migrációgátolt sztentek alkalmazásával. Transzkardiális stent behelyezés szükségessége esetén a migrációgátolt sztent típus alkalmazása kifejezetten indokolt.

31 BEEINFLUSST DIE ANWENDUNG EINER SEDIERUNG DIE QUALITÄTSPARAMETER DER KOLOSKOPIE?

Burger C.¹, Hettmann D.¹, Miheller P.¹, Kocsis D.¹, Hersényi L.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis University, 2nd Dept. Med.¹

Ziel: Abklärung, ob die Qualitätsparameter der Koloskopie durch eine Sedierung beeinflusst werden. Methoden: Die Daten von insgesamt 2490 Koloskopien, die in der 2. Inneren Klinik der Semmelweis Universität im Zeitraum vom 1.9.2011 bis zum 31.8.2012 erhoben wurden, wurden retrospektiv ausgewertet.

Abhängig von Geschlecht und der Sedierung der Patienten wurden vier Gruppen gebildet: Die Verteilung der Daten war wie folgt: weibliche Patienten ohne Sedierung (n=203); weibliche Patienten mit Sedierung (n=1235); männliche Patienten ohne Sedierung (n=326); männliche Patienten mit Sedierung (n=726).

Folgende Parameter wurden untersucht: Alter der Patienten, Adenomdetektionsrate (ADR), Rate der Adenomdetektion-bei-Coecumintubation (AD-CIR), Coecumintubationsrate (CIR), Ileumintubationsrate (IIR). Es wurde kein Unterschied gemacht, ob es sich bei der Untersuchung um eine Erst- oder Nachfolgeuntersuchung handelte.

Ergebnis: Von 2490 Koloskopien wurde in 80,2% (weibliche Patienten in 85,8%, männliche Patienten in 60,9%) der Fälle eine Sedierung angewandt. Dabei wurden ältere Patienten weniger oft

sedierte. Die Sedierung hatte bei beiden Geschlechtern keinen signifikanten Einfluss auf die ADR, unabhängig davon, ob das Coecum erreicht wurde oder nicht. Bei weiblichen Patienten waren die CIR ($p < 0,001$) und die IIR ($p < 0,001$) signifikant höher, wenn eine Sedierung angewandt wurde. Bei männlichen Patienten war eine Signifikanz nur bei der IIR ($p = 0,002$) zu beobachten.

Fazit: Die Sedierungshäufigkeit in der vorliegenden Untersuchung ist bei den männlichen Patienten im Vergleich zu Deutschland etwas geringer (DE: 88%). Dieser Unterschied ist unter anderem auf eine zwingende Anästhesiebereitschaft in Ungarn zurückzuführen. Die vorliegenden Daten zeigen keinen positiven Einfluss der Sedierung auf die ADR, einzig Coecum und Ileum sind unter Sedierung häufiger einsehbar. Die ADR dieser Arbeit deckt sich mit den geforderten Werten aus der Literatur ($>25\%$ männlich, $>15\%$ weiblich). Auch ist die ADR bei einer kompletten Koloskopie (wenn das Coecum eingesehen werden kann) erwartungsgemäß mit 4,5-6% höher. Einzig die sedierten, weiblichen Patienten zeigen kaum einen Zuwachs der ADR bei Coecumintubation.

32 GASTROINTESTINAL MANIFESTATION OF EXTRAPULMONAL TUBERCULOSIS CASE REPORT

Chamdin S.¹, Pálfi E.¹, Takács R.¹, Vajda E.², Székér G.³, Vesztergombi G.³, Hamvas J.¹, Gastroenterology, Bajcsy-Zsilinszky Hosp., Budapest¹, Pulmonology, Bajcsy-Zsilinszky Hosp., Budapest², Radiology Bajcsy-Zsilinszky Hosp., Budapest³

Introduction: Gastrointestinal manifestation of extrapulmonary tuberculosis is relatively rare, 12 % in consecutive cases, and ileocecal region is infected in 75 %. Various symptomatology (abdominal pain, diarrhoea, constipation, bloating up, vomiting, abdominal fluid) describes the entity.

Case report: 57 y.o. male had no specific medical history. At admission he complained on diarrhoea, epigastric pain, and weight loss. Colonoscopy and abdominal CT scan showed pathological regional lymph nodes and tumor shaped stenosis in ascending colon, cecal region, and terminal ileum. Suspect of vertebral and femoral metastatic focuses also were revealed. Chest X-ray described tuberculous signs in pulmonary region. Surgeon consultation advised the resection of the stricture in life threatening condition only. The patient was transmitted to pulmonological center based on the opinion of pulmonologist consultation. Because of active infection specific antituberculous therapy was started. After two month of medical treatment the patient was admitted to emergency surgical unit and operated on, ileocecal resection were performed. Conclusion: In cases of active pulmonary tuberculosis with abdominal complains gastrointestinal manifestation could be revealed. Antituberculous therapy is mandatory, although in complicated cases surgery is necessary.

33 COLONOSCOPIC TATTOOING AND LAPAROSCOPIC BOWEL RESECTION

Csikós D.¹, Dede K.², Bursics A.², Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹, Uzsoki Hospital Dept. of Surgery²

Introduction: Exact preoperative localization of a lesion during colonoscopy is crucial to prevent false segment resection. According to the literature in about 20% of the cases endoscopic localization is inconsistent with the intraoperative site. Marking the lesions helps the surgeon to find easily the correct site. Intraoperative colonoscopy might be also helpful, but cumbersome. Various methods are used for marking. A marker can be a palpable tool, like a clip, a visible paint or a radiant detectable with equipment. Endoscopic tattooing is the most common approach for preoperative localization and especially helpful in the era of laparoscopic bowel surgery.

Materials and methods: Since 2011 we use the FDA approved SPOT Endoscopic Marker for tattooing lesions before laparoscopic surgery. We report our experience of the first 38 consecutive cases. The accuracy of tattooing was 100 percent. We detected three times minor complications caused by transmural injections.

Conclusions: The method is simple, easy to learn, quick, and complications are minor and occur seldom. Marking into the lesion is improper. A submucosal injection raising a bleb 2-3 centimeters below the lesion at three points or four-quadrant helps the surgeon localizing it during laparoscopy. The tattooing agent around the lesion remains visible for weeks therefore repeated colonoscopy on the day of the operation becomes unnecessary.

34

A SZÉKLETTRANSZPLANTÁCIÓ INDIKÁCIÓJA ÉS GYAKORLATI KIVITELEZÉSE RECIDÍV CLOSTRIDIUM DIFFICILE COLITISBEN

Csilek A.¹, Horváth G.², Pap T.³, MISEK, I. Belgyógyászat, Gastroenterológiai osztály, Infektológiai osztály¹, MISEK, I. Belgyógyászat, Gastroenterológiai osztály², MISEK, Infektológiai osztály³

A Clostridium difficile az antibiotikum-használattal összefüggő hasmenések 25%-át okozza. A Clostridium difficile-fertőzés prioritásként kezelt népegészségügyi probléma valamennyi fejlett országban. A Clostridium difficile fertőzéshez asszociált pseudomembranosus colitis előfordulása napjainkban világszerte drámai növekedést mutat, egyre riasztóbb mortalitási mutatókkal (7–42%), recidíva aránnyal (10–35%), terápia refrakteritással (14–22%) és hospitalizációs költségekkel. Hazánkban egy átlagos CDI-epizód költsége, osztálytípustól függően, 130–150 ezer Ft. A költség az egymást követő rekurrenciák esetén növekvő, a harmadik vagy ennél többszöri CD-fertőzés esetén 400–500 ezer Ft költség/beteg/év. A CDAD kezelésére az elmúlt évtizedekben kevés új szer került kifejlesztésre, és a tudományos bizonyítékok korlátozott mértékben és nehezen összehasonlítható módon állnak rendelkezésre. Világszerte történnek próbálkozások alternatív kezelési, megelőzési és infekciókontroll-stratégiák kidolgozására. Ezen alternatív eljárások közül egyelőre egyedül a széklettranszplantáció vagy más néven faecalis bacteriaterápia kezd nemzetközileg elterjedni, elsősorban a beavatkozással elérhető kiváló gyógyulási ráta ($\approx 92\%$) és alacsony recidívaarány ($\approx 6\%$), másodsorban pedig relatív egyszerűsége, biztonságossága és költséghatékonyasága miatt. Osztályunkon a következő helyzetekben indikáltunk bakteriális faecoterápiát: megfelelő kezelésre 3 hét alatt nem reagáló pseudomembranosus colitis, pseudomembranosus colitis sikeres kezelését követő súlyos recidíva, 48 óra alatt nem reagáló, szepszis állapotot és szekunder szervdiszfunkciót eredményező, életet veszélyeztető, fulmináns pseudomembranosus colitis, toxikus megacolonnal szövődött pseudomembranosus colitis. Előadásomban a széklettranszplantációval szerzett tapasztalatokról és eredményekről szeretnék beszámolni.

35

NON-INVASIVE TEST FOR DIAGNOSING GASTROPARESIS

Csintalan Z.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Taybani Z.², Bótyik B.², Gyimesi A.², Varga M.¹, Gastroenterology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹, Endocrinology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba²

Background: Gastrointestinal symptoms are common in diabetic patients. Gastroparesis is frequently caused by diabetes. Delayed gastric emptying has an impact on blood-glucose control through causing glycemic lability and unexpected hypoglycemia. Gastroparesis is sometimes difficult to diagnose because typical symptoms (nausea, vomiting, feeling of fullness, abdominal bloating, epigastric pain) are not always present, in this case pronounced glycemic instability can draw attention to the possibility of this condition. Gold standard diagnostic method of gastroparesis is the nuclear imaging technique but alternative methods are also available.

Aims: Our main aim was to screen and identify patients with gastroparesis using C13 breath test. C13 breath test is an alternative diagnostic method, which correlates well with the results of scintigraphy. We are following our diagnosed cases, planning to enroll more patients to our prospective study and would like to use this non-invasive test in everyday clinical practice. The treatment of patients is guided in teamwork with our diabetologist colleagues.

Methods: Between 2009-2014, we analyzed retrospectively the data of 16 diabetic patients with suspected gastroparesis examined with C13 breath test in our hospital. After the ingestion of the C13 containing test meal (starch) patients took 13 times the breath test during a four our period. We measured gastric emptying by examining the CO2 content of the expired air samples using IRIS-13C-Breath Test.

Results: We examined 12 type 1 and 4 type 2 diabetic patients (9 women, 7 men). In 44% of the cases the indication of the test was pronounced glycemic instability. Mean HbA1c was 8.8%, mean duration of diabetes was 22 (4-45) years. Longer duration of diabetes was associated with higher risk of complications. Only three patients had typical gastrointestinal symptoms, but we found delayed gastric emptying in 75% of the patients and we recommended further examinations and prokinetic therapy for them.

Conclusions: C13 gastric motility breath test is a simple, non-invasive, non-radioactive and reliable method for screening diabetic patients with gastroparesis. Further studies with the involvement of more patients are needed for final conclusions. Treatment of gastroparesis needs an interdisciplinary approach. Adequate therapy of diabetic patients with gastroparesis may improve morbidity, mortality and quality of life.

36 CASE REPORT: HEMOBILIA OF UNUSUAL MANIFESTATION AND MULTIPLE LOCALIZATION

Czirják K.¹, Vén L.¹, Szakál T.², Szabó N.³, Fedor L.⁴, Rácz F.¹, Szegei L.¹, 1st Department of Internal Medicine, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza¹, Department of Radiology, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza², Department of Surgery, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza³, Department of Pathology, Jósa András Teaching Hospital, Nyíregyháza⁴

Introduction It is considered to be infrequent that the source of upper gastrointestinal (GI) bleeding is the biliary tract. The classic form of hemobilia is manifested in abdominal pain, signs of jaundice and GI bleeding, which are not concomitant in all cases. The source of hemobilia may be the common bile duct, the gall bladder, the liver or the pancreas.

The presented case is a 53-year-old female patient admitted to our department because of abdominal pain and jaundice. In the medical history liver cirrhosis due to chronic alcoholism is noted. On day 2 of hospitalization the signs of upper GI bleeding were observed. Upper panendoscopy revealed bleeding from the ampulla of Vater. The abdominal CT confirmed liver cirrhosis and cholelithiasis. Gall bladder tumor was also presumed but dilation of the biliary tract was not observed. No malignancy was revealed by MR cholangiography. The level of tumor markers was in the normal range. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography examination was carried out, and actual bleeding was detected. During biliary lavage blood and blood clot passed through the ampulla of Vater. After a transient normalization of general condition, the signs of upper GI bleeding were again observed. Selective abdominal aortography was performed. From one of the terminal arteries of the cystic artery, the contrast medium leaked out into the gall bladder. Embolization was not carried out due to technical problems. Urgent laparoscopic cholecystectomy was performed in the surgical department. As a source of bleeding, angiovenous malformations were presumed in the muscle wall of the gall bladder by postoperative histological analysis. After an uneventful postoperative period, the patient was discharged. After a month the patient was readmitted to our department due to a new onset of biliary bleeding which was confirmed by upper panendoscopy. Selective abdominal arteriography was again performed. Contrast medium leakage was seen from the branch of the right hepatic artery in liver segments 6 and 7. Successful chemoembolization was carried out. A focal malignancy was also suspected in this region. Bleeding was not observed afterwards. After the normalization of coagulation parameters, the biopsy of the suspicious mass is planned.

Conclusion This case is considered to be worthy of presentation owing to the rare and unusual cause of upper GI bleeding implied in it.

37 IDŐS NŐBETEGEK TÉVESEN DIAGNOSZTIZÁLT FUNKCIONÁLIS BETEGSÉGE. MI VAN A PANASZHEGYEN TÚL?

Dabi Á.¹, Schumet P.¹, Sosity H.¹, Pálfi E.¹, Biró Á.¹, Chamdin S.¹, Hamvas J.¹, Gasztroenterológia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹

Az időskor jellemzője lehet a több szervrendszer működésének együttes fokozatos csökkenése, a panaszok polycolor tünet együttesként való megjelenése. Sokszor a panaszok objektívizálása sem egyszerű. Az újabb és újabb panaszok felbukkanása, korábbiak intenzitásának változása, a változatlan fizikális status, a nem szignifikáns laboratóriumi, és egyéb vizsgálati leletek, az alarmírozó tünetek hiánya a valódi szervi betegség fennállását nem erősítik meg. A betegek életvitele általában lelassul, de nő a száma a lelki megterhelést okozó hatásoknak, és önmaguk sebezhetőségét is fokozottan megélik. Mivel a gasztrointesztinális funkcionális betegségek besorolása a Romai kritériumok alapján történik, az időskorú betegek nem kategorizálhatók, tekintettel korukra és meglévő krónikus betegségeikre. Kivizsgálásuk ezért kiemelt fontosságú. Betegek és módszer: Osztályunkon észlelt korábban

gasztroenterológus szakorvos által funkcionális kórképpel kezelt betegek kivizsgálásának eredményeit ismertetjük. Nőbeteink 60-96 évesek, mindegyikük ismételt „kivizsgálásra”, jött folyamatosan fennálló panaszok miatt. Betegeink esetében Vater papilla betegség: adenoma, OSD, pancreas insufficiencia, felszívódási zavar moderált gyulladásos betegség igazolódott. Adekvát terápiás beavatkozás, (EST, enzysubstitutio, diéta) mellett panaszaiak regredálódtak, a „funkcionális” jellegű panaszinterpretálás megszűnt. Egyéb fennálló betegségeikben is igazolható javulás állt be. Osteoporosis labor követése során a felszívódási betegség diétás kezelése, vagy enzysubstitutio az értékek javulását mutatta, életminőségük jelentősen javult.

Összefoglalás: Az időskorú betegek sokrétű panaszainak hátterében organikus eredet kivizsgálása az átlagosnál nagyobb figyelmet kell, hogy érdemeljen. Célzott terápia szükséges.

38 BRUSH CITOTOLOGY IN DIAGNOSING BILIARY AND PANCREATIC ILLNESSES

Dandé G.¹, Ágoston S.¹, Rácz F.¹, Vén L.¹, Szegei L.¹, Orlik B.², Francz M.², I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza¹, Patológia, Jósa András Oktatókórház, Nyíregyháza²

Introduction We examined specificity, sensitivity of brush cytology among malignancy suspect biliary and pancreatic jaundiced patients. Our patient group was heterogenous, 20 of them were females, 12 of them were males, their age was between 40 and 86.

Patients We performed 37 brush cytologies at ERCP in malignancy suspect biliary strictures at 32 patients because of repeating, from March 2013 to February 2014.

Results We evaluated 37 cytological findings between C1-5. C1 was unrateable, in 1 case, C2 was benign, in 19 cases, C3-5 was malignant, in 17 cases. Histologically, out of our 32 patients, the final diagnosis was 12 pancreatic, 10 biliary, 1 prostate metastasis, 6 was benign and we had no more data in 3 cases. Sensitivity was (15/15+8) 65,2%, specificity was (6/0+6) 100 %, positive predictive value was (15/15+0), negative predictive value was (6/8+6) 42,8%.

Conclusion Brush cytology is a useful help in diagnosing malignant biliary strictures, but its sensitivity was low in our research as well as in the specialized literature.

39 ATÍPUSOS ÓRIÁS MÁJ HAEMANGIOMA DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁJA FIATAL NŐBETEG ESETISMERTETÉSÉN KERESZTÜL

Darvas E.¹, Székely G.¹, Szent János Kórház, I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály Budapest¹

A máj haemangioma a leggyakoribb benignus májdaganat. Hasi ultrahang vizsgálattal általában véletlenül kerül felismerésre echodús gócként ábrázolódva. Fiatal nőbetegekben elsősorban a fibrolamellaris hepatocellularis carcinomától (melyre a tünetmentesség, a kockázati tényezők hiánya, ill. a lassú lefolyás jellemző), FNH-tól és adenomától való elkülönítése jön szóba.

Az FNH-k többségében aktív Kupper-sejtek vannak, ezért statikus májscintigráfia (SPECT) során jelölt koloid beépülés detektálható a lézióban, ami FNH irányában bizonyító erejű.

Haemangioma esetén amennyiben az elváltozás 2 cm-nél kisebb, a helicalis CT vizsgálat bizonytalan eredményt ad, ill. nem korrelál az ultrahang eredményével, MRI vizsgálat elvégzése szükséges. 2 cm-nél nagyobb elváltozás esetén a vér-pool szcintigráfia adhat diagnózist.

Korábban a vékonytű biopsia ellenjavalt volt haemangioma gyanúja esetén, azonban mostanában az az elterjedt vélemény, hogy nem növeli a vérzés kockázatát. Erre az invazív beavatkozásra gócos májbetegség esetén akkor kerülhet sor, ha a nem invazív vizsgálati módszerekkel nem tisztázható a diagnózis, főként malignitás gyanúja esetén, szövettani mintavétel céljából.

28 éves nőbeteg esetét ismertetjük, akinél a kivizsgálási algoritmust demonstrálva rámutatunk az atípusos haemangioma és a HCC diagnosztikai nehézségeire.

40 A SZÉKLET CALPROTECTIN SZEREPE SPA-HOZ TÁRSULÓ IBD ELŐREJELZÉSÉBEN

Dávid L.¹, Szántó S.², Kacska S.¹, Haraszti B.¹, Brúgós B.³, Altörjay L.¹, Szekáncz Z.², Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ,

Reumatológiai Tanszék², Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Ritka Betegségek Tanszéke³

A spondylitis ankylopoetica (SPA) és a gyulladásoos bélbetegségek (IBD) egyaránt ismeretlen etiológiájú krónikus gyulladásoos betegségek, melyek patogenetikai és etiológiai jellemzői számos tekintetben hasonlóak. IBD-s betegek 20%-ában fordul elő ízületi érintettség, míg az SPA-s betegek 40-60%-ban észlelhetünk gyakran tünetmentes, a gasztrointesztinális traktusra lokalizálódó mikroszkópos vagy makroszkópos gyulladásoos jeleket.

Vizsgálatunk során 15 SPA-s betegben kerestük az intestinális gyulladás előfordulását széklet calprotectin szint meghatározásával, colonoscopia és szövettani vizsgálat elvégzésével. Meghatároztuk a széklet calprotectin szintjének összefüggését a tünetekkel, a látott endoszkópos eltérésekkel és az aktivitási indexekkel. A betegek átlag életkora 39,23 év volt, a férfi-nő arány 2:1-nek adódott, 93,3%-uk esetén HLA-B27 pozitívítást lehetett kimutatni.

A vizsgált betegek 73%-ában a széklet calprotectin teszt pozitív volt, illetve a betegek 60%-ában endoszkópos és/vagy mikroszkópos eltérés igazolódott. Azokban az esetekben, ahol a calprotectin pozitív eredményű lett, a betegek 81,8%-ában észleltünk makroszkópos és/vagy mikroszkópos gyulladásoos jeleket a szövettanai kiegészített colonoscopia során. A betegek panaszai és a calprotectin érték között nem találtunk összefüggést. A vizsgálat ideje alatt 2 beteg az SPA mellett már definitív IBD diagnózissal rendelkezett. A gyulladásoos bélbetegség évekkal a krónikus mozgásszervi betegség megállapítása után manifesztálódott.

Az SPA és a CD társbetegségnek tekinthetők, ezért spondylitis ankylopoeticában szenvedő betegeknek szűrő jellegű széklet calprotectin vizsgálat indokolt lehet, lehetővé téve korai IBD feltárását. Az észlelt nem típusos endoszkópos eltérések valamint a mikroszkópos colitis az IBD korai formáinak tekinthetők, így követésük mindenképpen indokolt.

41

COMPLICATIONS OF PROPHYLACTIC PANCREATIC STENTING USED FOR THE PREVENTION OF POST-ERCP PANCREATITIS WITH REGARDS TO STENT TYPES: RESULTS OF A PROSPECTIVE, CONTROLLED STUDY

Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.¹, Hritz I.¹, Szepes A.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Ltd. Endoscopic Unit, Kecskemét¹

Introduction: Post-ERCP pancreatitis (PEP) is the most common complication of ERCP, which can be severe and life threatening especially in high risk patients. Prophylactic pancreatic stent (PPS) insertion is suggested to prevent PEP. Although it is a safe procedure a few complications have been described. The aim of the study was to analyze these in terms of stent types in our prospectively collected database.

Patients and methods: 317 patients with high risk of PEP were considered for PPS placement over the past 5 years. PEP was categorized as mild, moderate and severe according to the Cotton consensus criteria. Three different types of 5 Fr, 3-5 cm long PPSs were used (straight with or without internal flap, and Freeman type stent (FTS) with internal flap and outer pigtail end). Complications such as unsuccessful PPS insertion, early stent dislodgement and proximal migration were identified.

Results: PPS insertion was unsuccessful in 29 patients (9.15%). PEP developed in 41.38% of these patients (n=12; 7 mild, 4 moderate, 1 severe) compared to 10.07% of the 288 successfully stented patients (n=29; 24 mild, 4 moderate, 1 severe). The complications rate was 2.78% (n=8) in the successfully stented group. We found early stent dislodgement in 5 patients (2 stents without internal flaps, 3 FTSs), who all developed mild PEP. Of the 3 patients who received FTS 1 had severe postpapillotomy bleeding one day after the ERCP, while the other 2 had papillary balloon dilation which might have contributed to early stent dislodgement. Proximal stent migration into the pancreatic duct occurred in 3 patients, all inserted stents were straight with internal flaps. Stent extraction was possible in 2 patients, while it was unsuccessful twice in 1 patient, who finally underwent distal pancreatectomy. We did not observe this complication since the introduction of FTSs into our practice. Although it has been described earlier we have not observed pancreatitis due to stent removal.

Discussion: PPS insertion is a safe method however complications may occur. The most severe is proximal stent migration, which may lead to surgery in minority of cases when endoscopic removal remains

unsuccessful. The use of FTS might prevent this complication. Other complications are mild and can be managed conservatively.

42

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS IN HUNGARY BASED ON THE DATA FROM THE HUNGARIAN NATIONAL PANCREAS REGISTRY

Dubravcsik Z.¹, Balázs A.², Hritz I.², Kemény L.¹, Izbéki F.³, Gervain J.³, Szepes A.¹, Gyimesi G.¹, Kelemen D.⁴, Csiszkó A.⁵, Szentkereszty Z.⁵, Bod B.⁶, Vincze Á.⁷, Bajor J.⁷, Szmola R.⁸, Pármiczky A.⁹, László N.⁹, Sümei J.¹⁰, Andorka C.¹¹, Veres G.¹¹, Czelecz J.¹², Novák J.¹³, Crai S.¹³, Farkas G.¹⁴, Czákó L.², Rakonczay Z.², Maléth J.², Pap Á.⁸, Hegyi P.², Bács-Kiskun County Municipality Hospital, Kecskemét¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged², Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár³, Department of Surgery, University of Pécs, Pécs⁴, Department of Surgery, University of Debrecen Medical School and Health Science Center, Debrecen⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes⁶, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs⁷, National Institute of Oncology, Budapest⁸, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary⁹, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Hospital, Miskolc, Hungary¹⁰, First Department of Paediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹¹, Hungarian Reformed Church Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary¹², Békés Megyei Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary¹³, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary¹⁴

Introduction: The Hungarian National Pancreas Registry (Registry) has been established by the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) for data collection of patients with different pancreatic disorders.

Aims: The aim of this study was to analyze information on the etiology, diagnosis, clinical features and management of patients from the registry with chronic pancreatitis (CP).

Methods: Retrospective analysis of patients with CP in Hungary between 2012 and 2014 based on the Registry. Data from more than 20 different centers - including Medical Universities - were collected. Results: We have obtained data of 168 patients with CP including 139 males and 29 females with mean age of 48.2±11.3 and 46.1±12.9, respectively. Patients were classified by alcoholic and non-alcoholic etiologies. Alcoholic CP affected more males than females. Smoking was common in both, alcoholic and non-alcoholic CP patients. Investigation of four major clinical features including abdominal pain, comorbidity with diabetes mellitus (DM), malabsorption and pancreatic calcifications revealed that abdominal pain affected more females than males, DM occurred more often in males than in females, whereas malabsorption and calcifications of the pancreas occurred almost equally in both genders. Pancreas calcifications were more common in patients with alcoholic etiology than in non-alcoholic CP patients. In terms of patient management the majority of patients received enzyme replacement, almost one third of patients underwent endoscopic treatment and approximately 40% of CP patients had surgery (e.g. pancreatic resection, decompression).

Discussion: The Registry providing a database for chronic pancreatitis can help in further understanding of the disease and appropriate patient management. Supported by TÁMOP and OTKA.

43

LOW DOSE AZATHIOPRIN AND ALLOPURINOL CO-THERAPY: IS IT SAFE TO USE WITHOUT METABOLITE MONITORING?

Eröss B.¹, Johnson H.¹, Sean W.¹, Simon M.¹, Department of Gastroenterology, Royal Bournemouth Hospital, Bournemouth, United Kingdom¹

Background: Low dose azathioprine (AZA)/mercaptopurine (MP) & allopurinol co-therapy (LDAA) is a proven therapeutic option in inflammatory bowel disease (IBD) patients who develop side effects or hepatotoxicity to standard dose AZA/MP. It has been suggested that this combination is not safe to be used without measurement of thiopurine metabolite levels (TML). This is a significant barrier to implementing LDAA.

Aim: To establish whether LDAA therapy is safe without TML measurement.

Methods: We maintain a prospective IBD database. LDAA therapy was introduced in our unit in 2010. LDAA therapy is given at 25% of the standard AZA/MP dose in combination with allopurinol. After

commencing LDAA we monitor full blood count (FBC) & liver function test (LFT) weekly for 8 weeks & 3 monthly thereafter. 6-Thioguanine (TGN) & 6-Methyl-MP nucleotide (MMPN) levels checked at 4-16 weeks. We searched our database for patients who started LDAA. Diagnosis, indications for therapy, FBC, LFT, TML and outcomes were recorded.

Results: 76 patients started LDAA, 31 (40.8%) were male. Median age; 47 years (range: 16-79), disease type was: ulcerative colitis (26), Crohn's disease (44), IBD-U (3), microscopic colitis (3). Indications; drug side effects to standard dose AZA/MP, 42; hepatotoxicity, 19; hypermethylation (MMPN:TGN ratio >11), 9; gout, 4; high TPMT, 2. TML were available in 64 (84%). 11 (14%) stopped LDAA due to: intolerance; 9 (12%), leucopenia; 1(1%), 1(1%) non-compliant. Median TGN was 375.5 pmol/10⁸ red blood cells (RBC) (range: 86-1083) with 6TGN (>250) in 50 (78%). 6MMPN <100 in 23 (30%). The remaining 41 (54%) median 6MMPN level was 170 (range 103-1205). Of the 64 (84%) patients remaining on LDAA at 6 weeks total white cell count <3.5 10⁹/L in 3 patients. LDAA was stopped in 1, dose reduced in 1 and 1 continued LDAA. Dose adjustment was made in a further 11 patients following TML; LDAA dose was increased in 9 due to low TGN & reduced in 2 due to high TGN. 2 of 19 patients on LDAA for hepatotoxicity had abnormal LFTs on starting LDAA. Neither had to stop or reduce LDAA. Conclusion: In this study, decisions regarding stopping LDAA were made based on FBC rather than TML monitoring. TML monitoring was used to ensure adequate dosing. These data therefore suggest that LDAA therapy dosed by weight & TPMT status with weekly FBC monitoring is safe without TML monitoring.

44 THE DIAGNOSTIC VALUE OF A NEW FECAL MARKER MATRIX METALLOPROTEASE-9 IN DIFFERENT TYPES OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Farkas K.¹, Saródi Z.¹, Bálint A.¹, Földesi L.¹, Tiszlavicz L.², Szűcs M.³, Nyári T.³, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, Bor R.¹, Annaházi A.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged², Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged³

Background. Inflammatory biomarkers that correlate with enteric inflammation would be beneficial for monitoring the course of disease and targeting treatment in patients with inflammatory bowel disease (IBD). Only limited data are available about the diagnostic accuracy of fecal matrix metalloprotease (MMP)-9 in IBD. The aims of our prospective study was to assess the diagnostic accuracy of fecal MMP-9 in patients with active Crohn's disease (CD), ulcerative colitis (UC) and pouchitis assessed by clinical, endoscopic and histological scores and to compare the diagnostic accuracy of fecal MMP-9 and fecal calprotectin (CP) in IBD. Patients and methods. Stool and blood samples were collected in 50 CD, 54 UC and 34 ileal pouch-anal anastomosis patients before control endoscopy. Biopsies were taken for histology. The activities of CD, UC and pouchitis were defined with the use of clinical, endoscopic and histological activity scores (CDAI, partial Mayo score, PDAI, SES-CD, Mayo endoscopic subscore, D'Haens and Riley score). Fecal CP and MMP-9 levels were quantified by use of enzyme-linked immunosorbent assay. Results. Active CD, UC and pouchitis was detected in 38%, 53.7% and 29.4% of the patients. Significant correlation was shown between the clinical, endoscopic and histological activities and fecal MMP-9 concentration in UC and pouchitis. Fecal CP concentration correlated with the clinical and endoscopic activity but not with histological activity of UC. Fecal CP did not show any correlation with pouchitis. In CD, fecal CP correlated with the clinical, endoscopic and histological activities of the disease, and although fecal MMP-9 concentration did not show significant correlation with SES-CD.

Conclusions. This is the first study assessing the diagnostic accuracy of MMP-9 in different types of IBD. Our results showed that fecal MMP-9 has an exclusively high specificity in the detection of active UC and pouchitis. Further studies are needed to confirm these results.

45 ANALYSING THE ROLE OF ALPHA2-ADRENOCEPTORS AND IMIDAZOLINE II RECEPTORS IN THE REGULATION OF GASTROINTESTINAL FUNCTIONS

Fehér Á.¹, Tóth V.¹, Gyires K.¹, Zádori Z.¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Nagyvárad tér 4. 1089 Budapest, Hungary¹

Introduction: It is well-established that alpha2-adrenoceptor (α2-AR) agonists induce various effects in the gastrointestinal (GI) tract by acting on both peripheral and central α2-ARs. Most of these agents, however, also bind to imidazoline receptors (IRs). Since IRs have been identified throughout the GI tract and in the brain, we raised the hypothesis that these receptors may be involved in the regulation of GI functions as well.

Methods: We analyzed the effect of various α2-AR and IR ligands on the ethanol-induced gastric mucosal damage in male Wistar rats, and on the electrical field stimulation (EFS)-induced gastric contractions and dextran sulphate sodium (DSS)-induced colonic inflammation in male and female C57BL/6 mice. Results: 1. Intracerebroventricular injection of both clonidine, rilmenidine (mixed α2-AR/IR agonists), AGN 192403 (selective IIR agonist) and medetomidine (selective α2-AR agonist) reduced significantly and dose-dependently the formation of ethanol-induced mucosal damage. 2. Clonidine, moxonidine and rilmenidine inhibited the EFS-induced gastric contractions ex vivo in a concentration-dependent manner, but AGN 192403 failed to influence it. 3. Rilmenidine and moxonidine had no significant effect on the development of DSS-induced colitis.

Conclusions: Our results indicate that both central α2-ARs and IIRs are involved in the regulation of gastric mucosal integrity. On the other hand, only α2-ARs may regulate the gastric motor activity, and – according to our preliminary results – none of these receptors have significant impact on the development of colonic inflammation. This work was supported by the Austrian-Hungarian Action Foundation (8406 project), by the National Development Agency [TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KMR-2010], by OTKA [75965] and by the János Bolyai Research Scholarship of the Hungarian Academy of Sciences

46 USEFULNESS OF ENDOSCOPIC BALLOON DILATATION OF PAPILLA OF VATER FOR REMOVAL OF BILE DUCT STONES IN OUR PRACTICE

Fejes R.¹, Székely A.¹, Izbéki F.¹, 1st Dept. of Gastroenterology, Szent György University Teaching Hospital, Székesfehérvár¹

Background: The endoscopic dilatation of papilla of Vater with radial expansion balloon performed after limited endoscopic sphincterotomy is an alternative method to extraction stones from the common bile duct (CBD). We introduced this procedure in some special cases in our endoscopic department in the second half of 2013.

Methods: There is accessible is our endoscopic department a radial dilatation balloon series from diameter 8 mm to 16 mm. In some cases there isn't easy to make a sufficient size papillotomy with sphincterotomy. Peripapillary diverticulum in unfavorable position may cause to making insufficient cutting of papilla. The unsuccessful enlarge of recent papillary or suprapapillary stenosis on the CBD after previous sphincterotomy can cause the failure of extraction of bile duct stones. In this cases we try to dilatate a papillary and suprapapillary region with dilatation balloon. After visualisation of bile ducts and the stones on the cholangiogram, limited papillotomy was made with conventional papillotome in cases of naive papilla. The second step was the insertion of the dilatator balloon with guidewire. The size of the balloon was equivalent of the estimated size of CBD at the level of the papilla. The balloon was inflated to its maximum diameter, which was controlled with X-ray fluoroscopy. The pressure was controlled with manometer and it was upholding for 30 sec. After deflation and extraction of dilatator balloon, we try to remove the stones from the CBD with extraction balloons or dormia-baskets.

Results: We made an endoscopic balloon dilatation of papilla of Vater in 9 patients. In 4 patients peripapillary diverticulosis, in 4 pts restenosis of papilla, in one patient stenosis of choledochoduodenostomia were the reason of insufficient cutting of sphincterotomy. Successful dilatation was made all of the patient. In 7 of 9 patients was performed successful stone removal. In 2 cases the stones weren't pull through the papilla, so there was inserted plastic stents, to resolve the bile outflow. During the observation we can't detect any side effect caused by the balloon dilatation (e.g. perforation, pancreatitis, bleeding).

Conclusion: The balloon dilatation of papilla for removal big CBD stones is a safe and effective method which recommended in same cases, when the cutting for perform sufficient papillotomy is difficult.

47

HAEMOKULTÚRÁBÓL TUMORDIAGNÓZIS? A STREPTOCOCCUS BOVIS/GALLOLYTICUS SZEREPE A COLORECTALIS CARCINOMA KIALAKULÁSÁBAN

Fischer T.¹, Milkovszkaja Irina², I.², Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Gasztonyi B.¹, 1Belgyógyászati osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹, 2Mikrobiológiai Labor, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg²

Az 52 éves férfibeteg anamnéziséből alkoholos májzsugor emelendő ki. 2013 júniusában lázas állapot, valamint dekompenzált májcirrhosis miatt került felvételre osztályunkra. A láz hátterében infektiiv endocarditis igazolódott, haemokultúrából Streptococcus bovis/gallolyticus tenyésztett ki. Kórházunk mikrobiológusa által a leleten megfogalmazottak szerint: „A baktérium kitenyésztése a véráramból colon carcinoma lehetőségét veti fel.” Bár nem túl nagy meggyőződéssel, de annál nagyobb érdeklődéssel elvégeztük a beteg colonoscopia vizsgálatát, mely során makroszkóposan malignitás gyanúját keltő duplex sigma polyp igazolódott. Mindkét elváltozás szövettani vizsgálata tubulovillosus adenomának bizonyult súlyos dysplasiával.

Irodalmi adatok alapján a S. bovis/gallolyticus okozta bacteriaemiában és / vagy endocarditisben szenvedő betegek 25-80 %-ánál colorectalis tumor (a vastagbél villosus vagy tubulovillosus adenomája valamint colorectalis carcinoma) is kimutatható. Még nem tisztázott, hogy a baktériumnak etiológiai szerepe van-e a malignus/premalignus folyamat kialakulásában, vagy csupán a tumor okozta gastrointestinalis laesiónak köszönhetően jut be a véráramba. Tekintettel azonban arra, hogy a colorectalis neoplasma évekkal a S. bovis okozta bacteriaemia fennállása után is megjelenhet, a baktérium etiológiai szerepe valószínűsíthető. A S. bovis amellett, hogy speciálisan tud kötődni a bél mucosa sejteihez, a legtöbb haemolizáló streptococcussal szemben képes növekedni az epében is. A fertőzés gyakorisága krónikus májlaesio esetén szignifikánsan nagyobb.

Kórházunk mikrobiológiai anyagát retrospektív áttekintve még további 3 hasonló esetet találtunk. Az összesen 4 betegből kettőnél igazolódott a colon malignus/premalignus állapota, melyhez mindkét esetben infektiiv endocarditis is társult, krónikus májbetegség az esetek felében volt jelen. A fentiek alapján indokoltnak tartható a bél és a máj vizsgálata S. bovis/gallolyticus bacteriaemia illetve endocarditis esetén, mivel a colorectalis laesio egy korai szakban való felismerése curatív resectiót jelenthet.

48

COLORECTAL SCREENING PROGRAM IN SOPRON – PRELIMINARY RESULTS

Fitos P.¹, Nagy A.², Kovács A.¹, Stöckert A.¹, Andorka S.¹, Szalai O.¹, Varga J.², Ringelhan B.³, Patai A.¹, Elisabeth Teaching Hospital and Rehabilitation Institute Sopron Gastroenterology¹, Elisabeth Teaching Hospital and Rehabilitation Institute Sopron Surgery², Elisabeth Teaching Hospital and Rehabilitation Institute Sopron Pathology³

Introduction Colorectal carcinoma is the second most common tumor in women after breast cancer and the third most common in men after prostate and bronchial cancer. In Hungary, 5000 deaths occur annually due to this disease.

Purpose Our aim was to accomplish a regional colorectal screening campaign, and to compare the collected colonoscopic data with findings of colonoscopic examinations made in conventional indication.

Patients and methods A colorectal screening campaign was started in the second half of 2013: gastroenterologically asymptomatic, voluntary patients aged between 50 and 70 from the practices of nine general practitioners in Sopron have been involved. Fecal occult blood testing was performed, in case of positive result colonoscopy followed.

Results In the second half of 2013, 1230 colonoscopic examinations were performed at our institute by patients presenting with gastrointestinal symptoms. 55 colon cancers were found in 54 patients (4.5 %). 13 % of the tumors were classified as Dukes stage A, 55 % as Dukes B, 13 % as Dukes C and 18 % as Dukes D. During the screening program, colonoscopy was performed on 40 patients, 96 polyps were found in 27 patients. 23% of the polyps were hyperplastic polyps, 39% were tubular adenomas, and 30% were tubulovillous adenomas. 9 % of the adenomatous polyps had low-grade, 14% had high grade dysplasia. In situ adenocarcinoma based on tubulovillous adenoma was found in two cases. In one case, a macroscopic cancer was found, which was later verified by histology as well.

Conclusion 85 % of colorectal cancers detected by colonoscopy in patients presenting with gastroenterological symptoms were classified as Dukes stage B or above, but in the screening program, predominantly precancerous lesions and cancers of early stages (associated with good prognosis) were found. We would like to emphasize the importance of colorectal screening, which is an unsolved issue on a population level in Hungary, but with its introduction, colorectal cancer-associated mortality and treatment cost could be dramatically decreased.

49

ROBOTIC MANEUVERING OF CAPSULE ENDOSCOPY: PRELIMINARY TESTS IN AN EXPERIMENTAL COLONIC MODEL

Fodor E.¹, Csörgő A.¹, Huberth B.¹, Cserey G.¹, Gyöngy M.¹, Balogh G.², Pak P.³, Madacsy L.⁴, Faculty of Information Technology and Bionics, Pázmány Péter Catholic University, Budapest¹, Department of Surgery, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár², Vaszary Kolos Hospital, Esztergom³, Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴

Introduction: The digestive tract can be visualized in a controlled and non-invasive way by using magnetic maneuvering of capsule endoscopy. One of the major limitations of this maneuvering is the reduced spatial-temporal accuracy of the external controller supervised by human. The aim of this present study was to build an environment model of a robotic framework for maneuvering the capsule and perform preliminary experimental tests on it.

Methods: We prepared a simplified plastic model of a colon. The model was filled with water and the capsule was placed inside. Our phantom is 2-2.5 m long, and was placed in a waterproof container. The major curvatures and haustrations of the colon were simulated by the appropriate placement of constricting materials. An Intromedic MiroCam Navi system was used, consisting of a magnetic capsule endoscope and an externally placed magnet to provide maneuvering ability. The capsule endoscope has two inbuilt magnets which tend to orient its main axes perpendicularly to the applied magnetic field of the controller. Our robot consists of a 3D positioning frame equipped with Schunk universal rotary actuators to provide the six degrees of freedom of movement. The end-effector of the robot was connected to the external magnetic controller. In our experiments, an endoscopy specialist was asked to maneuver the magnetic capsule all the way down our phantom. Next, the same experiment was repeated using our robot-system, manipulated by a human expert. In both cases, the experiments were controlled by direct human visual feedback.

Results: Our developed system was able to create various motion types that the human controller was also able to achieve, namely arbitrary angle rotation and arbitrary linear motion as well as a combination of the two. Moreover, trajectory following was achieved more precisely than in the case of a human.

Discussion: Our preliminary results highlight the potential of using robotics in the precise, endoscope-like control of capsule endoscopes, pointing a way to achieving more complex motion along the center of the digestive tract.

50

A SZELEKTÍV VENA PORTAE LIGATÚRA INDUKÁLTA METABOLIKUS VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLAT PET/MRI SEGÍTSÉGÉVEL PATKÁNY MÁJBAN.

Fülöp A.¹, Budai A.¹, Horváth I.², Kovács N.³, Máthé D.³, Szigeti K.², Lotz G.⁴, Garbaisz D.¹, Rosero O.¹, Turóczi Z.¹, Harsányi L.¹, Sziájtó A.¹, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², CROMED Translational Research Centers, Budapest³, II. sz. Patológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest⁴

Bevezetés: A szelektív porta véna ligatúra (PVL) a lekötött lebenyek atrófiája mellett a nem lekötött lebenyek hipertrofiáját eredményezi. Az indukált regeneratív és atrófiás folyamatok során az egyes lebenycsoportok metabolikus aktivitásának megváltozásával lehet számolni. A kísérlet célja a PVL hatására bekövetkező metabolikus és celluláris változások vizsgálata egészséges patkány májon PET- MRI segítségével.

Módszerek: Him Wistar patkányokon (n=30) porta véna ligatúrát végeztünk a máj össztömegének 80%-t adó III-VII lebenyek kirekesztésével. PVL-t megelőzően, illetve utána 1-, 2-, 3- és 7 nappal iv. bejuttatott 18F-fluoro-dezoxi-glükóz (FDG) radiofarmakonnal PET/MRI vizsgálatot, valamint szövettani mintavételt követően

morfológiai, hisztológiai elemzést végeztünk. Dinamikus PET méréseket követően, meghatároztuk a lekötött és a nem lekötött lebenycsoportokat jellemző statikus paramétereket (standardized uptake value; SUV), melyet a bal kamra (SUVVOI/SUVCLV) és a teljes máj (SUVVOI/SUVmáj) átlagos SUV-hoz viszonyítva fejeztünk ki.

Eredmények: Morfológiai vizsgálatok alapján PVL hatására a lekötött lebenyekben egy masszív gyulladással kísért atrófiás, míg a nem lekötött lebenyekben magas mitotikus aktivitással jellemezhető hipertrófiás folyamat indukálódik. A morfológiai változásokkal párhuzamosan a dinamikus PET felvételek a lebenycsoportok jelentősen megváltozott FDG kinetikáját mutatták ki. A SUVVOI/SUVCLV szignifikánsan megemelkedett mindkét lebenycsoportban, maximum értéket a PVL-t követő 2. napon érve el, majd a 7. npra visszatért a kiindulási értékre. A műtét utáni 1., 2., 3. napon a lekötött lebenycsoportban a tracer felvétel szignifikánsan nagyobb mértékűnek mutatkozott, a nem lekötött lebenyekhez képest. A posztoperatív 7. npra a PVL előtt tapasztalt homogén tracer eloszlás visszatért.

Következtetés: A PVL indukálta májregeneráció illetve atrófia kezdeti aktív szakaszában a megnövekedett radiofarmakon felvétel alapján a glükóz metabolizmus átmeneti fokozódására lehet következtetni.

51

EFFECTS OF MODIFIED SELF-DNA SEQUENCES ON CELL KINETIC PARAMETERS AND DIFFERENTIATION OF HT29 CELLS

Füri I.¹, Constantinovits M.¹, Sipos F.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², Múzes G.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²

Background: We have reported that Toll-like receptor 9 (TLR9)-signaling pathway activation by modified self-DNA depends on the structural characteristics of DNA sequences. However, no concrete data exists on how the characteristics of TLR9 activating self-DNA fragments influence the viability, proliferation, death, and differentiation of cancer cells, which all may have important immunobiologic consequences in inflammatory and tumorous colonic disorders.

Aims and Methods: To understand the biologic role of modified self-DNA bound to TLR9, we assayed its effect on cell viability, proliferation, death and differentiation in HT29 cells. HT29 cells were incubated separately with type-1 (normally methylated/non-fragmented), type-2 (normally methylated/fragmented), type-3 (hypermethylated/non-fragmented), or type-4 (hypermethylated/fragmented) self-DNAs for 24, 48 and 72 hours. Cell viability was examined by MTT-assay, cell proliferation by TUNEL method, cell proliferation by Ki-67 assay, while cell differentiation by pancytokeratin (CK) immunohistochemistry.

Results: Treatments with type-1, -3 and -4 DNA sequences resulted in remarkable decrease of cell viability and proliferation, and increase of apoptosis after 72h. The effects of type-3 DNA incubation were the most significant. Type-2 DNA treatment resulted in a slight decrease of cell viability after 48h, but at 72h all parameter of cell kinetics were similar to that of control cells. Regarding cell differentiation, CK expression was only increased after type-3 DNA treatment.

Conclusions: Activation of TLR9-signaling pathways by modified self-DNA sequences may display significant effects on cell kinetic parameters like viability, proliferation or death, moreover may influence cell differentiation, which may have clinical importance in the future.

52

ENDORECTALIS ULTRAHANG VIZSGÁLATAINK EREDMÉNYEI

Gajdán L.¹, Gervain J.¹, I. Belgyógyászat Hepato- Pancreatológia, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház; Székesfehérvár¹

Bevezetés: A gasztroenterológiai ultrahang (UH) diagnosztika speciális területe az endorectalis vizsgálat. A módszer lehetővé teszi a rectum, a perirectalis és a perianalis terület áttekintését. Leggyakoribb indikációja a rectum tumorok stádiumának meghatározása, a polypok mélységi terjedésének megítélése, submucosus képletek, valamint a végbél körüli folyadékgyülemek vizsgálata. Cél: 2012. július és 2014. március között végzett endorectalis UH vizsgálataink eredményeinek összefoglalása, valamint a betegek további sorsának bemutatása.

Módszer: A vizsgálatokhoz CoreVisionPro (Toshiba) típusú color Doppler UH készülék multifrekvenciás biplane rectalis transzducerét használtuk.

Eredmények: Az áttekintett időszakban 48 betegnél végeztünk endorectalis UH vizsgálatot. Nemi megoszlás: 23 nő, 25 férfi, átlag életkor 66 év (21-84) volt. A vizsgálat indikációja 26 esetben (54%) előzetesen colonoscopiával igazolt malignus tumor, 17 betegnél (35%) rectum polyp, 5-nél (11%) pedig egyéb ok (tályog, irradiációs proctitis, stenosis) volt. Minden malignus folyamat miatt vizsgált betegünkél előrehaladott, környezeti infiltrációt mutató, T3-T4 stádiumú tumort találtunk. Az UH vizsgálatot követően 12 esetben sebészi resectio, 8 alkalommal stoma műtét történt. 1 betegnél transrectalis endoscopy mikrosebészeti (TEM) beavatkozást végeztek, 2 beteg neoadjuvans chemo-irradiációban részesült. 3 esetben csak tüneti terápia jött szóba. A 26 tumoros betegből ez ideig 8 exitált. A polypok szövettani megoszlása a következő volt: villosus adenoma 10, tubuláris adenoma 2, tubulovillós adenoma 3, carcinoid 2 betegben. Endoscopy polypectomia 3, sebészi polyp eltávolítás 7, TEM 4 esetben történt. 3 vizsgálat indikációja a korábban elvégzett polypectomia helyének ellenőrzése volt. A polypectomia módját a képlet nagysága és mélységi terjedése határozta meg. A 2 carcinoidos betegből 1 onkológiai gondozás alatt áll. A nála elvégzett octreotid scan más lokalizációban nem mutatta ki neuroendocrín tumor jelenlétét.

Megbeszélés: A rectalis UH vizsgálat, olcsó, a beteg számára nem megerőltető, tapasztalt személy által végezve magas információ tartalmú módszer. A közölt magyar adatokat áttekintve azonban a rutin gyakorlatban ritkán végzik, pedig a rectum carcinomák TNM klasszifikációjának felállításában elengedhetetlen lenne. Kórházunkban gasztroenterológusok mellett onkológus és sebész kollégák kéri a vizsgálatot.

53

A TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS

Gárdonyi M.¹, Hunyady B.¹, Jó A.², Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, Gasztroenterológiai osztály¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár, Jogi Iroda²

A folyamatosan szaporodó betegjogi perekben a beavatkozás indokoltságát firtató kérdések mellett, egyre gyakrabban a beteg megfelelő tájékozottsága kerül előtérbe, azaz kapott-e kellő mennyiségű információt a betegségére, annak gyógyítási lehetőségeire, szövődésére, valamint életkilátásaira vonatkozólag. Majd ezen ismeretek birtokában saját maga hozta meg a megfelelő döntést a kezeléssel kapcsolatban. A tájékozott beleegyezés célja a beteg önrendelkezésének védelme, a tájékoztatási kötelezettség személyre szabott, tehát az információnak érthetőnek kell lennie. A bátorító, biztató és nyílt kommunikációs folyamat lehetővé teszi a beteg számára, hogy meghozza a döntését. A rossz vagy hiányos tájékoztatás nemcsak a beteg elégedettségének forrása lehet, de komoly jogi következményekkel is járhat.

A szerzők ismertetik, melyek azok az információk, amiről a beteget feltétlenül tájékoztatni kell, hogyan milyen körülmények között valósulhat meg a beleegyezés. Cselekvőképtelen beteg esetén kik vehetik át a nyilatkozattétel jogát. Elemzik a beleegyezés rögzítésének dokumentációs lehetőségeit.

54

EPITHELOID HAEMANGIOENDOTHELIOMA - RITKA DAGANAT RITKA SIKERE

Gasztonyi B.¹, Szenes M.¹, Tehenes S.², Nagy G.³, Schaff Z.⁴, Piros L.⁵, Görög D.⁵, 1Zala Megyei Kórház, Belgyógyászati osztály,¹2Pulmonológiai osztály,²3Radiológiai osztály,³4 Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet,⁴5 I. sz. Sebészeti és Transzplantációs Klinikai⁵

Bevezetés: Az epitheloid haemangioendotelioma eredetű ritka, általában az egész májat érintő többszörös rosszindulatú daganat, mely a májon kívül a tüdőben és a vesében is megjelenhet. A klinikai kép a tünetmentes állapottól a májelégtelenségig igen eltérő lehet. A képző eljárások nem jellegzetesek, a sebészi eltávolítás eredményei lehangolóak.

Esetismertetés: A 26 éves nőbetegnél egyetlen panaszként subfebrilitás miatt kezdődött kivizsgálás. Mellkas rgt illetve CT a tüdőben lévő multiplex gócek illetve bronchus excidatuma alapján tüdősarcomosist véleményezett, átmenetileg szteroid terápiában részesült, kezelés mellett érdemi morfológiai regresszió nem következett be. Bár májfunkciói kórosat nem mutattak, az elvégzett

ultrahang majd CT a máj mindkét lebenyében több, max. 40 mm-es hypodens terítet illetve az S6-7 határán 10 mm-es kontrasztanyag halmozást mutató gócot igazolt. Haemangioma kizárását követően célzott májbiopszia történt negatív eredménnyel. Újabb képalkotók (MRI), majd kontroll CT-vel megerősített tüdő és májgócok progressziója miatt ismételt májbiopszia és VATS technikával tüdőresectio történt a linulából a továbbra is panaszmentes, normál májfunkcióval rendelkező betegnél. Újabb májbiopszia (más intézetben, májpatológus által leletezve) epitheloid haemangioendotheliomának bizonyult, tüdőgócokat pulmonalis metastasisnak tartották. Csontizotóp csontmetasztázist kizárta. Az európai tapasztalatok és ajánlás alapján a tüdő áttétek ellenére várólistára került és 20 hónapos várakozást követően az Eurotranszplant segítségével sikeres májátültetés történt.

Következtetés: Az epitheloid haemangioendothelioma ritka entitás, az irodalomban mindössze néhány száz esetet közöltek, hazánkban betegünk volt a második, akinél ezen diagnózissal transzplantációra került sor. Jellegzetessége, hogy krónikus májbetegség nem előzi meg, rákelőző elváltozásai sem ismertek. A fiatal, tünet- és panaszmentes betegünk esetében a diagnózis felállítás nehézségeit legyőzve, a tüdő áttétek ellenére elvégzett májtranszplantáció mások tapasztalatai alapján hosszabb távon is sikeres megoldást jelenthet.

55

IS THE TUBERCULIN SKIN TEST ALONE ACCURATE IN MODERATE-TO-SEVERE BCG VACCINATED PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE TREATED WITH IMMUNOSUPPRESSIVES TO TEST FOR LATENT TUBERCULOSIS?

Gecse K.¹, Kürti Z.¹, Lovász B.¹, Szabó Á.¹, Mandel M.¹, Gyurcsányi A.¹, Kristóf K.², Végh Z.¹, Mohás A.¹, Csákos B.¹, Kiss L.¹, Golovics P.¹, Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Institute of Medical Microbiology, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background and aims: There are few data available on effect of immunomodulator/biological therapy on the accuracy of tuberculin skin test (TST, Mantoux skin test) and interferon-gamma release assay (IGRA) in BCG vaccinated immunosuppressed IBD patients. Our aim was to define the accuracy of the TST and IGRA tests in a BCG vaccinated referral IBD cohort treated with immunosuppressives and/or biologicals.

Patients and methods: Data of 90 consecutive moderate-to-severe IBD (77 CD, 13 UC) patients were analyzed (male/female: 42/48, median age at diagnosis: 23.0; SD: 10.02 years, duration: 7.0; SD: 6.1 years). Patients were treated with immunosuppressives (azathioprine, steroids) and/or anti-TNF therapy. Blood samples for IGRA were collected during routine laboratory testing parallel with TST. The result of TST was determined according to international guidelines. Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: TST positivity rate was 25.8%, 23.6%, 14.6% or 13.5% with cut-off values of 5, 10, 15 and 20mm. IGRA positivity rate was 8.1% with indeterminate result in 1.2%. The correlation between TST and IGRA was significant, with moderate-to-good kappa values if TST results were >15mm (kappa: 0.41-0.45, p<0.001). If TST 15 or 20mm is defined as TST positivity an additional 10.3% and 9% of IBD patients required a pulmonologists consultation. There was no association between the type and number of immunomodulators used or any disease phenotype characteristics and the TST or IGRA results. Importantly, smoking was identified as a risk factors for TST but not IGRA positivity (OR: 4.35, 4.15 and 4.92, p=0.012, p=0.029 and 0.018 for TST cut-off 10, 15 and 20mm).

Conclusions: The TST and IGRA are partly complimentary methods and accuracy is acceptable also in BCG vaccinated and immunosuppressed IBD patients. A TST of >15mm should be used as a cut-off to identify patients at risk for latent TB in these patients. Smoking is a risk factor for TST positivity.

56

SERUM TNF-ALFA SZINTEK VÁLTOZÁSA INFLIXIMAB HATÁSÁRA

Gelley A.¹, Nagy E.¹, Poto L.², Balázs C.³, Kovács Á.⁴, Hegede G.⁵, Bene L.⁵, Miheller P.⁶, Tulassay Z.⁶, Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászat-Gastroenterológia¹, POTE Bioanalitikai Tanszék², Budai allergológiai Centrum³, Kapás utcai Rendelőintézet⁴, Péterfi Sándor utcai Kórház⁵, SE II. Belgyógyászati Klinika⁶

Bevezetés: az anti TNF alfa kezelés sikeresebb nyomkövetése érdekében vizsgáljuk a szérumban TNF –alfa szintek változását infliximab (IFX) kezelés során.

Módszer: előírás szerinti IFX kezelés mellett szérumban TNF alfa meghatározás az infúziók előtt és utána, ELISA assay (Quantikine® HS, R&D SYSTEMS, Minneapolis USA) metodikával végezzük. Jelenleg e beavatkozással nem járó klinikai vizsgálatba 8 immunmoduláns + IFX kezelte (7 Crohn, 4 lúminális és 3 fistulázó), 1 colitis ulcerosa, 9 csak Immunmodulánsal kezelte kontroll beteg szerepel.

Eredmények: Az immunmoduláns kezelés mellett inaktív betegek sTNF-alfa szintje átlag <1. Az immunmoduláns kezelte aktív betegek sTNF-alfa szint átlaga 13,3 Az immunmoduláns+steroid előkezelte aktív betegek sTNF-alfa szint átlaga 1,7 Az Infliximab kezelés hatására a sTNF alfa szint jelentősen növekszik. E növekedési tendencia mértéke az infúziós idő-intervallumok növelésével csökken. Az első, IFX kezelés előtti (előkezelte) és a többi IFX kezelés előtti szérumban TNF érték összevetésében a növekedés szignifikáns: P<0,0001 Mann-Whitney próba. Egy –egy infúzió beadásakor a szérumban TNF-alfa szint szignifikánsan lecsökken (P<0,0001 Wilcoxon féle előjeles rangszámösszeg próba), a kezelés után azonban, a következő kezelésig a növekedés szintén szignifikáns (P<0,0001 Wilcoxon féle előjeles rangszámösszeg próba).

Következtetés: e meglepő, és most emelt betegszámra is megerősített jelenség oka lehet, hogy az IFX megnöveli a TNFR2 sejt felszíni vedlését, a solubilis TNFR2 megköti és inaktíválja a TNF-alfa molekulákat, így kisegítő természetes anti TNF hatást vált ki. Az inaktív komplex hosszabb ideig marad a keringésben, mely az ELISA TNF-alfa kittel kimutatásra kerül.

57

HEPATITIS C VIRUS (HCV) GENOTYPES - ARE IN THE CENTRE OF ANTIVIRAL THERAPY AGAIN (ANALYSIS OF HCV GENOTYPE DISTRIBUTION AMONG HUNGARIAN PATIENTS BETWEEN 2000-2006 AND 2009-2014)

Gervain J.¹, 1 st Dept. of Gastroenterology/Hepato-Pancreatolgy and Molecular Diagnostic Laboratory Szent György University Teaching Hospital, Székesfehérvár¹

Background and Aims: HCV has great variability therefore it is classified into 6 different genotypes (1-6) based on the underlying genome structure. The corresponding difference in nucleotide sequence is 31-34%. Within each genotype one or more subtypes are differentiated (e.g. a, b, c), among these the nucleotide sequence difference is 20-23%. Since 2002, the guidelines of the National Institutes of Health and the American and European Association for Study of the Liver recommend compulsory genotype determination before the initiation of antiviral therapy. In our laboratory, the viral type distribution of Hungarian HCV infected patients was first carried out in 2000. The importance of this test since has further increased as the effectiveness of the new antiviral drugs and the length of the therapy is dependent on the genotype, or even more, on the subtype of the virus. In the current work we present the theoretical background to the tests, the genotype dependent application of current and forthcoming antiviral therapies and analyse the 2000-2006 and 2009-2014 test results of Hungarian patients.

Methods: 2000-2006: INNO-LiPA HCV II line probe assay (INNOGENETICS) test determination of 6 HCV genotypes and their subtypes. The assay is based on variations found in the 5' untranslated regions (5' UTR) of different HCV genotypes. 2009-2014: VERSANT HCV Genotype 2.0 Kit LiPA (SIEMENS) is designed for use of 5' UTR and core region of HCV genomes.

Results: We tested 2146 patients between 2000-2006 and 1458 patients between 2009-2014. The relevant genotype distributions were: 4,5%/7,5% (1a); 87%/79% (1b); 4,5%/6,3% (1a+1b); 1,0%/0,2% (1a+1b+2); 0,8%/1,0% (1a+1b+4) 1,0%/1,5% (3); 1,2%/1,0% (mixed). After implementing the HCV genotype 2.0 test, the HCV genotype 1 appeared as a new group (3.5%) with no further subtypes to be differentiated.

Conclusions: Based on these results (n=3604), we can conclude that the genotype distribution of HCV infections in Hungary only had minor modifications over the past 5 years. Genotype 1 remained dominant. 12% of patients had mixed subtypes the detection of these has a special importance for the newly emerging therapies. The more resistant genotype 3 virus is not prevalent in Hungary.

58

DEVELOPMENT OF A PAN-EUROPEAN REGISTER ON HELICOBACTER PYLORI MANAGEMENT. PRELIMINARY RESULTS

Gisbert J.¹, McNicholl A.¹, Buzás G.², La Princesa University Hospital, Gastroenterology, Madrid, Spain¹, La Princesa University Hospital, Gastroenterology, Madrid, Spain², Ferencváros Health Centre, Gastroenterology, Budapest, Hungary³

Background. The Maastricht I-IV Consensus statements recommended standard and alternative regimens for the eradication of *H. pylori*, but little is known about their implementation in European countries.

Aims. To obtain a database systematically registering a large and representative sample of routine clinical practices among European gastroenterologist over a year in order to produce descriptive studies of *H. pylori* management.

Methods. To construct an international multicentre prospective non-interventional register, European countries were selected based on their *H. pylori* clinical research (10 publications in PubMed). A local coordinator was selected in each country, who recruited up to 10 investigators. A centralised, online questionnaire was developed (anonymised patient identifiers, history, comorbidity, indication for diagnosis and treatment, prescribed regimen, compliance, adverse events and outcome). For Hungarian investigators, approval of the Scientific and Ethical Committee of the Health Science Council was obtained. Written informed consent was obtained from each enrolled patient.

Results. As of January 31, 2014, a total of 3573 patients were included from 30 centres: 2103 patients finished the treatment by performing a confirmatory test. The rate of eradication with standard triple regimens was 74% %, sequential non-bismuth treatment achieved 91 %, bismuth-containing quadruple regimen was efficient in 88 %, the concomitant quadruple therapy in 85 % of the patients. Second-line standard triple regimen was efficient in 57% and sequential treatment in 67%, while the concomitant regimen obtained a rate of 93%. The participation of centres was unequal, the most active recruitment being in Spain (1343 cases), while in several other countries no or weak activity was reported. From the 10 centres in Hungary, only 2 reported a total of 42 cases.

Preliminary conclusions. The management of *H. pylori* infection by expert gastroenterologists in Europe is diverse. Some of the regimens achieved clearly suboptimal rates of eradication, especially as second-line therapies. Continuing the register will probably facilitate deeper insight into the details of *H. pylori* management. Improvement of local participation of the centres is needed for a balanced view of European *H. pylori* management.

59

PAPILLOTOMIA ÉS TÚKÉSES ELŐMETSZÉS. A 2013-AS ÉV TAPASZTALATAI.

Gódi S.¹, Pakodi F.¹, Solt J.¹, Vincze Á.¹, PTE KK I. sz. Belgyógyászati Klinika¹

Bevezetés: Az eperendszer és a pancreas betegségeinek diagnosztikájában és kezelésében az ERCP vizsgálat elengedhetetlen. A terápiás beavatkozások döntő hányada csak sphincterotomia után végezhető el. Amennyiben a papillotomos kanülálási kísérletek sikertelenek, tűkéses előmetszés után az esetek nagy részében sikerül az epeutak elérése.

Eredmények: 2013-ban endoscopos laborunkban 358 betegen végeztünk sphincterotomiát. A 358 betegen összesen 406 vizsgálatot végeztünk el. A legfiatalabb betegünk 13, a legidősebb 102 éves volt. Az epeutak elérése 95,8%-ban sikerült. 120 betegnél tűkéses előmetszés után jutottunk az epeutakba. A hagyományos papillotomián átesett betegeknek 12,8%-ban észleltünk vérzést, 5,5%-ban post-ERCP-s pancreatitist, 0,4%-ban történt perforatio. A tűkéses előmetszésen átesett betegeknek az értékek 17,5%, 13,3% és 5,8% voltak. A vérzések döntő része minor vérzés volt, a perforatiók során acut műtét nem volt szükséges.

Értékelés: Megfelelő indikációval végzett vizsgálatok során, nagy volumenű centrumban a szövődmények száma alacsonyan tartható. A jól időzített tűkéses előmetszéssel növelhető a sikeres vizsgálatok száma, miközben a szövődmények aránya jelentősen nem emelkedik. Az ERCP vizsgálatok minőségi kontrolljához szükséges helyi regiszter vezetéke, a retrospektív adatnyerés rendkívül időigényes és kevésbé pontos.

60

HOSPITALIZATION RATE BEFORE AND AFTER ANTI-TNF THERAPY, RESULTS FROM TWO REFERRAL CENTERS

Golovics P.¹, Bálint A.², Mandel M.¹, Végh Z.¹, Mohás A.¹, Szilágyi B.¹, Szabó Á.¹, Kürti Z.¹, Kiss L.¹, Gecse K.¹, Lovász B.¹, Farkas K.², Molnár T.², Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Background and aims: Hospitalization is an important outcome measure and a major driver of costs in patients with IBD. Our aim was to analyze prospectively the prevalence and predictors of hospitalization and re-hospitalization before and after anti-TNF therapy.

Patients and methods: Data of 194 consecutive IBD (152 CD, 42 UC) patients were analyzed (male/female: 88/106, median age at diagnosis: 24.0, IQR: 19-30 years, duration: 8, IQR: 8-12.5 years) in whom anti-TNF therapy was started after January 1, 2009. Total follow-up was 1874 patient-years and 474 patient-years with anti-TNF exposure. Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: The hospitalization rate in the 2 years preceding anti-TNF therapy was significantly higher compared to the hospitalization rate during anti-TNF therapy (61.6/100 patient-years vs. 43.2/100 anti-TNF exposed patient-years, OR: 0.64, 95%CI 0.43-0.95, p=0.03). The risk for hospitalization decreased only in CD (OR: 0.57, 95%CI 0.36-0.90, p=0.02), but not UC. and in univariate analysis it was associated to female gender (p=0.02), previous surgery (p=0.03) and smoking (p=0.03) with the same tendency for complicated behavior (p=0.06) and lack of perianal disease (p=0.08).

Conclusion: Hospitalization rates decreased significantly in this referral CD but not UC cohort after the introduction of anti-TNF therapy. The decrease in hospitalization rates after the introduction of anti-TNF therapy was associated to gender, previous surgery and smoking habits.

61

ENDOSCOPIC MUCOSAL RESECTION IN THE COLON. FEASIBILITY IS INDEPENDENT OF THE LOCATION. EXPERIENCES OF 48 CASES.

Gyökerez T.¹, Csaba G.¹, Bartók K.², Hollósi M.², Kósa R.², Kovács R.², Szabó Z.², Jackel M.², Health Centre, Ministry of Home Defence, Dept. of Gastroenterology¹, Dept. of Pathology²

Introduction: Hungary has the highest incidence of colorectal cancer (CRC) in the world. CR polyps are known as precancerous lesions, therefore removal of them is mandatory. Conventional polypectomy is widespread in our country, but more advanced methods, such as endoscopic mucosal resection (EMR) are performed only by some experts. **Aim:** Retrospective evaluation of the result of colonic EMR performed by an expert. **Patients:** During a 3-year period one experienced endoscopist performed EMR in the colon in 45 patients, for 48 polyps. There were 20 female, 25 men, mean age: 64.0 vs 70.4 years.

Methods: In majority of cases we performed piecemeal mucosectomy with snare after submucosal injection, in 2 cases we used hybride method (ESD combined with snaring) and in 1 one patient we used cap. After mucosectomy we decreased the mucosal defect by hemoclip placement. In cases of bleeding the clips were applied. **Result:** There were 18 polyps in the right colon (5 cecum, 12 ascendens, 1 transverse colon, the histology was villous in 3, tubulovillous in 8, tubular in 5, serrated adenoma and inflammatory polyp in 1-1 cases. The size of sessile polyps in the right colon exceeded 20 mm. The pathology confirmed R0 resection in 9/18 cases, in further 2 cases the long follow up (FU) confirmed the completeness of the EMR. In all other cases the removal seemed to be complete by thorough endoscopic assessment of the polyp base. There were high incidence of complications (6/18; 33%) in the right colon, 4 bleeding, all managed successfully by endoscopy immediately, 1 microperforation closed by clips and 1 delayed postcoagulation syndrome, treated by antibiotics. There were 30 polyps in the left colon (5 sigma, 3 rectosigma, 22 rectum), the histology was serrated in 1, tubular in 4 and tubulovillous in 25 cases (6 with HGD/intraepithelial cancer). The median size of sessile polyps of the left colon exceeded 25 mm (10-100). The pathology confirmed R0 resection in 10 cases, in 1 pt long FU was convincing. In 13 cases endoscopic completeness was proposed. In 5 cases residual adenomatous tissue remained, 2 were sent to surgery. One relapse has occurred, that was removed

endoscopically. There were 3/30 complications (10%), all were endoscopically manageable bleeding.

Conclusion: Colonic EMR is feasible in both side of it. There are larger rate of complications in the right colon, but they can be managed exclusively by endoscopic methods without need of surgery. On the other side surgery should be considered in cases, if the complete resection could not be provided by endoscopic methods.

62

COMPARISON OF MII-PH-METRY DATA IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL HEARTBURN AND PROTON PUMP INHIBITOR TREATMENT RESPONSIVE NON-EROSIVE REFLUX DISEASE

Gyorgyev K.¹, Rudas A.¹, Székely A.¹, Fejes R.¹, Joó I.¹, Székely I.¹, Légner A.², Altörjay Á.², Izbéki F.¹, Szent György University Hospital of County Fejér, 1st Department of Medicine¹, Szent György University Hospital of County Fejér, Department of Surgery²

Patients with non-erosive reflux disease (NERD) may or may not respond to a proton pump inhibitor (PPI). Refractoriness can be non-reflux or reflux related. In the absence of structural, motility or inflammatory causes, functional heartburn (FH) should be considered. Patients with FH have typical reflux symptoms with lack of association with reflux episodes on multichannel intraluminal impedance pH- monitoring (MII-pH-metry) and do not respond to double dose PPI therapy. Recent study demonstrated an increased acid sensitivity in patients with NERD compared with that in patients with FH. The aim of our study was to compare MII-pH-metry data in patients with NERD who responded to PPI with those who were refractory.

Patients and methods: we reviewed the data of 171 patients who underwent detailed evaluation for GORD in the past two years. Thirteen patients (9 females, 4 males) were refractory to PPI treatment and had normal MII-pH-metry results and were diagnosed to have FH. Eleven patients (7 females, 4 males) were matched who responded to PPI and had normal MII-pH-metry results. MII-pH-metry was performed 'off PPI'. Results: Acid Exposure Time was $1.9 \pm 0.9\%$ in NERD and $0.8 \pm 0.6\%$ in FH patients ($p < 0.01$). Total number of reflux episodes was significantly higher in NERD than in FH patients (41.2 ± 7.4 and 28.7 ± 9 , respectively; $p < 0.001$). The number of acid refluxes was significantly higher in patients with NERD than that in FH patients (23 ± 7.1 and 15.1 , respectively; $p < 0.01$). No significant difference was found between the two groups of patients with respect to non-acidic or gas reflux and in the number of proximally extending reflux episodes.

Conclusions: This difference observed within the normal ranges of acid exposure between the two groups of patients suggests a pronounced pathogenetic role of acid in the generation of symptoms in patients with NERD responsive to PPI therapy than that in FH patients. This is in line with the observation of the presence of dilated intercellular spaces in patients with NERD similarly to that in patients with erosive esophagitis.

63

ALPPS: MEGÉRI A KOCKÁZAT?

Hahn O.¹, Dudás I.², Pajor P.¹, Török É.¹, Zsírka-Klein A.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²

Előzmények, Célkitűzések: Colorectalis májmetastasisok továbbra is csak májresectioval gyógyíthatók. A betegek legalább 20%-nál portalis occlusio eljárás szükséges a resectio elvégzéséhez. A portalis occlusio eljárások után a hypertrophia ideje alatt a betegek 20-30%-a nem jut el a resectioig. Ennek oka a tumorprogresszio, illetve az elégtelen hypertrophia. Utóbbiak ALPPS alkalmazásával elkerülhetők, de a módszer szövődmény és halálozási aránya is magasabb.

Beteg és módszer: 2001 és 2014 között a Semmelweis Egyetem ÁOK I.sz. Sebészeti Klinikáján 187 betegnél végeztünk valamilyen vena portae occlusio eljárást a maradék máj hypertrophialisalása céljából. Összesen 12 betegnél ALPPS-t alkalmaztunk. A hagyományos porta occlusio eljárások után 8 héttel végeztünk kontroll CT-volumetria és 99mTc-Mebrofenin SPECT/CT vizsgálatot, ALPPS-nél átlagosan 9 nap után. Vizsgáltuk az FLR térfogat és funkció növekedésének mértékét, időtartamát, illetve a morbiditási és mortalitási arányokat.

Eredmények: ALPPS esetén a resectiot elérő betegek száma szignifikánsan magasabb volt (ALPPS:90% vs. PVO:74%), csakúgy, mint a hypertrophia mértéke (ALPPS: 96% vs. PVO:71%). A betegek

átlagosan 9, illetve 49 nap (ALPPS vs PVO) alatt váltak resecalhatóvá. ALPPS esetén magasabb szövődményarányt és mortalitást tapasztaltunk (morbiditás ALPPS: 61% vs PVO: 35%; mortalitás ALPPS: 4/12 vs. PVO: 6/175). A „no mobilization” technikával mortalitás nem volt az ALPPS csoportban.

Következtetések: Az ALPPS válogatott betegeknél hasznos eljárás a mely további esélyt nyújt a korábban nem resecalható betegeknél.

64

THE ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND AND MINIMAL INVASIVE SURGERY IN THE MANAGEMENT OF PANCREATIC CYSTIC LAESION AND SUBMUCOSAL TUMORS.

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Benedek G.², Bányász Z.², Gastroenterology Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest¹, Surgery Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest²

The endoscopic ultrasound (EUS) become the most important diagnostic modality in surgical decision of pancreatic cystic lesion and submucosal tumors (SMT). Applying therapeutic linear array EUS – fine needle biopsy (EUS-FNA) malignancy could be differentiated, and planning surgical or endoscopic therapy, resection border depends of EUS findings. Pancreatic head and body cysts are commonly treated with double pig-tail catheters and nasocystic drainage placed with therapeutic EUS. In some cases, the cystic lesion or abdominal fluid localised in the tail of the pancreas trans abdominal surgical drainage were performed. SMT or mucosa originated tumors (T:2+, N:0, M:0) were identified with EUS, EUS-FNA, biopsies, and border-marking. In these cases laparoscopic resections were performed. In the lower gastrointestinal tract the rectal SMT and tumor are the most ideal fields for pre- and post-operative EUS staging, suggesting the optimal surgical method of resection. Laparoscopic limited border resection were performed in 6 cases (GIST :3, carcinoid: 2 ectopic pancreas:1). Classic laparoscopic partial gastric resection were performed successfully in 4 cases. Four cases with pancreatic cystic lesion treated endoscopically, followed surgically abdominal drainage, or restricted laparotomy.

Collaboration between surgeons and gastroenterologist results limited trouble of patients recovery and better outcome.

65

A KORÁBBAN SZEDETT ANTIBIOTIKUM ÉS A BEUTALÁS HELYE 3,5 ÉVES CD BETEG POPULÁCIÓBAN

Hardy V.¹, Novák V.¹, Gelley A.¹, Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyász¹

Bevezetés: A clostridium difficile (CD) okozta vékony, és vastagbélgyulladás gyakorisága ugrásszerűen emelkedik. E betegek ellátása extrém terhet ró az egészségügyi ellátásra. A betegség kialakulásáért sokszor a nem kellően megalapozott antibiotikum kezelési gyakorlat felelőssé tehető. Célkitűzésünk volt, hogy vizsgáljuk 3,5 év időintervallumban az osztályunkon a CD diagnózissal rendelkező betegpopuláció beutalási helyét, és a betegség kialakulásához vezető antibiotikumok használatát.

Módszer: a Medsol rendszerben megkerestük a CD kódú:A0470 diagnózissal rendelkező betegpopulációt. Vizsgáltuk a betegek nemét, kormegoszlását, a betegség kialakulásáért felelős antibiotikumok megoszlását, és a beutalás helyét.

Eredmények: a vizsgált interallumban 78 beteget 33 férfi és 45 nőt beteget kezeltünk osztályunkon CD okozta bélgyulladással. Az életkor átlag $75,8 \pm 15,1$ volt. A betegeket 33 %-ban saját otthonukból, 21%-ban szociális otthonból, 27%-ban más kórházból, 18%-ban saját intézet más osztályáról utalták be osztályunkra. A CD toxikus törzsek okozta bélgyulladás kialakulása előtt a betegek az alábbi antibiotikumokat szedték: fluorokinolon 28%, penicillin 19%, cefalosporin 10%, imipenem 6,4%, clindamycin 6,4%, sulfathoxazol-timetoprin, clarithromycin és gentamycin 1-1 esetben. Nem kapott korábban antibiotikumot 3,8%. Az esetek 34,8 %-ában nincs adat a korábbi antibiotikum szedésére.

Összefoglalás: A vizsgált periódusban a CD betegek legnagyobb részét a saját otthonából utalták kórházunkba, de a beutalás helyében érdemi eltérést nem észleltünk. A leggyakrabban a fluorokinolonok szedése okozott később CD bélgyulladást.

CLINICAL NUTRITION IMPACT IN CANCER PATIENTS

Harisi R.¹, Department of Oncology, Peterfy Hospital, Budapest¹

The clinical nutrition plays major role in many aspects of cancer development, progression and treatment. The tumor growth is associated with profound metabolic and neurochemical alterations, which can lead to the onset of cancer anorexia-cachexia syndrome (CACS). Cancer anorexia-cachexia describes a syndrome of progressive weight loss, anorexia, and persistent erosion of host body cell mass in response to a malignant growth. CACS affects a majority of cancer patients and has a considerable negative impact on quality of life, physical function, anticancer treatment response and survival. Cachexia is estimated to be the immediate cause of death in 20% to 40% of cancer patients. Weight loss has been identified as an indicator of poor prognosis in our 333 cancer patients. We found that at the time of diagnosis, 72% of patients with gastrointestinal cancer, 60% of patients with head-neck, prostate cancer and 55% of patients with lung cancer have already experienced a significant weight loss. Nutrition impact symptoms are those symptoms that impede oral intake. They include anorexia, nausea, vomiting, diarrhoea, stomatitis, mucositis, dysphagia, alterations in taste and smell, pain, depression, and anxiety. Good nutrition practices can help cancer patients maintain weight and the body's nutrition stores, offering relief from nutrition impact symptoms and improving quality of life. Although often associated with preterminal patients bearing disseminated disease, cachexia may be present in the early stages of tumor growth before any signs or symptoms of malignancy. The pathophysiology of CACS is multifactorial and characterized by a negative protein and energy balance due to a variable degree of reduced food intake and deranged metabolism. Complex interactions among tumor cells and nervous, endocrine as well as immune system affect the loop and induce behavioral and metabolic responses. A number of tumor-derived factors (PIF, LIMF, AIS) and cytokines, including TNF- α , IL-1, IL-6, IFN- γ , LIF and CNF have been proposed as mediators of the cachectic process, thereby representing a suitable therapeutic target. Our experience in 333 tumorous patients with megestrol acetate (MA) has shown that its use in treating cachexia in the elderly improves quality of life and weight gain. During our study, reduction of pro-inflammatory cytokine levels after using MA, was associated with improved quality of life, as well as increased appetite, lean muscle mass, and overall weight.

The optimal therapeutic approach in cancer patients should be based on both changes in dietary habits, achieved via nutritional counselling and drug therapy aimed at interfering with cytokine expression or activity. Future studies which more clearly define the role of signal molecules in producing cancer cachexia syndrome may lead to new treatment strategies, which are likely to result in better preservation of nutritional status if started concurrently with specific antitumor therapy.

TWO NOVEL VARIANTS IN THE PROXIMAL PROMOTER REGION OF SPINK1 GENE

Hegyi E.², Geisz A.³, Takács T.¹, Farkas G.⁴, Szepes Z.¹, Novák J.⁵, Izbéki F.⁶, Gervain J.⁶, Hritz I.¹, Szepes A.⁷, Kelemen D.⁸, Dubravcsik Z.⁷, Bod B.⁹, Szmola R.¹⁰, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia², Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, MA, USA³, Department of Surgery, University of Szeged, Hungary⁴, Békés Megyei Pándy Kálmán Hospital, Gyula, Hungary⁵, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary⁶, Bács-Kiskun Megyei Hospital, Kecskemét, Hungary⁷, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁸, Dr. Bugyi István Hospital, Szentcsanak, Hungary⁹, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹⁰

Introduction: Serine protease inhibitor Kazal type 1 (SPINK1) provides an important line of defense against premature trypsinogen activation within the pancreas. The most common SPINK1 mutation (p.N34S) seems to increase the risk of chronic pancreatitis (CP), but the precise pathophysiological mechanism of this mutation remains a subject of debate.

Aims: To determine the frequency of the p.N34S SPINK1 mutation in Hungarian patients with alcoholic chronic pancreatitis (ACP) and idiopathic chronic pancreatitis (ICP) and to identify a possible pathogenic promoter variant linked with the p.N34S mutation. Patients

& methods: 70 patients from the Hungarian Pancreatic Registry with CP (34 ACP/36 ICP) and 70 healthy volunteers were enrolled. Direct sequencing of the SPINK1 proximal promoter region (~1 kb) was performed. The p.N34S SPINK1 mutation was analysed by RFLP.

Results: The p.N34S mutation was present in 3/70 patients, all with the diagnosis of ICP, while it was absent in healthy controls (P=0.243). 2 promoter variants (c.-253T>C, c.-807C>T) have been found as common polymorphism without relevant clinical significance and 3 promoter variants (c.-14G>A, c.-108G>T, c.-215G>A) were revealed only in the patients group. The c.-215G>A variant was linked with the pathogenic c.194+2T>C mutation. The clinical significance of the c.-14G>A and c.-108G>T variants is unclear so far.

Conclusion: We identified 2 novel variants in the proximal promoter region of SPINK1 which will be further investigated to determine its possible association with CP. No associations were found between the p.N34S mutation and promoter region variants of the SPINK1 gene.

Supported by TÁMOP, OTKA, MTA and Collegium Talentum scholarship (to E.H.).

A JÉGHEGY CSÚCSA: MULTIPLEX FAGGYÚMIRIGY EREDETŰ MALIGNUS BŐRTUMOR COLONCARCINOMÁBAN

Herr G.¹, Szenes M.¹, Hohl G.², Vinkler M.³, Tüske G.⁴, Horváth J.⁴, Nagy G.⁵, Gasztonyi B.¹, 1Belgyógyászat¹, 2Bőrgyógyászat², 3Patológiai³, 4Sebészeti⁴, 5Radiológiai Osztály, Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg⁵

Bevezetés: A Muir-Torre-szindróma egy ritka, autoszomális domináns öröklődésű genodermatosis. A tünetegyüttes az esetek kétharmadában a hereditár, nem polyposus colorectalis rák (HNPCC vagy Lynch-szindróma) alfajának tekinthető bizonyos mismatch-repair gének (leggyakrabban MSH2 és MLH1) kimutatott örökletes mutációja és következményes mikroszatellita instabilitás (MSI) alapján. A diagnózis kritériumait 1982-ben határozták meg, amely szerint legalább egy faggyúmirigy eredetű bőrtumor (sebaceous adenoma, carcinoma) és/vagy keratoacanthoma, valamint legalább egy bels szervi daganat (többnyire proximális coloncarcinoma) jelenléte szükséges. Esetismertetés: Esetünkben egy 52 éves férfit mutatunk be, akinek hátáról egy hónapon belül három bőrdaganat került eltávolításra, amelyek sebaceous carcinomának bizonyultak. Belső szervi tumor irányú pozitív családi anamnézis és mismatch-repair géntermék hiánya alapján patológus kezdeményezésére bőrgyógyász részletes daganatkutatást indított. Onko-Team és gasztro-onkológus közreműködésével történt endoszkópos, majd radiológiai vizsgálatok során coecumtájú malignus folyamatra derült fény. Jobb oldali hemicolectomiát követő hisztopatológiai feldolgozás közepesen differenciált adenocarcinomát igazolt. A beteg gasztro-onkológiai gondozás alá került, genetikai vizsgálatai elindultak. Megbeszélés: Előadásunkban a ritka kórkép azon esetét mutatjuk be, ahol a bőrmalignitások megelőzték a bels szervi daganat klinikai jeleit. A faggyúmirigy eredetű tumor igazolásával, multidiscplináris megközelítéssel lehetőség nyílt a malignus bels szervi térfoglalás korai stádiumban való felismerésére és kezelésére. Esetünk felhívja a figyelmet ezen betegek és családtagjaik genetikai tanácsadásának és rendszeres szűrővizsgálatainak fontosságára.

TÖBBSZÖRÖS SZÖVŐDMÉNNYEL JÁRÓ IDÜLT HASNYÁLMIRIGY GYULLADÁS KIHÍVÁSAI.

Horváth M.¹, Gyökörs T.², Rábai K.², Bursics A.³, Doros A.⁴, Fuszek P.¹, Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Gasztroenterológiai Osztály¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológiai Osztály², Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti Osztály³, SE Transzplantációs és Sebészeti Klinika⁴

A krónikussá váló hasnyálmirigy gyulladás szövődményeinek ellátásában szakmai protokollok segíthetnek, azonban a ritkán fellépő portalis hipertensiora nincs ajánlás. Esetünk ennek egy lehetséges kezelési módszerét mutatja be. A fiatal férfi beteget 2010 márciusában kezeltük osztályunkon alkoholos akut pancreatitis miatt. Nasojejunális táplálás, konzervatív kezelés hatására állapota javult. Ezt követően többször került felvételre intézményünkbe és a MH Eü. Kp. Gasztroenterológiai Osztályára kiterjedt pancreatitis gyulladással folytatódott és pseudocysták okozta hasi panaszok, gyomor ürülési zavar, fokozódó malnutrició miatt. A nem javuló gyulladással folytatódott háttérben hyperlipidaemia, hypercalcaemia, autoimmun pancreatitis és alfa-1-antitripszin hiány nem igazolódott továbbá EST sem volt

hatékony. Sikertelen konzervatív terápia és szövődmények miatt a Budai Irgalmasrendi Kórház Sebészeti Osztályán Roux Y kacsával choledochojejunostomia és GEA képzés történt. Ezt követően wirsungotomiára tett endoscopos kísérletek sikertelenek voltak. 2012 nyaratól hasi fájdalmak, hányásos panaszai hullámzóan jelentkeztek. Gastroszkopia során pangaszcititis, oedémás anastomosis, súlyos GERD került leírásra. UH vizsgálatok vastag falú gyomrot, colon transversumot, tág Wirsung vezetékét ábrázoltak. Mucoviscidosis vizsgálata negatív lett. A nem nyugvó gyulladásos folyamat megoldására sebészi wirsungogastrostomia jött szóba. 2013 októberében MRCP vizsgálat újdonságként portalis hipertenziót mutatott, lezajlott vena portae thrombosis merült fel. Ezt követően több ízben fellépő tápcsatornai vérzés miatt elvégzett endoscopos vizsgálatok alapján az anastomizált afferens jejunum kacsából eredő (varix?) vérzést véleményeztünk. Sebész propranolol mellett LMWH kezelés titrlását javasolta, azonban kis dózisú LMWH is vérzést provokált. Esetleges invazív radiológiai megoldás mérlegelése céljából az SE Transzplantációs Sebészeti Klinikán képanyag revízió majd az idült gyulladásos folyamat okozta kompresszió miatt vena portae stentelés történt, jó radiológiai és klinikai effektussal. Esetünk az idült pancreatitis okozta szövődmények kihívásaira és a ritkán jelentkező portális hipertensio esetén alkalmazható invazív radiológiai módszerre hívja fel a figyelmet.

70

ENDOSCOPIC TREATMENT OF REFRACTORY POST-SPHINCTEROTOMY BLEEDING WITH FORCEPS ELECTROCOAGULATION COMBINED WITH PROPHYLACTIC PANCREATIC STENTING – A CASE SERIES

Hritz I.¹, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, Madácsy L.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Ltd. Endoscopic Unit, Kecskemét¹

Introduction: Bleeding is one of the most frequent complications of endoscopic sphincterotomy (ES) during endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) with an overall risk of 1-4%. Injection with diluted epinephrine is the standard first line endoscopic treatment option. In therapy resistant cases endoscopic hemocliping has been demonstrated as an effective method; however, optimal positioning of hemoclips is difficult, moreover sometimes impossible. For refractory cases forceps electrocoagulation combined with prophylactic pancreatic stent (PPS) insertion might be an alternative new method.

Patients and methods: We have retrospectively analyzed 13 cases in our database with recurrent post-ES bleeding detected 1–7 days after successful ERCP and ES. Standard endoscopic therapy with local injection of diluted epinephrine and/or application of hemoclips was ineffective in all of these cases. As a second line treatment we have used thermal coagulation of the bleeding vessels with coagulation forceps (Olympus, Japan; soft coagulation mode, E6, 80W) and in the same setting a 5F, 3–5 cm PPS was also applied to prevent pancreatitis.

Results: We achieved complete hemostasis in all patients without signs of further re-bleeding or need for surgery. None of our patients developed post-procedure pancreatitis or perforation. PPSs were removed after 3–7 days.

Discussion: We present a new, effective and safe second line endoscopic hemostatic treatment modality in patients with refractory post-ES bleeding. Combination of PPS and application of forceps electrocoagulation might be suggested as a rescue method in patients with severe post-ES bleeding, resistant to standard endoscopic therapy.

71

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS IN HUNGARY BASED ON THE DATA FROM THE HUNGARIAN NATIONAL PANCREAS REGISTRY

Hritz I.¹, Kemény L.¹, Izbéki F.², Gervain J.², Szepes A.³, Dubravcsik Z.³, Gyimesi G.³, Kelemen D.⁴, Csiszkó A.⁵, Szentkereszty Z.⁵, Bod B.⁶, Vincze Á.⁷, Bajor J.⁷, Szmola R.⁸, Párniczky A.⁹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Fejér Megyei Szent György Hospital, Székesfehérvár, Hungary², Bács-Kiskun Megyei Hospital, Kecskemét, Hungary³, Department of Surgery, University of Pécs, Hungary⁴, Department of Surgery, University of Debrecen Medical School and Health Science Center, Hungary⁵, Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary⁶, First Department of Medicine,

University of Pécs, Hungary⁷, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary⁸, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary⁹

Introduction: The Hungarian National Pancreas Registry (Registry) has been established by the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) for data collection of patients with different pancreatic disorders.

Aims: The aim of this study was to analyze information on the etiology, diagnosis, clinical features and management of patients from the registry with acute pancreatitis (AP).

Methods: Retrospective clinical analysis of patients with AP in Hungary between 2012 and 2014 based on the Registry. Data from more than 20 different centers - including Medical Universities - were collected.

Results: 392 patients with AP including 209 males and 183 females with mean age of 58.3±2.5 and 54.7±2.1, respectively were enrolled. The diagnosis was made according to the clinical symptoms, elevated serum levels of pancreatic enzymes and/or clinical imaging. In terms of etiology the most common causes of AP in both groups were biliary disease and alcohol consumption. The majority of patients developed mild AP whereas minority of cases was categorized as severe. Mortality was observed only in the severe disease group with a rate of <30%. In terms of treatment, parenteral fluid supplementation, enteral nutrition, pain control and the use of antibiotics was assessed. Application of fluid resuscitation and enteral nutrition was suboptimal; the use of analgesics was high whereas antibiotics were administered very frequently regardless of the presence or absence of infection.

Discussion: The establishment of the Registry that provides a database for AP offers an interdisciplinary consultation opportunity for physicians nationwide which can help in further improving the management of the disease. Supported by TÁMOP and OTKA.

72

EXCELLENT EFFICACY OF ABBVIE'S INTERFERON-FREE TRIPLE ANTIVIRAL REGIMEN AGAINST HEPATITIS C (HCV) GENOTYPE 1 (G1) CHRONIC HEPATITIS ACROSS DIFFERENT PATIENT POPULATIONS IN PHASE 2 AND PHASE 3 CLINICAL TRIALS.

Hunyady B.¹, Somogyi County Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹

During the first decade of XXI. Century, approximately half of hepatitis C (HCV) infected patients could be effectively treated with pegylated interferon (PegIFN) + ribavirin (RBV) dual therapy to reach a sustained viral response (SVR). The efficacy has been significantly increased by adding direct acting antiviral drugs (DAA-s) (first generation: boceprevir or telaprevir; second generation: simeprevir or sofosbuvir) to the PegIFN+RBV regimen. However, none of IFN-based regimens are able to provide high SVR rates to all patient populations in need. Furthermore, IFN-related side effects as well as IFN contraindications limit the efficacy and/or the applicability of these regimens. After a proof of concept exploratory study was able to demonstrate that HCV can be eradicated without use of IFN*, recent efforts focus on the development and registration of all oral, IFN-free combinations. The pharmaceutical company AbbVie is developing a three DAA (3D) combination regimen to tackle HCV G1 infection in all the patient populations in need, including treatment naïve and treatment failure patients, and patients with compensated liver cirrhosis: ABT-450 (a HCV NS3/4A protease inhibitor, boosted by low dose of ritonavir, an inhibitor of the cytochrome P-450 enzyme CYP3A4), ABT-267 (ombitasvir, a HCV NS5A inhibitor) and ABT-333 (dasabuvir, a non-nucleoside HCV NS5B polymerase inhibitor). Combination of these three DAA drugs (3D) with or without additional use of RBV has shown to eradicate the HCV virus with > 90% SVR rates with an excellent safety profile in a treatment duration of as short of 12 weeks in most patient populations studied. Since in at least 8 Hungarian centres more than 100 Hungarian patients have been treated with this highly effective 3D combination therapy (and with more than 90 of them potentially cleared the virus by now), it seems reasonable to review the results of the phase 2 and phase 3 clinical studies with 3D combination for the community of Hungarian gastroenterologists. * Poordad F, Lawitz E, Kowdley KV, et al. N Engl J Med 2013;368:45-53. This presentation is supported by AbbVie (Hungary) Kft.

73

BENEFITS OF SCREENING FOR PANCREATIC CANCER IN NEW-ONSET DIABETES MELLITUS

Illés D.¹, Zsóri G.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, Czákó L.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Background: The incidence-mortality ratio of pancreatic cancer is close to 1. Screening of the average population is not cost-effective because the lifetime prevalence of pancreatic cancer is only 1.39%. Diabetes mellitus seems to be an independent risk factor for pancreas cancer.

Objective: To assess the role of noninvasive diagnostic means (serum CA 19-9 level, transabdominal ultrasonography /US/ and computer tomography /CT/) in screening for pancreas cancer among patients with new-onset diagnosed (within 36 months) diabetes mellitus.

Methods: Patients with new-onset type-2 diabetes mellitus were enrolled in a prospective study. Symptoms suggestive of pancreatic disease were excluding factors. The serum CA 19-9 level was measured 6-monthly, and US was performed yearly. If the CA 19-9 level was elevated or US showed any abnormality, CT was performed. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration or direct surgical referral was performed on patients with CT-identified lesions.

Results: A total of 73 patients (34 men, 39 women, mean age: 59.01±11.09 years) were enrolled. The serum CA 19-9 level was elevated in 8 patients (10.95%), but no abnormality was revealed by US or CT. Imaging examinations detected pancreas cancer in 2 patients (2.74%), but the CA 19-9 was not elevated. The sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values of CA 19-9, US and CT were 0%, 88.7%, 0% and 96.9%; 50%, 100%, 100% and 98.6%; and 100%, 100%, 100%, and 100%, respectively. The value of the Standardized Incidence Ratio was 324.82 (95% CI=9.11-15.46).

Conclusions: The likelihood of pancreatic cancer in patients with new-onset type-2 diabetes is significantly higher than that in the general population, and screening of this population for pancreatic cancer can therefore be recommended. US, together with CT in uncertain cases, can be a reliable screening modality, whereas CA 19-9 is not effective for pancreas cancer screening.

74

VISCERAL HYPOSENSITIVITY INDUCED BY CONGENITALLY ELEVATED GUT PERMEABILITY TURNS TO HYPERSENSITIVITY AFTER STRESS IN CA-MLCK MICE

Inczefi O.¹, Eutamene H.¹, Leveque M.¹, Bétoulières C.¹, Róka R.², Rosztóczy A.², Wittmann T.², Turner J.³, Theodorou V.¹, Ferrier L.¹, INRA TOXALIM Neurogastroenterology and Nutrition Unit, Toulouse, France¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pathology, The University of Chicago, Chicago, USA³

Background: Elevated gut permeability is linked to visceral hypersensitivity in patients with IBS. Using transgenic mice that express constitutively-active myosin light chain kinase (CA-MLCK) specifically within the intestinal epithelium in this way having gut hyperpermeability, we aimed to evaluate the pattern of visceral sensitivity and to determine putative mechanisms under basal and stress conditions.

Materials and methods: Adult CA-MLCK transgenic mice or WT littermates were used for experiments. To reveal gut permeability we used in vivo gavage method with fluorescein (400 Da). To measure visceral sensitivity, electrodes were inserted into external oblique muscle of the abdomen. Mice underwent 1-h water avoidance stress (WAS) sessions for 4 consecutive days. Colorectal distension (CRD) was performed and abdominal muscle cramps measured by EMG as an index of visceral pain. In separate experiments mice were treated with naloxone in basal condition, in other series WAS stressed animals received doxantrazole before each stress session.

Results: CA-MLCK mice showed elevated gut permeability. In basal condition, CA-MLCK mice exhibited a decreased visceral sensitivity to CRD. This hyposensitivity was abolished by naloxone. QPCR analysis revealed significantly decreased level of neuronal NO synthase (nNOS) in the colon. After WAS, CA-MLCK mice had a significantly increased visceral sensitivity to CRD, relative to WT. Both strains had similarly elevated nNOS levels upon WAS. Doxantrazole pretreatment abolished WAS-induced visceral hypersensitivity in WT animals, while CA-MLCK mice sensitivity was not restored at their unstressed level, but lowered at the level of WT mice.

Conclusions: In CA-MLCK mice, congenitally elevated gut permeability was linked to basal visceral hyposensitivity coupled with a hyperactivation of the descending endogenous analgesic system and decreased colonic nNOS levels. Conversely, they showed the same visceromotor profile than WT upon stress, evidencing a greater difference in the response to painful visceral stimuli. This was correlated with nNOS expression level and involved mast cells. These data indicate that elevated gut permeability just followed by stress can trigger visceral hypersensitivity. Based on our results CA-MLCK mice represent a valuable model to study IBS pathophysiology.

75

THE ROLE OF NUTRITION THERAPY IN THE MANAGEMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Izbéki F.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház¹

In patients with inflammatory bowel disease (IBD) malnutrition could often be present. Weight loss has been reported in 65-76% of patient with Crohn's disease (CD) and in 18-62% with ulcerative colitis. The severity of malnutrition depends on the duration and the activity of IBD, the extent and remaining functional part of the small bowel. Malnutrition might be present up to 80% of patients with CD. The evaluation and correction of nutritional deficits should be an integral part of therapy in these patients. Enteral nutrition (EN) should be the first choice for all patients having anatomically intact and functionally normal digestive tract. Traditionally, total parenteral nutrition (TPN) is reserved for patients with obstruction, fistula, toxic megacolon, short bowel syndrome, severe malabsorption, and other conditions that make enteral nutrition impossible or inefficient, however TPN makes a significant contribution to the success of treatment of undernourished patients with IBD, especially those who are facing surgery. TPN must be applied by a hospital team of experts having experience in both use of this therapeutic modality and deal with of possible complications. Although indications for using TPN seem to be quite simple and clear, it is sometimes quite difficult to identify the suitable patient with IBD, probably because the clinical manifestations of poor nutrition can occur only after a long period of time, depending on the amount of adipose tissue and protein, the underlying clinical disorder, and the kind of treatment applied. Additionally, complications of TPN were rather overemphasized; however, critical review of the available data suggests that TPN does not cause either mucosal enteric atrophy or microbial translocation in these patients. In a small proportion of patients with CD, such as patients with repeated surgical resections of the small bowel, presence of fistulas, septic situations, stomas of high output, and prolonged incomplete bowel obstruction, it is impossible to restore nutritional status using EN. In this subset of patients the application of home parenteral nutrition (HPN) seems to be the ideal solution. In our experience an additional benefit of HPN was that complete blood cell count normalization could be reached in our patient with CD and short bowel syndrome requiring frequent blood transfusion beforehand.

76

DNA HYPERMETHYLATION OR UPREGULATED MIRNA-21 EXPRESSION POTENTIALLY LEADS TO DECREASED MRNA EXPRESSION OF COL1A2, SFRP2, SOCS3, BCL2, MAL AND PTGS2 IN LEFT-SIDED COLORECTAL ADENOMA AND CANCER

Kalmar A.¹, Peterfia B.¹, Hollosi P.², Galamb O.¹, Spisak S.¹, Wichmann B.¹, Nagy Z.³, Bartak B.³, Furi I.³, Patai V.³, Kovalszky I.², Molnar B.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

Background: It is well known that epigenetic mechanisms can contribute to colorectal cancer (CRC) formation.

Aims: Our aim was to identify DNA methylation markers and miRNAs playing role in CRC development on the basis of gene expression alterations along adenoma- carcinoma formation.

Materials & 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 CRC (n=49) biopsy samples and on laser microdissected (LCM) epithelial and stromal cells from healthy (n=6) and CRC (n=6) samples. Methylation status of genes with gradually decreasing or increasing expression along adenoma-carcinoma sequence was 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) CRC samples using bisulfite-sequencing PCR followed by pyrosequencing. After in silico miRNA prediction for selected genes, miRNA expression was analyzed on CRC (n=3), adenomas (n=3) and normal tissue adjacent to tumor (NAT)(n=3) samples using Human Panel I+II with miRCURY Universal RT microRNA PCR protocol (Exiqon). PTGDR and SFRP1 immunohistochemistry experiments were performed. Results: A set of transcripts (e.g. SFRP1, PRIMA1, PTGDR) showed decreasing expression ($p \leq 0,01$) in biopsy samples along adenoma-carcinoma sequence. COL1A2, SFRP2, SOCS3 showed hypermethylation and THBS2 showed hypomethylation both in adenomas and tumor samples compared to NAT, while BCL2, PRIMA1 and PTGDR showed hypermethylation only in the CRC group. miR-21 was found to be significantly ($p < 0,01$) upregulated in adenoma and tumor samples compared to healthy colonic tissue controls that can potentially influence the expression of genes without remarkable DNA methylation alteration (e.g. BCL2, MAL, PTGS2). Decreasing PTGDR and SFRP1 protein levels were observed along adenoma-carcinoma sequence.

Conclusion: Gene expression-based screening genes were identified, that can be potentially downregulated by DNA hypermethylation or miRNA upregulation. Hypermethylation of selected markers (COL1A2, SFRP2, SOCS3) or miR21 upregulation might result in reduced expression and may contribute to colorectal cancer formation.

77

EVALUATION OF RESULTS OF TREATMENT AND DIAGNOSIS OF CLOSTRIDIUM DIFFICILE COLITIS CASES OCCURRED AT OUR SURGERY DEPARTMENT IN THE PAST 5 YEARS

Kári D.¹, Lukász P.¹, Lovay Z.¹, Pelsőczy G.¹, Ecsedy G.¹, Kovács J.¹, Surgery Dept., Jahn Ferenc dél-pesti Hospital, Budapest¹

Introduction: Clostridium difficile infection (CDI) is mediated by antibiotic agents altering colonization resistance, which leads to disruption of the normal bacterial flora of the colon resulting in the development of colitis associated with diarrhea. Patients can be asymptomatic carriers of C.difficile or infected from an exogenous source (e.g. healthcare facility). Pseudomembranous colitis is a severe life-threatening form of the infection. There is evidence that the incidence and severity of the disease are increasing.

Method: In the past 5 years (2009-2013) 588 cases of diagnosed and microbiologically confirmed CDI occurred in our hospital, during these years annual incidence has risen from 54 to 175. The surgery department treated 36 patients during the past 5 years. One must always think of CDI in all cases of hospital-acquired diarrhea. Rapid diagnosis can be achieved by detecting A and B toxins from diarrheal feces and/or using a glutamine-dehydrogenase antigen detection kit. If toxin is present and/or the culture is positive for toxin producing C.difficile and the patient has diarrhea it means we are dealing with a case of existing CDI. In severe cases abdominal ultrasound, CT & colonoscopy play an important part in diagnosis of pseudomembranous colitis.

Results: Among the 36 CDI cases at the surgery department 14 were mild or moderate and all responded to metronidazole. Severe form of CDI happened in 8 cases out of 36, and all responded to metronidazole + vancomycin. Number of relapses were 4/36, all recovered. Fulminant pseudomembranous form, toxic megacolon occurred in 14 cases, all of them needed ICU treatment. 6 out of 14 underwent colectomy, 3 recovered & 3 died. In 8 cases no colectomies were done. Out of them 5 recovered and 3 died. **Conclusion:** The basic factors of prevention of nosocomial CDI and to avoid severe forms to develop are reducing exposition, avoiding disruption of gut microbiota, early diagnosis and appropriate treatment. Surveillance methods can also prevent or keep control of outbreaks.

78

CROHN BETEGEK TNF-ALFA GÁTLÓ KEZELÉSE SORÁN KIALAKULÓ PARADOX PSORIASIS - 6 ESET ELEMZÉSE

Károlyi Z.¹, Dózsa A.¹, Horváth G.², Gábor Z.², Horváth T.², Nagy G.³, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház Bőrgyógyászati Osztály¹, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház I-es Belgyógyászati Osztály², Borsod A.-Z. Megyei Kórház II-es Belgyógyászati Osztály³

Bevezetés A TNF- α gátló terápia alatt újonnan fellépő psoriasist egyre gyakrabban észlelik Crohn betegségben és rheumatoid arthritisben

szenvetű betegek kezelése során. Egy paradox jelenségről van szó, hiszen a TNF- α gátlókat egyébként igen eredményesen alkalmazzák a plakkos típusú psoriasis kezelésére is. A jelenséget valamennyi TNF- α gátló kiválthatja, prevalenciáját 1.5%-ra becsülik, hajlamosító tényező nem ismert. A közölt esetek kb. 20%-a IBD-ben szenvetű. Az esetek felében a psoriasis tenyéri- talpi pustulosis formájában lép fel, de elsősorban Crohn betegek kezelésénél ritkán súlyos, olykor rossz prognózisú psoriaticus alopecia jelentkezik, mely az életminőségre gyakorolt igen kedvezőtlen hatása miatt a biológiai terápia felfüggesztését teheti szükségessé. Betegek és módszer A szerzők közel 900 reumatológiai, gasztroenterológiai és bőrgyógyászati indikációban TNF- α gátló kezelés alatt álló beteg kezelése során regisztrálták a bőrgyógyászati szövődményeket, 16 esetben észlelték paradox psoriasis kialakulását, közülük 6 Crohn beteg volt.

Eredmények Kifejezett női dominanciát tapasztaltak: 5 nő és 1 férfi Crohn beteg. Átlagéletkor: 28,5 év A paradox psoriasis típusai: 3 pustulosis palmo-plantaris, 1 plakkos, 2 psoriaticus alopecia A TNF- α gátlók megoszlása: 1 infliximab, 5 adalimumab Négy betegnél az eredeti biológiai terápia folytatható volt. Két súlyos psoriaticus alopecia esetében a biológiai terápia elhagyása vált szükségessé, mindkét betegnél lokális PUVA kezelés hatására a hajzat visszanőtt. Következtetés Egy hatékony biológiai gyógyszer, mellyel eredményesen kezelhető a psoriasis, paradox módon képes azt provokálni is. Ennek a szokatlan reakciónak a pontos patofiziológiája még ismeretlen, a jelenség kialakulásában a TNF- α gátlás következtében megemelkedett interferon- α szintnek tulajdonítanak döntő szerepet. További immunológiai és farmakogenetikai vizsgálatok szükségesek a jelenség jobb megértéséhez. Minden biológiai terápia alatt paradox módon kialakuló psoriasis esetében a bőrgyógyász és gasztroenterológus szoros kollaborációja szükséges a betegek számára legmegfelelőbb terápiás stratégia meghatározásához.

79

AMELIORATING EFFECT OF URSODEOXYCHOLATE PRETREATMENT ON CHENODEOXYCHOLATE-INDUCED CELL INJURY ON PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS

Katona M.³, Péter H.¹, Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Rázga Z.², Venglovecz V.³, 1st Department of Medicine¹, Department of Pathology², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: We have recently shown that chenodeoxycholate (CDC) in high concentration strongly inhibited ion transporters through the destruction of mitochondrial function in intact guinea pig pancreatic ducts. Since ursodeoxycholic acid (UDC) is known to protect the mitochondria against hydrophobic bile acids and have antiapoptotic effect, we investigated whether UDC is able to prevent the CDC-induced cell damage.

Methods: Inta-interlobular ducts were isolated from guinea pig pancreas. Ducts were then pretreated with UDC (0.1 mM and 0.5mM) for 5 h and 24 h and changes in intracellular Ca²⁺-concentration [Ca²⁺]_i, ATP level [ATP]_i, pH [pH]_i, mitochondrial permeability transition pore (MPTP) opening were measured by microfluorometry. Mitochondrial transmembrane potential (MTP) was studied by confocal microscopy. Morphological changes of mitochondria were investigated by transmission electron microscopy. Expressions of bile acid transporters were studied by reverse transcriptase PCR (RT-PCR). Results: 5 h pretreatment with 0.1 or 0.5 mM UDC and 24 h pretreatment with 0.1 mM UDC did not significantly influence the effect of 1 mM CDC on duct cells. However, 24 h pretreatment with 0.5 mM UDC significantly reduced the rate of ATP depletion, mitochondrial injury, MPTP opening and the decrease of MTP induced by 1 mM CDC. In addition, 0.5 mM UDC prevented the inhibitory effect of CDC on the acid-base transporters, however, had no effect on the CDC-induced calcium signaling. mRNA expression of Slc10A1 and A2 was detected in the ducts by RT-PCR.

Conclusion: Our results indicate that protection of mitochondria with UDC administration may represent a novel option against bile acid-induced ductal injury. This study was supported by Hungarian National Development Agency grants (TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0035, TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052, TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0073, TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0012, TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 'National Excellence Program) and the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA NF105758, NF100677, K109756)

80

HAEMOSPRAY; ELSŐ TAPASZTALATOK EGY ÚJ VÉRZÉSCSILLAPÍTÓ ELJÁRÁSSAL

Kiss G.¹, Lakó K.¹, Andorka M.¹, Bábits I.¹, Vincze L.¹, Regőczy H.¹, Szalai M.¹, Rácz L.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

Az akut felső gasztrointesztinális vérzések endoszkópos ellátására számos injekciós, mechanikus és termikus eljárást vezettek be az elmúlt évtizedekben. Mindazonáltal az esetek egy részében a vérzéscsillapítás sikertelen és a sikeres vérzéscsillapítás után is 5-10%-ban újrávérzés léphet fel. A hemospray por egy új vérzéscsillapító eljárás. Elsősorban a hagyományos módszerekkel sikertelen vagy újrávérző fekélybetegekben használható úgynevezett „rescue medication” formájában. A hemospray por egy nagy absorptív kapacitással bíró, multimodális mechanizmuson alapuló eljárás. Amint ez a por tartalmú anyag találkozik a vérrrel vagy folyadékok tartalmú szisztémás toxicitást nem okoz. A megmerevedő, agyagszerű anyag a nyálkahártya felszíni vérzések azonnal megállítását éri el. A hemospray gyakorlati alkalmazása előtt a gyártó Cook cég kíváncsiaként elvett elméleti és gyakorlati továbbképzés indokolt. Oszályunkon eddig két alkalommal szerveztünk orvosok és szakasszisztensek számára hemospray-vel kapcsolatos továbbképzést, úgynevezett hands on traininggel egybekötve. Az eddigi tapasztalatok alapján a hemospray leginkább a diffúzan, súlyosan vérző tumoros elváltozásokban életmentő jelleggel, úgynevezett áthidaló terápiaként használható. A hemospray szonda az endoszkóp munkacsatornáján levezethető. A vérző felszínhez közelítve szén-dioxid tartály nyomását felszabadítva a konténerből poroltó-szerűen kifúj gázanyag a vérző felületet befedi. Összesen max. 150 mg por használatát ajánlják a gyártók. Előadásunkban az alkalmazás technikai részleteiről és az első önálló tapasztalatokról kívánunk video demonstrációval is beszámolni.

81

SCREENING OF NUTRITION AND NUTRITIONAL STATUS OF MARFAN SYNDROME PATIENTS

Kiss A.¹, Lelovics Z.², Semmelweis University, Faculty of Health Sciences, Budapest¹, Kaposvár University, Kaposvár²

Aims: Marfan syndrome is a genetic disorder of the connective tissue, which affects approximately 2000–3000 individuals in Hungary. Given its multi-systemic manifestations, this disorder is often difficult to diagnose. To date, the National Marfan Register system contains approximately 250 cases, and this number is dynamically increasing. **Methods:** Our goal is to assess the nutrition and nutritional status of Hungarian patients suffering from Marfan syndrome. During research the status of patients will be tested with the Mini Nutritional Assessment Questionnaire, nutritional diary, and with the Food Frequency Questionnaire for valid nutritional status assessment. **Expected results of the research:** We assume we will be able to formulate factors (whether in reference to nutritional status, or to nutrition habits), that are characteristic to those who suffer from the syndrome, and figure out whether these factors are causes, or consequences. Presumably, these will be new estimates, that will serve as guidelines in the therapy of Marfan syndrome patients, since there has not been a case of such extensive study to monitor nutritional status and nutrition prior to this. **Conclusions:** Based on the reference of the European Union, national health care systems need to attend particularly to the recognition of rare diseases, and to the development of patient treatment. The screening of nutrition and nutritional status of Marfan syndrome patients also provides new opportunities to study Hungarian patients with Marfan syndrome. **Keywords:** Marfan syndrome, nutritional status, Mini Nutritional Assessment,

82

IBD PREVALENCIÁJÁNAK VIZSGÁLATA COELIAKIÁS CENTRUM BETEGEI KÖZÖTT

Kocsis D.¹, Tóth Z.², Csontos Á.¹, Miheller P.¹, Herszényi L.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis University, 2nd Dept. Med.¹, Péterfy Sándor Utcai Kórház Rendelőintézet²

Háttér és célkitűzés: Korábbi vizsgálatok alapján, coeliakiás (CeD) betegekben az IBD prevalenciája közel tízszerese az átlag populációban mérhetőnek. Vizsgálatunk célja, az IBD

prevalenciájának retrospektív meghatározása az SE II. sz. Belgyógyászati Klinika coeliakiás centrumának betegei között.

Módszerek: A CeD diagnózisának felállításához tTG és EMA szerológiát végeztünk. Pozitív szerológiai eredmény esetén duodenum biopszia vételre, majd a minták Marsh-klasszifikáció szerinti szövettani besorolására került sor. IBD kivizsgálása során a klinikai paraméterek mérése, képalkotó eljárások, kolonoszkópia és szövettani vizsgálat is történt. DEXA módszerrel minden beteg esetében csontsűrűség (BMD) vizsgálatot végeztünk.

Eredmények: A CeD-s beteg közül 8/245 (3,2%) beteg esetében állt fenn társult IBD (4/8 férfi, átlag életkor 37 év, range 22-67) 6/8 Crohn (CD), és 2/8 ulcerative colitis (UC). 5/8 beteg esetében a coeliakia diagnózisát követően került felfedezésre az IBD. A két diagnózis megszületése között eltelt átlagos idő 10,7 év volt (medián: 5 év, range: 4-535 hónap). Coeliakia szerológia minden esetben pozitív volt (2/8 tTG, 6/8 EMA). A duodenumból nyert szövettani minták Marsh-klasszifikáció szerinti: 1/8 M1, 2/8 M2, 3/8 M3a, 2/8 M3b. A nyolc IBD-s beteg Montreal-klasszifikáció szerinti megoszlása: 4/6 CD beteg B1 (nonstricturing, nonpenetrating), 2/6 CD beteg B2 (stricturing), 1/2 UC beteg S2 (moderate UC) és egy UC beteg S0 (clinical remission). Biológiai terápiát (influximab) 2/8 betegnél alkalmaztunk. Normal BMD-t 2/8 (25%), osteopeniát 4/8 (50%), és osteoporosist 2/8 (25%) esetben mértünk. Az átlag BMI érték: férfiak 22,25 kg/m², nők 20,74 kg/m².

Konklúzió: A coeliakiás központban gondozott CeD beteg körében az IBD prevalenciája (3,2%) szignifikánsan magasabbnak bizonyult az átlagnépességhez képest. A CeD diagnózisa az esetek többségében megelőzte az IBD diagnózist. Az IBD leggyakrabban gyulladásos formában jelent meg. A két, egyaránt malabszorpcióhoz vezető betegség fennállása ellenére, a betegeknél mért BMI értékek nem voltak súlyosabbak, mint azon esetekben, ahol csak az egyik betegség áll fenn.

83

DRIVER MUTATIONS IN COLORECTAL CANCER: ANALYSIS OF 59 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Kocsis É.¹, Kohánka A.¹, Pintér F.¹, Landherr L.², Boér K.³, Kahan Z.⁵, Bodoky G.⁴, Kopper L.¹, Urbán L.⁶, Peták I.¹, Schwab R.¹, KPS Molecular Diagnostic Center¹, Depts. Oncology Uzsoki Hospital², St. Margit Hospital³, St. Laszlo & Istvan Hospital⁴, Oncology Clinic SZTE⁵, Matrahaza Healthcare Center and University Teaching Hospital⁶

Background: Completion of the cancer genome and the increasing amount of information available of the correlation of treatment success with the driver oncogenic mutation status of the patients are revolutionizing target therapy options. The original approach of finding patients with single gene tests for “biological therapies” is now replaced by deep genomic sequencing of tumor samples and consecutive treatment planning based on the “causative” driver mutations of cancer.

Methods: We have analyzed the tumor samples of 59 colorectal carcinoma (CRC) patients. Sanger and Next Generation Sequencing (NGS) methods were used to assess a set of 58 oncological driver mutations and polymorphisms. In addition Fluorescent In Situ Hybridization (FISH) was used to detect amplifications of 7 different genes.

Results: A total of 53 mutations were detected in the 59 mCRC samples (89,83%). The most frequent mutations were in TP53 (54,23%), KRAS (40,67%), APC (40,67%), PIK3CA (15,2%), BRAF (10,16%). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 53 cases. The results of FISH assays proved amplification in HER-2 (2/59), EGFR (3/59) and FGFR1 (2/59) cases.

Conclusion: Our initial data demonstrate that driver mutation analysis is a useful and clinically meaningful tool to assess patients for targeted onco-therapies.

84

DRIVER MUTATIONS IN PANCREATIC CANCER: ANALYSIS OF 16 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Kohánka A.¹, Kocsis É.¹, Pintér F.¹, Landherr L.², Boér K.³, Kahan Z.⁵, Bodoky G.⁴, Kopper L.¹, Urbán L.⁶, Peták I.¹, Schwab R.¹, KPS Molecular Diagnostic Center¹, Depts. Oncology Uzsoki Hospital², St. Margit Hospital³, St. Laszlo & Istvan Hospital⁴, Oncology Clinic

SZTE⁵, Matrahaza Healthcare Center and University Teaching Hospital⁶

Background: Completion of the cancer genome and the increasing amount of information available of the correlation of treatment success with the driver oncogenic mutation status of the patients are revolutionizing target therapy options. The original approach of finding patients with single gene tests for “biological therapies” is now replaced by deep genomic sequencing of tumor samples and consecutive treatment planning based on the “causative” driver mutations of cancer.

Methods: We have analyzed the tumor samples of 16 pancreatic cancer patients. Sanger and Next Generation Sequencing (NGS) methods were used to assess a set of 58 oncological driver mutations and polymorphisms. In addition Fluorescent In Situ Hybridization (FISH) was used to detect amplifications of 7 different genes.

Results: A total of 12 mutations were detected in the 16 pancreatic cancer samples (75,00%). The most frequent mutations were in KRAS (62,50%), TP53 (37,50%), CDKN2A (18,70%), SMAD4 (18,70%). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 12 cases. The results of FISH assays proved amplification in HER-2 (1/11) case.

Conclusion: Our initial data demonstrate that driver mutation analysis is a useful and clinically meaningful tool to assess patients for targeted onco-therapies.

85

THE ROLE OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY NURSES IN HIGH RISK COLORECTAL POLYPECTOMY. PREVENTION OF COMPLICATIONS IN ONE OR TWO STEPS

Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Karolina Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Mosonmagyaróvár¹

Introduction: The endoscopic polypectomy of large pedunculated or sessile polyps involves many kinds of high risk complications, such as the haemorrhage: the occurrence of which, according to published reports varies between 0.3% and 6.1 %. The most severe complication is perforation. From the point of view of complication, polyps bigger than 1.5 cm are high-risk.

Aims and methods: The authors during 2 years conducted 179 high-risk colorectal (CR) polypectomies retrospectively. In the survey the results of the haemostatic easement methods in one or two steps used for prevention are analysed. The aim of the study was to evaluate the project data and analyse the role of endoscopy nurses. The 4 elements:

1. In the case of CR polyps larger than 1.5 cm, 10-12 ml 1:10000 submucosal epinephrine-saline solution injection is given
2. standard or piece-meal polypectomy
3. search of visible vessel
4. use of haemoclip/endoloop in case of visible vessel.

Results: During the study 538 colorectal polypectomy were performed. 179 high-risk polypectomies were done in 146 patients (78 male and 68 female; mean age 61, 1 ys). The histology scope of removed polyps is the following: 125 adenoma tubulare, 25 adenoma tubulovillosum, 15 adenoma with mild dysplasia, 6 adenoma with severe dysplasia, and 11 carcinoma cases. Prophylactic haemoclip in 84 cases, endoloop in 16 cases, clip and loop together in 2 cases were used. In 6 cases after clip using the early minor bleeding was stopped. In 1 case due to perforation 6 hours after polypectomy an operation had to be done.

Conclusion: 1. In case of high risk polypectomy several methods of haemostatic easement are necessary

2. Haemostatic easement used according to protocol in one or two steps is efficient in the prevention of early and delayed post-polypectomy severe bleedings.
3. Prevention in complications of high-risk colorectal polypectomy needs coordinated team-work. The endoscopy nurse must be well trained in all haemostatic methods.

86

COMPLEMENTARY ALTERNATIVE MEDICINE (CAM) . FELMERES A KANADAI GASTROENTEROLOGUSOK VELEMENYEROL ES GYAKORLATAROL

Koller MD ,FRCP (C) O.⁷, Gastroenterologist in Private Practice¹,Fredericton ,New Brunswick, Canada²

A kanadai gastroenterologiai praxisban a CAM jelentosege meg nem teljesen elfogadott. Egy felmeres soran 96 gasztroenterologus

valaszolt CAM-hoz kapcsolodo kerdesekre. Eloadasomban e felmeres eredményeit fogom ismertetni . Ugy tunik a megkerdezettek fele nem teljesen bizik a gyógyítás ilyen formájában es vonakodva beszélnek arról betegekkel. Azok , akik fogékonyabbak ebben a tekintetben , a CAM gyakorlatot a konvencionális kezeles mellett ajánlják. Az előadásban szót ejtenek saját tapasztalataimról es eredményeimről , különös tekintettel a z IBD es IBS betegek kezelésében .

87

CHANGES IN SERUM CITRULLINE AND ARGININE LEVELS OF SBS PATIENTS

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

Aim: Short Bowel Syndrome (SBS) patient with a residual small intestine length <200 cm. The majority of serum citrulline (SC) is produced in the jejunal enterocytes. The cut off value of SC level in parenteral nutrition (PN) dependence was <20 μmol/l, evaluated after bowel adaptation (BA). BA takes 1-3 years. The precursor of citrulline is glutamine (80 per cent), the remaining 20 per cent comprises arginine, proline and ornithine. The aim was to assess changes in SC and arginine levels of SBS patients at the start and end of expected BA period (BAP).

Method: We assessed the SC levels of 9 SBS patients in home parenteral nutrition (HPN) before and 1-3 years after residual small intestine adaptation. In the control group 6 patients were administered supplemental parenteral nutrition (SPN), of those three still had enterostomy and two suffered from serious renal insufficiency. Three control group patients received enteral nutrition (EN) only.

Results: There was no significant increase in average SC level before and after BAP. Arginine levels significantly decreased (p:0.048) in the EN group. Those without artificial nutrition and a stoma and/or with renal insufficiency had the lowest starting levels of citrulline and arginine compared to the other two groups (p:0.02). The control citrulline and arginine levels in the EN group, in the stoma and/or renal insufficiency group and in the PN group, citrulline and arginine levels decreased, were unchanged and increased, respectively. **Conclusions:** There was no significant increase in the SC level of patients after residual BAP. This can be explained by the fact that after PN was stopped no precursors were administered (arginine: 9 g, proline: 8.7 g). In the case of enterostomy patients the higher level of amino-acid discharge counteracted the SC level increasing effect of the renal insufficiency. Starting citrulline and arginine levels were lowest in the SPN group with no stoma. SC and arginine levels increased in the SPN group, which we explained by the increase of the quantity of active enterocytes, by the venous route of citrulline precursors. Control values should be checked during PN, so that the increase in serum levels may give a timely warning to reduce or stop PN and enable the reduction of the frequency and severity of PN complications in the patient's home.

88

IMPROVING THE EFFICIENCY OF THE L-ARGININE-INDUCED ACUTE PANCREATITIS MODEL IN MICE

Kormányos E.¹, Kui B.¹, Balla Z.¹, Iványi B.², Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹,Department of Pathology, University of Szeged, Hungary²

Background: The pathogenesis of acute pancreatitis (AP) remains unknown and it has no adequate therapy. To investigate the pathomechanism, we rely on animal models such as L-arginine-induced AP, which is becoming increasingly popular. However, we found only mild inflammation in Balb/c and high mortality in FVB/n and C57BL/6 mouse strains with the originally published method (2x4 g/kg, 8% L-arginine). Thus, we aimed to establish a basic amino acid-induced AP model with acceptable morbidity and mortality rate.

Methods: AP was induced with different doses (2x4, 3x3, 4x2,5 g/kg) and concentrations (0-10%) of intraperitoneal L-arginine administration in Balb/c, FVB/n and C57BL/6 mice. Serum amylase-, pancreatic myeloperoxidase activity and oedema, necrosis, leukocyte infiltration were measured to determine AP severity. Our findings are represented as effectivity rate (ER= number of mice with AP/all treated mice).

Results: In L-arginine treated groups, all parameters were significantly elevated compared to the control group. In all three

strains, the injection with 3x3 or 4x2,5 g/kg L-arginine caused similar AP severity with lower mortality vs the 2x4 g/kg dose. In Balb/c mice, 10% L-arginine injection resulted in moderate morbidity and low mortality (ER=90%). In FVB/n strain 5% L-arginine caused low mortality with severe AP (ER=90%), while 10% L-arginine caused greater mortality (ER=25%). C57BL/6 mice developed mild disease with low mortality due to 5% L-arginine (ER=90%), however, disease severity and mortality were higher in case of 10% L-arginine administration (ER=35%).

Conclusions: Mouse strains show different sensitivities to L-arginine and a fine borderline appears between effective and lethal doses and concentrations. Sponsors: TÁMOP: 4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0035, 4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052, 4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0073; OTKA: NF105758, NF100677, K101116.

89

ACUTE ABDOMEN CAUSED BY SIGMOID PERFORATION DUE TO ISOLATED ANEURYSM OF THE LEFT INTERNAL ILIAC ARTERY. CASE REPORT

Körösmezey G.¹, Kiss L.¹, Lendvai L.², Oláh Z.³, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University Budapest, Hungary¹, Department of Radiology and Oncotherapy, Semmelweis University Budapest, Hungary², Department of Vascular Surgery, Semmelweis University Budapest, Hungary³

Introduction Isolated internal iliac artery aneurism (IIAA) is a rare, but potentially life-threatening condition. Estimated prevalence varies between 0.03% and 0.4%. The most common presentation is the rupture of the aneurysm sac. Abdominal-, flank-, testicular- or hip pain, rectal bleeding or hematuria may develop as warning signs. We report on a patient with IIAA presenting as acute abdomen with ileus.

Case report. The 67 year old male patient was hospitalized due to hematemesis with underlying gastric ulceration induced by NSAIDs. Proton pump inhibitor was given, the bleeding stopped without any interventional procedure. There was no need for blood transfusion. Rectal digital examination showed a retrovesical mass changing in size and fresh blood colored stool on the gloves.

Twelve hour later, strong abdominal pain started and physical investigation revealed marked tenderness with muscular spasm of the entire abdomen. The clinical symptoms showed progressive signs of acute abdomen with peritonitis and paralytic ileus. Imaging investigations (US, CT) confirmed paralytic ileus and identified a 9.0 cm large aneurysm of the left internal iliac artery penetrating into the sigmoid colon and signs of rupture of the aneurysm sac into the abdominal cavity.

Urgent laparotomy was performed in the vascular surgery department. During exploration we found early stage fecal peritonitis with blood clots in the abdomen, caused by ruptured left internal iliac artery aneurysm which previously penetrated to the sigmoid bowel. Left internal iliac artery ligation, aneurysm sac evacuation and Hartmann procedure was performed. The postoperative period was uneventful and rapid recovery followed.

Discussion and conclusion Only few cases of penetration of isolated internal iliac artery aneurism into the sigmoid colon causing diffuse peritonitis have been published. Usually the bleeding is the consequence of the penetration and rupture of aneurism sac. The curiosities of our case are the anatomical location of the aneurism, lack of predisposing factors and the presentation of acute abdomen caused by peritonitis as leading symptom.

90

FINOM MECHANIZMUSOKBÓL SZÓTT NYELÉSI ZAVAROK

Kotsis L.¹, Heiler Z.¹, Vadász P.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet¹

Bevezetés. A szerzők a funkcionális nyelöcső zavarok, valódi mélységében alig 2 évtizede feltárt világába látogatnak el.

Beteganyag. A Mellkassebészeti Tanszék (1981-2001) anyagából csak a fenti kórképek egy-egy figyelemre méltó, jellegzetes típusát tárgyalják. Idős, achalasiás (fokozott tónusú LES, elégtelen relaxációval, aperisztaltikus nyelöcső megemelkedett belső nyomással) nöbeteget évtizedeken át, a műtétek utáni recidívával?! rémisztgettek. Az alig ismert secunder achalasia egyik képviselője az idős korban fellépő, még ritkább, a pseudoachalasiára emlékeztető, postpulmonectomiás másodlagos achalasia. Ennél is ritkább az eredményes myotomia után kialakult, dysphagiát okozó pseudodiverticulum. Az achalasiás megaesophagus 2 életveszélyes

szövődményével is találkozott. A nagyméretű, gyakori, hosszan tartó kontrakciók uralta diffúz spasmusos esetük diverticulumhoz vezetett. Polyneurodystrophia talaján kialakult diótoró nyelöcső (distalisan magas amplitúdójú és normál perisztaltika váltakozása) szinte rodamli ritkaság.

Megoldások. A funkciózavarhoz igazodó műtétek: Heller féle myotomiával társított Belsey majd Dor típusu fundoplicatiót, hosszú mellkasi myotomiát és rekeszlebbennnyel borított nyelöcsőfali plicatiót öleltek fel. Szövődmény, recidíva nem fordult elő.

Következtetések. A múlt századvég egyik tündöklő orvosi felfedezése a nyelöcső funkcionális viszonyainak feltérképezése volt. Így már lehetővé vált a funkció zavar típusához pontosan igazodó műtét kiválasztása. Ezek után már sem a műtét utáni reflux vagy recidíva, sem a myotomia hegesezése nem jelentett veszélyt.

91

CAPSULE RETENTION IN CASE OF SMALL BOWEL STENOSES CAUSED BY NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS (NSAIDS): WHAT TO DO?

Kovács M.¹, Kantner R.¹, Pintér T.¹, Fleischer M.¹, Jaritz B.¹, 2. Medizinische Abteilung für Gastroenterologie & Hepatologie, Endokrinologie & Diabetologie, Onkologie, Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf¹

Introduction: Results so far suggest that damage to the small bowel mucosa in patients permanently taking NSAIDs is a frequent side effect. Lesions may cause manifest or obscure bleeding, abdominal pain, obstruction or perforation. Based on small bowel capsule examinations carried out so far, the capsule is most frequently retained in patients permanently taking NSAIDs, in Crohn's disease or due to small bowel tumours, radiation enteritis and after previous abdominal surgery.

Patients and methods: We have carried out 576 small bowel wireless capsule endoscopy with different indications at our centre from 2004 to April 2014 using Given Imaging's video capsule endoscopy. This study attempted to investigate the clinical outcomes of capsule retention.

Results: Permanent capsule retention occurred in 0.52% of total cases (3/576). In two patients capsule retention was caused by multiple stenoses due to NSAID. In the third patient a stenosis caused by radiation enteritis gave rise to the obstruction. The capsule was successfully mobilised in two patients following balloon dilatation by single-balloon enteroscopy. One of the stenoses caused by NSAID could not be reached during colo-enteroscopy, therefore surgical intervention was necessary.

Conclusions: Capsule endoscopy is absolutely justified to establish the diagnosis of NSAID enteropathy and exclude other diseases. Stenoses caused by NSAIDs tend to be short, wide-based or membranous, therefore the diagnostic yield of radiological examinations is rather limited. Single-balloon enteroscopy yielded effective results where strictures were able to be reached and expanded.

92

AZ ENDOSZKÓPOS SZAKASSZISZTENS SZEREPE A TELJES INTRAVÉNÁS ANESZTÉZIÁBAN VÉGZETT ENDOSZKÓPOS BEAVATKOZÁSOKBAN

Kovácsné Tomasits K.¹, Kokas M.¹, Pécsi G.¹, Gasztroenterológiai Osztály, 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: 2008 és 2013. között TIVA-ban végzett első 204 endoszkópos beavatkozásunk során alkalmazott módszer retrospektív elemzése, különös tekintettel az endoszkópos szakasszisztens szerepére valamint a diagnosztikus és terápiás endoszkópiák illetve a TIVA eredményeire, szövődményeire.

Betegek és módszer: 6 év alatt 17.935 endoszkópos vizsgálat 1,04 %-a történt TIVA-ban. 188 beteg 204 vizsgálatát végeztük ezen a módon, közülük 166 felnőtt (átlagéletkor 57,6), 22 gyermek, (átlagéletkor: 14,4 év) volt. Az alkalmazott 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: Endoszkópos asszisztensi szempontból a technical nurse szerepe nem különbözik a hagyományos premedikációval végzett endoszkópos vizsgálatoktól. A patient nurse szerepe változik, hiszen a nem kooperáló, kommunikációba nem vonható beteg fokozott figyelmet, obszervációt igényel. Fontos szerepe van az asszisztensi teamnek a folyamatos koordinációban és kommunikációban az endoszkópos vizsgáló orvos és az aneszteziológiai team között. Elemzésre kerül a vizsgált betegek aneszteziológiai rizikó statusa (ASA score), a diagnosztikus és terápiás endoszkópos vizsgálatok megoszlása, sikeressége és eredménye az anesztézia indikációja.

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.

93

COMPARING THE CENTRAL AND PERIPHERAL ADMINISTRATION OF OPIOIDS IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS IN RATS

Kui B.¹, Balla Z.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Szabó A.³, Horváth G.⁴, Takács T.¹, Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Pathology, University of Szeged², Institute of Surgical Research, University of Szeged³, Department of Physiology, University of Szeged⁴

Background: Acute pancreatitis (AP) is often associated with severe pain, which causes discomfort and worsens the prognosis of the disease. Major analgetics (opioids) attenuate the pain associated with AP, but there are no experimental studies that investigated the effects and possible administration methods of analgesia on the severity of AP.

Methods: AP was induced by intraperitoneal (i.p.) administration of 3 g/kg L-ornithine in SPRD rats. Intrathecal (i.t.) catheter was implanted one week before AP induction. 0.1-1 mg/kg i.p. or 0.01-0.03 mg/kg i.t. buprenorphine (or physiological saline) was administered one hour before AP induction. Control rats were injected i.p. or i.t. with physiological saline or buprenorphine one hour before the i.p. administration of physiological saline instead of L-ornithine. The animals were sacrificed after 24 hours. Laboratory (serum amylase activity, pancreatic dry/wet weight ratio) and histological (necrosis, oedema, inflammatory cell infiltration) parameters were measured.

Results: I.p. and i.t. treatment with buprenorphine did not influence laboratory and histological parameters in the control group. In the AP groups, all of measured parameters were significantly elevated compared to control groups. Pretreatment of AP rats with i.p. administered buprenorphine significantly increased, whereas i.t. administration of the analgetic reduced all of the measured parameters compared to the AP groups pretreated with saline.

Conclusions: The different routes of opioid administration have varying effects on the pathogenesis of AP. Central administration of buprenorphine seems to have beneficial effects on the severity of experimental AP, however peripherally given opioids worsen the severity of the disease. Sponsors: TAMOP: 4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0035, 4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052, 4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0073, OTKA: NF105758, NF100677, K101116, Hungarian Academy of Sciences: BO 00174/10/5

94

EFFECTS OF HYDROGEN SULPHIDE ON HEME OXIGENASE ACTIVITY IN TNBS INDUCED COLITIS.

Kupai K.¹, Szalai Z.¹, Korsós M.¹, Baráth Z.², Török S.¹, Szabó R.¹, Csonka A.¹, Daruka L.¹, Pósa A.¹, Varga C.¹, Dept. of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, University of Szeged, Faculty of Dentistry and Department of Orthodontics and Pediatric Dentistry, Szeged, 6720, Hungary²

Hydrogen sulfide (H₂S) is an endogenous mediator that relaxes vascular smooth muscle, exhibits several antiinflammatory activities and contributes to protection. Specially, we investigated the beneficial effects of H₂S and whether heme-oxygenases (HO) are involved in the H₂S-induced colonic cytoprotection against 2,4,6-trinitrobenzenesulfonic acid (TNBS)-induced colitis in rats.

Male Wistar rats were treated with TNBS (10 mg) to induce colitis. H₂S donor (Lawesson's reagent) were used at different concentrations

(60; 30; 15; 7.5; 3.75; 1.87; 0.93 μM; dissolved in carboxymethylcellulose twice daily per os (from 0 day to 3. day). 72 h after TNBS treatment colon samples were collected to measure extent of inflammation, myeloperoxidase (MPO), and HO activities and TNF-α content.

In a separate experiment, HO activity was inhibited by tin protoporphyrin (SnPP, 30 micromol/kg/day, s.c.) at the day of TNBS challenge (10 mg) co-treatment with H₂S donor (2 x 1.87 μM, per os). Twice-daily treatment with H₂S donors significantly decreased the extent of colonic inflammation in a dose dependent manner compared to vehicle-treatment. The most effective concentration was 2 x 1.87 μM at the extent of inflammation (27.4 ± 1.5 vs. 46.2 ± 4.3; %). Per os administration of H₂S donor reduced TNBS-provoked MPO activity (19.07 ± 3.6 vs. 42.98 ± 10; mU/mg/protein), TNF-α levels (89.95 ± 9.43 vs. 531.67 ± 32; pg/mg protein) while increasing colonic HO enzyme activity (0.98 ± 0.05 vs. 0.82 ± 0.6 nmol bilirubin/h/mg protein).

The protective effect of H₂S was abolished by cotreatment with an inhibitor of HO activity (TNBS:35.6 ± 2.4; TNBS+H₂S: 21.6 ± 5.6; TNBS+H₂S+SnPP: 28.8 ± 2.6 % extent of lesion) (from 60,6 ± 15,7 to 80,89 ± 7,3 % of the extension of TNBS lesion)

Our findings suggest that H₂S confers protection dose dependently, probably by modulation of anti-inflammatory parameters and HO enzyme activity. Our results support the proposal that induction of HO activity by H₂S provides a protective mechanism in this model.

This research was realized in the frames of TAMOP 4.2.4. A/2-11-1-2012-0001 National Excellence Program – Elaborating and operating an inland student and researcher personal support system. The project was subsidized by the European Union and co-financed by the European Social Fund

95

AZ APC (ARGON PLASMA COAGULATION) KEZELÉS SZEREPE A KRÓNIKUS, TRANSZFÚZIÓT IGÉNYLŐ GASTROINTESTINALIS VÉRZŐ BETEGEK KEZELÉSÉBEN.

Kürti Z.¹, Golovics P.¹, Lovász B.¹, Gönczi L.¹, Kiss L.¹, Gecse K.¹, Papp J.¹, Lakatos P.¹, Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika¹

Háttér és célok: A gastrointestinalis (GI) vérzések jelentős része spontán vagy gyógyszeres kezelés hatására megszűnik, kisebb részük azonban akár életet veszélyeztető, jelentős transzfúziós igénnyel járó krónikus vérvesztéssel járhat, melynek hátterében részben hemangiómák és angiodysplasiák (AD) állnak. A 60 év feletti populációban 1-2%-ban találunk tünetmentes AD-t colonoscopus vizsgálatok során, de a valós előfordulási arányt akár 7-12%-ra is becsülik. Ezek 5 és 7%-a okoz manifeszt felső, illetve alsó GI vérzést. Az ilyen esetek kezelésére nincs elfogadott kezelési stratégia. A jelen tanulmányban klinika endoszkópos beteganyagban az AD miatti krónikus GI vérzések betegek APC kezelésének sikerességét klinikailag jelentős újravérzés, APC előtti és azt követő transzfúziós igény vizsgáltuk.

Betegek és módszerek Klinikánkon 2007. január 1. és 2013. december 31. között 8 beteget kezeltünk krónikus transzfúziót igénylő AD okozta GI vérzés miatt. A betegek átlagéletkora 75,5 év volt (71-84év, férfi/nő: 6/2). A betegek társbetegségeinek megoszlása: hypertonia(6 beteg), szívelégtelen(5), szolid daganat(3), COPD(2), diabetes(2), májcirrhosis(2), veseelégtelen(1), hepatitis C(1) és 2 betegnek volt hematológiai daganata.

Eredmények APC kezelés betegenként átlagosan 4 ülésben (összesen 34 alkalommal, 4 betegben a gyomorban 2 betegben csak a vastagbélben és 2 betegben a vastagbélben és a gyomorban is) történt. Az APC kezelést megelőző 1 évben a betegek 87,5%-nál volt szükség transzfúzióra, betegenként 2-16 alkalommal (6-60 egység vörösvértest koncentráumra). Az első APC-t követően az átlagosan 24 (2-79) hónap követés során transzfúziót már csak a betegek 37,5%-a (3/8) igényelt, 7-11 alkalommal, 28-62 egység. A 3 beteg közül, aki továbbra is nagy transzfúziós igénnyel rendelkezett, 1 a recidív szolid tumor operációi miatt igényelte a transzfúziót és nem további GI vérzés miatt, 2 beteg pedig az alapbetegsége (CML és MM) és GI vérzés miatt. Anticoagulans, NSAID vagy trombocytá-aggregatio gátló gyógyszert csak 1 beteg kapott (LMWH-t, majd rivaroxaban-t, melyet az APC kezeléseik közepén állítottak be).

Következtetés A májelégtelenséghez kapcsolódó, post irradiációs és ismeretlen eredetű AD-k kezelésében sikerrel alkalmaztuk az APC kezelést minden esetben. Előrehaladott hematológiai daganatos betegekben a kezelés klinikai haszna korlátozott.

96

ACUTE AND CHRONIC EFFECTS OF BILE ACIDS ON THE EPITHELIAL ACID-BASE TRANSPORTERS IN BARRETT'S ESOPHAGUS

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

Introduction: Barrett's esophagus (BE) is a premalignant condition where normal squamous epithelium is replaced by metaplastic columnar epithelium. While combined acidic and biliary reflux is thought to have an important role in the mucosal injury, the acid-base transporters of the esophageal epithelial cells (EEC) may be key factors of the defense. Our previous studies indicated the presence of Na⁺/H⁺ exchanger (NHE-1) and Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter (NBC) and a Cl⁻ dependent HCO₃⁻ secretory mechanism: Cl⁻/HCO₃⁻ exchanger (Slc26a6); however their reaction to reflux of gastric acid and bile has not been established yet. The aim of our study was to determine the acute and chronic effects of bile acids - appearing most commonly in reflux episodes - on the ion transporters of 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 investigate the acute effects of bile acids, we used the pH sensitive fluorescent dye BCECF-AM and the microfluorimetric technique. In order to mimic the conditions of reflux disease a chronic treatment protocol was applied. The cells were treated by 10- minutes pulses 3 times a day for 7 days, either with the different bile acids alone or with their mixture ("bile acid cocktail"). The effect was assessed by the changes of the acid-base transporters' mRNA expression by quantitative real time PCR.

Results: Acute application of chenodeoxycholate dose-dependently increased, whereas the same doses of glycochenodeoxycholate, deoxycholate and taurocholate dose-dependently decreased the activity of NHE-1. All bile acids decreased the activity of NBC, whereas had no significant effect on Slc26a6. During chronic administration of the bile acids and bile acid cocktail induced a remarkable increase in the mRNA level of NHE-1. In contrast only bile acid cocktail caused significant expression changes in the mRNA level of NBC and Slc26a6. Interestingly, we found that CP-A cells also possess Na⁺/K⁺/2Cl⁻ cotransporter, which expression also increased after bile acid treatment.

Conclusions: Our results indicate that different bile acids have diverse effects on the studied ion transporters of EECs in BE. Further studies needed to establish their significance in the reflux induced epithelial damage, mucosal adaptation and histological progression.

97

IS HOSPITALIZATION PREDICTING THE DISEASE COURSE IN UC? PREVALENCE AND PREDICTORS OF HOSPITALIZATION AND RE-HOSPITALIZATION IN ULCERATIVE COLITIS IN A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT BETWEEN 2000-2012

Lakatos P.¹, Golovics P.¹, Mandel M.¹, Kürti Z.¹, Szita I.², Végh Z.¹, Kiss L.¹, Horváth Á.³, Pandur T.², Balogh M.⁴, Mohás A.¹, Lovász B.¹, Lakatos L.², 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴

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 if early hospitalization is associated with the later disease course as well as to determine the prevalence and predictors of hospitalization and re-hospitalization in the population-based UC inception cohort in the Veszprem province database between 2000 and 2012.

Methods: Data of 347 incident UC patients diagnosed between January 1, 2000 and December 31, 2010 were analyzed (m/f: 200/147, median age at diagnosis: 36, IQR: 26-50 years, duration: 7, IQR 4-10 years). Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: Probabilities of first UC-related hospitalization and first re-hospitalization were 28.6%, 53.7%, 66.2% and 23.7%, 55.8% and 74.6% after 1, 5 and 10 years of follow-up in Kaplan-Meier analysis. Main reasons for first hospitalization were diagnostic procedures

(26.7%), disease activity (22.4%) or UC related surgery (4.8%), but the majority of the hospitalizations were unrelated to UC (44.8%). In Kaplan-Meier and Cox-regression analysis disease extent at diagnosis (HR: 1.35, p=0.018, HR extensive: 1.79, p=0.02 vs. proctitis) or at last follow-up (HR: 1.56, p=0.001), need for steroids (HR: 1.98, p<0.001), azathioprine (HR: 1.55, p=0.038) and anti-TNF (HR: 2.28, p<0.001) were associated with the risk of UC-related hospitalization. Early hospitalization was not associated with a specific disease phenotype, however 46.2% of all colectomies were performed in the year of diagnosis.

Conclusions: Hospitalization and re-hospitalization rates are relatively high in this population-based UC cohort. Early hospitalization was not predictive for the later disease course.

98

AZ ORVOS-BETEG KOMMUNIKÁCIÓ ÉS TERÁPIAHŰSÉG JELENTŐSÉGE IBD-BEN (SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS)

Lakner L.¹, Gasztroenterológiai és Belgyógyászati Osztály, Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely¹

Bevezetés: A WHO adatai szerint a fejlett országokban a krónikus betegségek hosszú távú kezelése esetében az adherencia átlagos szintje mindössze 50%. Mivel a nem megfelelő terápiahűség elmulasztott esélyt jelent a terápia nyújtotta haszon kiaknázására, azaz kedvezőtlenebb betegség-kimenetelt okozhat, a jelenség megkülönböztetett figyelmet érdemel a gyulladásos bélbetegségben szenvedők ellátása során is.

Célkitűzés: Az áttekintés egyik célja az IBD-ben szenvedő betegek adherenciáját meghatározó tényezők feltárása, illetve a terápiahűség javítására a mindennapi gyakorlatban legalkalmasabbnak tűnő stratégiák ismertetése. Ezen túlmenően nem titkolt célunk a hazai adatok prospektív gyűjtésének és elemzésének ösztönzése.

Összefoglalás: Az előadás foglalkozik a Seligman által leírt „tanult tehetetlenség” modelljével; Billoud és Kane tanulmányai alapján az anti-TNF terápiahűség, valamint a European Health Literacy Survey kapcsán a beteg részéről az egészséggel kapcsolatos tudás kérdésével. Ismertetésre kerülnek még a beteg interakciókat érintő kommunikációs platformok („közös döntéshozatal” modellje, a „motivációs interview technika”, IBD Connect).

Fontos lenne a szisztémás gyógyszerek alkalmazásával kapcsolatos félelmekre, az adherencia, valamint az egészségügyi ismeretekre és az ismeretszerzés forrásaira vonatkozó hazai adatok - lehetőség szerint prospektív - gyűjtése és értékelése gyulladásos bélbetegségben szenvedők körében. Ez történhetne az említett IBD Connect program hatáselemzéseként, önállóan, vagy regisztrációs vizsgálat formájában. Kiinduláshoz támpontot nyújthatnak a jelenleg hazánkban is zajló nemzetközi interdiszciplináris program, az ALIGN vizsgálat közeljövőben nyilvánosságra kerülő adatai.

99

GASTROINTESTINÁLIS TUMOR SZŰRŐ PROGRAM-PROTOKOLL BEMUTATATÁSA CÉLZOTT BETEGCSOPORTON

Lantos A.¹, Papp D.², Lázár B.¹, Belák A.¹, Schumet P.¹, Hamvas J.¹, Takács R.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet I. Belgyógyászati¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet IV. Belgyógyászati²

Bevezetés A gasztrointesztinális neopláziák észlelésére alkalmazott megfelelő szűrőprogram hiánya szükségessé teszi a nagyobb prevalenciával rendelkező betegcsoportok szoros monitorozását. Korábban bemutatott retrospektív analízisünk igazolta, hogy antikoaguláció és trombocita aggregáció gátlás esetén megnő a gasztrointesztinális vérzés veszélye; a vérzés oka lehet gasztrointesztinális tumor. Az antithrombotikus terápiában részesülő betegek okkult vérzés és anaemizálódás irányú szűrése növelheti a korai stádiumban felismert daganatok számát.

Kutatás tervezet 50 év feletti, antikoagulációban és/vagy trombocita aggregáció gátlásban részesülő betegek okkult vérzés incidenciáját határozzuk meg prospektív, randomizált, kontrollcsoportos, keményvégpontú vizsgálatunkban. A gyógyszeres terápia kezdetekor, valamint a három hónappal későbbi kontroll alkalmával Weber, hemoglobint és vaspromot vizsgálatot végzünk. Pozitív Weber eredmény esetén gastroscopiát és colonoscopiát végzünk a vérzés etiológiájának megállapításához. A vizsgálatban frissen antikoagulált és/vagy trombocita aggregáció gátlásban részesülő betegek vesznek részt, akiknek anamnézisében nem szerepel vaspótlás, gasztrointesztinális vérzés vagy neoplázia. Tervezzük a PPI védelem mellett jelentkező

vérzések vizsgálatát is, feltételezve, hogy a csökkent gyomor nyálkahártya károsodás miatt ebben a betegcsoportban az okkult vérzés hátterében nagyobb arányban jelentkezik daganatos eredetű A vizsgálati csoport a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet I. és IV. belgyógyászati osztályának és ambulanciájának beteganyagából kerül ki.

Várt következtetés Antikoaguláció az addig larvált daganat vérzését okozhatja a beteg anaemizálódásával; az antikoaguláció mellett pozitív Weber vizsgálatot mutató betegek között nagyobb arányban kerül felismerésre gasztrointesztinális neoplázia, mint az átlag populációban. A pozitív eredményű betegek GI kivizsgálása segítheti a daganatok korábbi felismerését kezelését.

100

PATIENTS' EXPECTATIONS ABOUT COLONOSCOPY

László B.¹, Molnár L.², Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Székely H.¹, Sipos F.¹, Péter Z.¹, Kónya L.¹, Tulassay Z.¹, Herszényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Medibit Foundation, Budapest, Hungary²

Background: In practice there are a lot of differences in the quality of colonoscopy. Patients' opinion about the examination also belongs among the indicators of quality colonoscopy. Little is known about their expectations regarding the examination. Aims: To survey patients' expectations about colonoscopy and examine the degree of their state of anxiety.

Materials and methods: The survey was performed at the Endoscopic Unit of 2nd Department of Medicine, Semmelweis University. 150 patients were enrolled in the study: from them 123 patients (82%) filled the questionnaire (43 men, 80 women, mean age 45.8 years). The questionnaire, containing 29 questions, consisted of two parts: the first part was filled before colonoscopy, while the second part after the examination. Spielberger's STAI-S questionnaire has been used to compare patients' anxiety before and after colonoscopy.

Results: According to 75% of patients the most important expectation was getting detailed information before the examination. The preparation was the most unpleasant for them. 70% of patients were anxious, 83% felt strained before colonoscopy. The waiting time was less than 1 hour in 54% of cases and 1-2 hours in 29% of cases. 67% of patients considered that there was a friendly atmosphere in examination room and the communication, verbal assistance and support were appropriate. Sedation was performed in 90% of colonoscopies. Those, who had already undergone colonoscopy in another department, 60% of patients found it more tolerable in our Endoscopic Unit. 63% of patients considered that in addition to the written report the verbal information after the examination was adequate. The degree of anxiety significantly reduced from 45.8 points to 31.5 after colonoscopy ($P < 0.0001$).

Conclusions: According to our survey the most important expectation of patients is getting detailed information before colonoscopy. The bowel cleansing, pain and the waiting time were the most unpleasant for them. Majority of patients were anxious before colonoscopy but their anxiety scale significantly reduced after the examination.

101

KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKE GYERMEKKORI GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN

László N.¹, Nagy A.¹, Koráné Patkás C.¹, Karoliny A.¹, Gombos E.¹, Lőrincz M.¹, Gasztroenterológiai és Nephrológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkorház¹

A vékonybél kapszulás endoszkópos vizsgálatának leggyakoribb gyermekkori indikációja a gyanított vagy ismert Crohn betegség, ebben a betegcsoportban a vizsgálat diagnosztikus értéke 50-65%, szenzitivitása 80-90% a mucosalis laesiok felismerésében. A kapszulás endoszkópos vizsgálat az MR enterographia mellett segítséget nyújthat a betegség vékonybél kiterjedésének megítélésében, a diagnózis felállításában, a terápia hatékonyságának, műtéteket követő relapsusok megítélésében. Vizsgálatunk célja volt kórházunkban 2010. és 2014. márciusa között gyulladósos bélbetegség gyanúja miatt végzett kapszulás endoszkópos vizsgálatok adatainak retrospektív elemzése.

Eredmények: A fenti időszakban 33/58 gyermeknél (kor: 3-17, átlag: 11,5év) végeztünk kapszulás endoszkópos vizsgálatot gyanított vagy ismert Crohn betegség miatt. 13 esetben gyanított, 7 esetben ismert Crohn betegség, 12 esetben colitis ulcerosa, indeterminált colitis volt az indikáció. Az esetek 87%-ban (29/33) érte el a kapszula a coecumot

a vizsgálat ideje alatt, kapszula retentio egy gyermeknél alakult ki, a terminalis ileumot érintő, jelentős szűkületet okozó Crohn betegség miatt. A beteg bélszakasz és a kapszula műtéti eltávolítása történt. Gyanított Crohn betegség esetén 7/13 esetben az endoszkópos eljárások közül csak a kapszulás endoszkópos vizsgálatallal észleltünk Crohn betegségre utaló vékonybél elváltozásokat. A vizsgálat diagnosztikus értéke 58% (19/33) volt, terápia módosítás az esetek 67%-ban (22/33) történt a vizsgálatot követően. Esetenként a vizsgálat során látott elváltozások súlyossága (Lewis score) jó párhuzamot mutatott a betegség aktivitási indexével és a széklet calprotectin szintekkel.

A kapszulás endoszkópia hasznos eszköznek bizonyult gyermekkorban a vékonybél Crohn betegségének felismerésében és kezelésében.

102

ANALYSIS OF MICRORNA EXPRESSION IN BRUSH CYTOLOGY SPECIMENS AS A NEW DIAGNOSTIC TOOL IN PANCREATOBILIARY STRICTURES

Le N.¹, Nagy Z.¹, Burai M.², Tarpay Á.², Pozsár J.², Pap Á.², Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Bak M.³, Szmolá R.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², Department of Cytopathology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary³

Background & Aim. Benign and malignant pancreatobiliary strictures are in many cases clinically indistinguishable and present a major problem to gastroenterology specialists. Intraductal sampling procedures such as brush cytology are commonly used for diagnosis with a sensitivity that is unacceptably low for a diagnostic test used in daily clinical practice. MicroRNA (miR) alterations detected in many cancers are disease-specific, which can be utilized in clinical applications based on the stability of these small RNA molecules. The aim of the present study was to analyze whether determination of miR expression levels in brush cytology specimens is a feasible approach to improve the diagnosis of pancreatic or biliary cancer.

Methods. Brush cytology specimens from pancreatobiliary strictures have been collected during endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) prospectively (malignant: n=28; benign: n=9) and analyzed by routine cytology and ancillary miR assays. Total RNA including the small RNA fraction was extracted using the miRNeasy Mini Kit (Qiagen) and the expression of miRs frequently dysregulated in pancreatobiliary cancer (miR-21, miR-196a, miR-221) were analyzed by quantitative real-time PCR with TaqMan assays (Life Technologies) using RNU6B as internal control. Results. MicroRNAs are readily detectable in brush cytology specimens obtained during ERCP. Relative expression of miR-21 and miR-196a was significantly higher in both pancreatic ductal adenocarcinoma ($p=0.011$ and $p=0.0032$, respectively) and cholangiocarcinoma ($p=0.0006$ and $p=0.0002$, respectively) compared to controls.

Conclusions. The results offer the first direct demonstration that microRNAs can be detected from brush cytology specimens obtained during ERCP. If replicated on a large set of samples miRs have the potential of becoming biomarkers increasing the sensitivity of brush cytology in the detection of pancreatobiliary malignancies.

103

LONG-TERM FOLLOW-UP AND LATE RELAPSE RATE IN CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS WITH SUSTAINED VIROLOGICAL RESPONSE

Lombay B.¹, Szalay F.², Semmelweis Teaching Hospital, Department of St. Ferenc Hospital, Department of Medicine and Gastroenterology, Miskolc¹, Semmelweis University, I. Clinic of Medicine, Budapest²

Background: Sustained virological response (SVR) is defined as undetectable HCV RNA on week 24 after the end of antiviral treatment (EOT+24ws) in chronic hepatitis C (CHC) patients. It is known, that few of SVR patients (0.1-10%) have late virological relapse caused by not re-infection. Late confirmation of HCV RNA negative status is not obligatory by Hungarian HCV antiviral protocol.

Aim: We investigated the HCV RNA status of CHC subjects, who had negative PCR results on EOT+24ws before 2008. Patients and methods: We analyzed data of 48 CHC patients, who received standard or pegylated interferon and ribavirin therapy during 48 weeks from 2002 to 2008. Baseline parameters like age, sex and viral load, type of the early viral response on week 12 and dose reductions were also considered. We investigated the biochemical activity signs during

the long-term follow-up period. All RNA PCR assays were performed by Taqman (detection limit, DL under 12-15 IU/ml) from 2008; earlier EOT+24ws PCR assays (2003-2007) used qualitative HCV RNA methods (Cobas Amplicor HCV test v2.0, DL under <50 IU/ml). **Results:** Majority of the study population (83%) were HCV RNA negative at least five years after the successful antiviral treatment. We found detectable HCV RNA in eight patients (17%) and five of them had elevated liver enzyme levels in the long-term follow-up. Three of the late relapsers had normal ALT levels with very low viral load (VLVL<500 IU/ml). Baseline viral load was >400.000 IU/ml in all late relapsers and six of them had detectable HCV RNA on week 12. All eight HCV RNA positive subjects had qualitative PCR on EOT+24ws. No other relevancies were found in baseline and other parameters.

Conclusions: Late relapse rate is low in CHC patients with SVR, but less sensitive HCV RNA PCR qualitative methods may cause diagnostic failure. Maintenance of long-term follow-up and re-check the negative HCV RNA results is important in patients with elevated liver enzymes. Taqman method is an appropriate PCR assay for the verifying of long-term negative HCV RNA status. It is questionable that patients with VLVL and normal liver function tests are required for a new antiviral treatment.

104

JÓ ANAMNÉZIS, FÉL DIAGNÓZIS! - INTRAUTERIN FOGAMZÁSGÁTLÓ ESZKÖZ ÁLTAL OKOZOTT ACTINOMYCOSIS.

Lőrinczy K.¹, Varsányi M.¹, Szentpétery L.², Csonka S.³, Pomizs I.³, Sándor J.⁴, Kovács R.⁵, Pálkás D.¹, Tolmácsi B.¹, Visnyei Z.¹, Schäfer E.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest¹, Invazív Radiológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest², Általános Sebészeti Osztály II. Th., Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest³, Radiológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest⁴, Patológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest⁵

Az *Actinomyces israelii* gombás fertőzést utánzó, krónikus gennyedést okozó baktérium. A kórokozó által kiváltott gyulladásra jellemző, hogy szabad szemmel is látható aggregátumok, ún. „kényszemcsék” jelennek meg.

Az *Actinomyces* az emberi tápcsatorna, légutak és a hüvely kommenzális lakója. Az invázió feltétele a szövetek sérülése és a negatív redoxpotenciál, amely keringési zavar vagy más fertőzés kapcsán alakul ki. Klinikai megjelenési forma szerint megkülönböztetünk cervicofacialis, bőr, mellkasi, hasi és kismencedei formát. A kismencedei actinomycosis kialakulása általában a pessariumok és az intrauterin fogamzásgátló eszközök elhanyagolásának következménye.

A 49 éves nőbetegét lázasan, súlyos anemiával, szeptikus állapotban vettük fel osztályunkra. Hozott CT-n multiplex mellkasi, hasi, kismencedei körülről elváltozások voltak. A beteg kórelőzményének pontos felderítése során megtudtuk, hogy IUD-t (intra uterin device/eszköz) visel 11 éve. Nőgyógyászati vizsgálat során az eszközt eltávolították, ex juvantibus parenterális ciprofloxacinnal terápia indítottunk. A beteg ezt követően is többször volt lázas, emiatt ismételt haemokultúrákat vettünk le. Tekintettel a hozott hasi CT leletére a köldök subcutan rétegében lévő cisztózus képlet UH vezérelt mintavételét követően drainage történt. Másnapra a vezetéken igen bűzös (székletszagú) váladék ürült, a beteg ismét lázas lett. Hasi CT-enterográfián a nagyméretű drainált tályog mellett az ovariumokat és az uterus-t is érintő kóros szövetszaporulat volt látható a kismencedében. A bal ovariumban lévő levegős buborékok felvetették, hogy az elváltozás a vastagbéllel összeköttetésben áll. A mellkasi CT-n a tüdőben lévő secunder góccal mellett pericardialis és mellüri folyadékot is igazolt. A felmerült kiterjedt tumor, esetleg infekció tisztázására exploráció mellett döntöttünk. Műtét során multiplex hasüri tályogokat tártak fel (colon transversum és a hozzá kapcsolódó cseplesz granulomák elváltozása actinomycosis lehetőségét vetette fel). Hartmann resectio, vékonybélresectio történt, ileostoma képzéssel. Szövettani vizsgálat actinomycosist igazolt. A beteg stomazárását tervezik, panaszmentes.

Hasi actinomycosis malignus kórképeket is utánozhat, sok esetben differenciál-diagnosztikai problémákat vet fel, melyeket az eset kapcsán ismertettünk.

105

INCIDENCE RATES AND DISEASE COURSE OF PEDIATRIC INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN WESTERN HUNGARY BETWEEN 1977-2011

Lovász B.¹, Lakatos L.², Horváth Á.³, Pandúr T.², Erdélyi Z.², Balogh M.⁴, Szipocs I.⁵, Végh Z.², Veres G.⁶, Golovics P.¹, Kiss L.¹, Mandel M.¹, Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Pediatrics, Csolnoky F. Province Hospital, Veszprem, Hungary³, Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary⁴, Department of Medicine, Municipal Hospital, Tapolca, Hungary⁵, 1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁶

Background and aims: Limited data are available on pediatric inflammatory bowel diseases in Eastern Europe. Our aim was to analyze disease characteristic in the population-based Veszprem province database between 1977-2011.

Methods: 187 (10.5%, ulcerative colitis/Crohn's disease/undetermined colitis: 88/95/4) of 1565 incident patients were diagnosed with a pediatric onset in this population-based prospective inception cohort.

Results: The incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis increased from 0 and 0.7 in 1977-1981 to 7.2 and 5.2 in 2007-2011 per 100.000 person years. Ileocolonic location (45%), inflammatory disease behaviour (61%) was the most frequent, in Crohn's disease, while azathioprine use was frequent (66%) and surgical resection rates were high (33% at 5 years) in pediatric-onset cases. In ulcerative colitis, 34% of patients were diagnosed with extensive disease, with high rates of disease extension (26% and 41% at 5 and 10 years), fulminant episodes (19.3%) and systemic steroid use (52.3%). The cumulative rate of colectomy rate was low (6.9%).

Conclusions: The incidence of pediatric inflammatory bowel diseases has rapidly increased in the last three decades in Western Hungary. Ileocolonic disease and need for azathioprine were characteristic in pediatric Crohn's disease, while pediatric onset ulcerative colitis was characterized by extensive disease and disease extension while the need for colectomy was low.

106

GIST MIATT VÉGZETT GOMBLYUK BIOPSZIA SZÖVŐDMÉNYES ESETE

Lupták O.¹, Hamvas J.¹, Takács R.¹, I. Belgyógyászati Osztály-Gasztroenterológia, Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest¹

Bevezetés A gastrointestinalis stroma tumorok (GIST) a tápcsatorna leggyakoribb kötőszöveti daganatai, az esetek többségében (50-70%) a gyomorban fejlődnek ki. A pontos diagnózis felállításához a szokványos endoszkópos vizsgálatok mellett az endoszkópos ultrahang (EUH) is elengedhetetlen, melynek során finomtűbiopsziás citológiai vizsgálatra is sor kerülhet. Szövettani feldolgozásra alkalmas minta vételére a bite-in-bite biopszia és a gomblyuk- (kulcslyuk-) biopszia ad lehetőséget.

Esetünkben a 67 éves férfi betegnél hasi fájdalom miatt korábban más intézetben gastroscopiával észlelt és ambulanciánkon EUH-val diagnosztizált gyomor GIST esetében a kiterjedés alapján malignus átalakulás lehetősége miatt EUH-FNAB és gomblyuk biopszia lehetőségeit mérlegelve az utóbbi elvégzése mellett döntöttünk a szövettani minta pontosabb differenciáldiagnosztikai lehetősége miatt. A beavatkozás során a gyomor corpusának orális harmadában, a fornix határon, a kisgörbület mellősi fal szegletében kb. fűrtojásnyi (30,6x16,2mm-es), polypoid, ép nyálkahártyával borított terime volt látható. A képlet tengelyével párhuzamos hosszanti bemetszés történt, mely után a distalis csúsból hirtelen spriccelő vérzés indult, amelyet Epinephrine (Tonogen®) oldattal injektálással csillapítottunk, majd a biopsziák elvégzése után 5 hemoklipet helyeztünk fel a metszésvonalra, melynek hatására a vérzés megszűnt. A vizsgálat után a szubintenzív részlegen történt observatio első pár órájában átmeneti, de keringésmegingató masszív hematochesiát észleltünk. Parenterális hemostrikticus, kolloid infúziós valamint FFP terápia kezdődött, és kezdeményeztük a további sebészeti osztályon történő observatiót. Ennek során hemostrikticus kezelés mellett aktív vérzése megszűnt, hemostatusa transzfúzióval rendezhető volt, acut műtét nem vált szükségessé. Osztályunkra visszavéve ismételt vérzés nem jelentkezett, kontroll gastroscopia során a gomblyuk biopszia helyén gyógyuló fekélyt láttunk, vérzésforrást nem észleltünk. A szövettan negatív eredményt adott, daganat nem igazolódott, így későbbiekben ismételt vizsgálatként a betegnél EUH-FNAB-t végeztünk, ennek citológiai eredménye folyamatban van.

Összefoglalás: GIST gomblyuk biopszia súlyos vérzéses szövődménye ritka. Kialakulása esetén az endoscopia során azonnal elvégzett vérzéscsillapítás és definitív endoscopos ellátás megfelelő subintenzív jellegű postintervenciós megfigyeléssel kiválthatja az akut sebészeti beavatkozást.

107

TRAINING OF PERORAL ENDOSCOPIC MYOTOMY (POEM) IN A SURVIVAL PORCINE MODEL

Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Dept. of Gastroenterology Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Ltd's Endoscopic Unit, Kecskemét, Hungary¹

Introduction: Peroral endoscopic myotomy (POEM) has been introduced from a technique of natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) as a minimally invasive and safe endoscopic procedure for the therapy of esophageal achalasia. However, due to the relatively low incidence of achalasia in the general population, the potentially serious complications and the technically demanding procedure, proper training has a critical importance. Our study aim was to trial animal model for training as to improve the initial learning curve for POEM.

Methods: We applied a survival porcine model for training in POEM, since this is the most appropriate animal model due to its anatomy being quite similar to that of humans. A standard forward-viewing diagnostic gastroscope (Olympus EXERA II GIF-Q180) was used for the POEM procedure. An oblique cap (MH-588; Olympus) was attached and securely fixed at the tip of the endoscope. Endoscopic CO₂ insufflation with a controlled gas feed of 1.2 L/min was applied for reducing the risk of mediastinal emphysema. A high-frequency electrosurgical energy generator (VIO 300D; ERBE) that has a spray coagulation mode with noncontact tissue was used (endocut mode Q, effect 3, and spray coagulation mode, effect 1, 60 W) for mucosal incision, submucosal dissection and myotomy. For final closure of the mucosal entry site, hemostatic clips (EZ-CLIP, HX-110QR; Olympus) were applied.

Results: All 10 POEM procedures were successful and made by two experienced interventional endoscopist (ML and SZA) on 5 separate occasions. 10 female, 50-60 kg-s of weight pigs were operated under general anesthesia, with intratracheal intubation in a supine position. The mean length of procedure (LOP) was 76 ± 31 minutes. The mean myotomy length was 12 cm (range, 8-18 cm). As our experience progressed, the means of the LOP per centimeter myotomy and variability decreased as follows: first day, 8 ± 6 minutes; second, 6 ± 5 minutes; third, 5 ± 3 minutes; fourth, 4 ± 2 minutes; and fifth, 3 ± 2 minutes. There were 7 pigs with capnoperitonium resolved by Veress needle decompression and another three with bilateral capnotheraces that were associated with hemodynamic instability and death in two. No postoperative bleeding or other complication was detected in the remaining 8 pigs. **Conclusions:** POEM training on survival porcine models proved to be useful to improve the initial learning curve and to diminish complications for POEM. Therefore we strongly suggest porcine model training before the performance of POEM in humans. (Thanks for the technical support by Anamed LTD, and ERBE-MED LTD Hungary, and Foundation of Kozma and Damján. Also many thanks for expert opinion supports by Martinek J and Schoeffl R.)

108

QUESTIONNAIRE-BASED RISK-ASSESSMENT AND SCREENING FOR VIRAL HEPATITIS IN A COUNTY HOSPITAL IN HUNGARY

Magyarosi D.¹, Haragh A.¹, Makara M.², Szinku Z.¹, Újhelyi E.², Varga M.³, Hunyady B.¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia osztály¹, Fővárosi Szent László Kórház, Budapest², Dr. Réthy Pál Kórház, Gasztroenterológia osztály, Békéscsaba³

Introduction. Less than half of people infected with hepatitis B or C viruses (HBV, HCV) are aware of their infection, which may be recognized at many cases only in advanced stage of related liver diseases (cirrhosis and/or cancer). **Aims and methods.** Prevalence of HBV/HCV infections, and applicability of a 17-point hepatitis risk-assessment questionnaire (HRAQ) have been analyzed in a voluntary screening program in 1388 in- and outpatients and 192 healthcare workers (HCW) of Somogy County Kaposi Mór Teaching Hospital based on parallel HBsAg and anti-HCV serology. None of them were previously aware of such infections. HRAQ included questions for family history, transfusion, surgery, drug use, tattooing, alcohol

consumption, occupation, known liver disease, liver related laboratory abnormalities, haemodialysis, symptoms of liver diseases (bloating, jaundice, right upper quadrant abdominal pain). PCR tests for actual viremia have been performed in serology positive cases. The study was approved by local and central ethics committees.

Result. 900 high risk (HR) and 680 low risk (LR) individuals have been identified based on HRAQ. Prevalence of HBsAg or anti-HCV positivity amongst HR versus LR individuals were 8/900 (0,89%) versus 2/680 (0,29%), or 22/900 (2,44%) versus 7/680 (1,03%), respectively, making a prevalence of either infections 39/1580 (2,45%), with a 2.5 fold higher prevalence in HR versus LR individuals (3,33% versus 1,32%, respectively). Four of 192 (2,08%) HCW were found positive for anti-HCV, all regarded as LR by the HRAQ. Six of 10 (60%) HBsAg and 19/29 (66%) anti-HCV positive individuals have been found positive for HBV DNA and HCV RNA, respectively. However, 13/19 of HCV RNA positive individuals did not qualified for interferon-based therapy due to already advanced disease or other contraindications.

Conclusions. Low risk of HBV or HCV by HRAQ does not completely exclude these infections, but its negative predictive value reached 98,8%. Combined prevalence of HBV or HCV was higher in screened in- and outpatients as well as in HCWs than of published prevalence in healthy blood donors (2,47% versus 1,2%; 1,84% versus 0,7% for HCV alone). Positive HBsAg or anti-HCV was predictive for actual viral infection. **Acknowledgements.** Authors wish to acknowledge Foundation for Liver Diseased Patients (Budapest), Foundation for Kaposi Mór County Hospital (Kaposvár), Endoprogess Foundation (Pécs), Roche (Hungary) Ltd, and Gyóriné Korom Viktória.

109

GENETIC OR ACQUIRED CFTR LOSS-OF-FUNCTION EXACERBATE ALCOHOLIC PANCREATITIS

Maléth J.¹, Pallagi P.¹, Kemény L.¹, Balla Z.¹, Kui B.¹, Balázs A.¹, Judák L.², Németh I.³, Rakonczay Z.¹, Venglovecz V.², Földesi L.⁴, Áron S.⁵, Borka K.⁵, Doranda P.⁶, Lukacs G.⁶, Gray M.⁷, Monterisi S.⁸, Zaccolo M.⁸, Lerch M.⁹, Sahin-Tóth M.¹⁰, Hegyi P.¹, First Dept. of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged³, Department of Laboratory Medicine, University of Szeged, Szeged⁴, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁵, Department of Physiology McGill University, Montréal, Canada⁶, Institute for Cell & Molecular Biosciences, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK⁷, Department of Physiology, Anatomy and Genetics, Oxford University, Oxford, UK⁸, Department of Medicine A, University Medicine Greifswald, Greifswald, Germany⁹, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA¹⁰

Introduction. Excessive ethanol consumption is one of the most common causes of acute and chronic pancreatitis. It is also documented that genetic defects of CFTR can lead to pancreatitis, however the effects of alcohol consumption on CFTR function in the pancreas is not known.

Aims. Our aim was to investigate the role of CFTR in the pathogenesis of alcohol- induced pancreatitis. **Materials & methods.** The effects of ethanol, fatty acids and fatty acid ethyl esters on CFTR function and expression were examined in human (volunteers, patients and cell lines) and in animal models (guinea pigs and CFTR-/- mice).

Results. Sweat chloride concentration was increased in alcohol intoxicated patients but not in healthy volunteers, indicating impaired CFTR function. Loss of CFTR expression was found in pancreas specimens from patients with acute or chronic alcohol-induced pancreatitis. In functional studies, we detected strong inhibitory effects of alcohol and fatty acids on CFTR activity and HCO₃-secretion in pancreatic ductal epithelial cells. The inhibition was mediated by intracellular calcium overload, decreased cellular cAMP levels and ATP depletion. We reproduced the alcohol-induced decrease in CFTR expression in cultured pancreatic epithelial cells and in vivo in guinea pigs, which was caused by a combination of reduced CFTR mRNA levels, decreased cell surface stability and folding defect of CFTR. Finally, genetic deletion of CFTR lead to more severe pancreatitis in CFTR knock-out mice induced by ethanol and fatty acids.

Conclusion. The findings indicate that alcohol-induced loss of CFTR function is critical in the development of alcoholic pancreatitis;

therefore, correcting CFTR function should offer therapeutic benefit. Our research was supported by the Hungarian National Development Agency grants (TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0035, TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052; TÁMOP-4.2.2.A11/1/KONV-2012-0073; TÁMOP-4.2.4.A2-11-1-2012-0001, TÁMOP-4.2.4.A2-SZJÓ-TOK-13-0017), the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA NF100677).

110 PRODUCTIVITY LOSS AND WORK DISABILITY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES IN HUNGARY IN THE ERA OF BIOLOGICS

Mandel M.¹, Bálint A.², Lovász B.¹, Golovics P.¹, Farkas K.², Kürti Z.¹, Szilágyi B.¹, Mohás A.¹, Molnár T.², Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Background and aims: To assess work disability (WD) and disability pension (DP) rates in a referral inflammatory bowel disease (IBD) involving patients with Crohn's disease (CD) or ulcerative colitis (UC) cohort and to identify possible clinical or demographic factors associated with WD. **Methods:** Data from 443 (M/F: 202/241, CD/UC: 260/183, median age: 34 (CD) and 41 (UC) years, biological drug exposure 31.2%/11.5%) consecutive patients were included UC. WD data were collected by questionnaire and the Work Productivity and Activity Impairment (WPAI) instrument. Disability pension (DP) rates in the general population were retrieved from public databases.

Results: Among employed patients, absenteeism and presenteeism was reported in of 25.9% and 60.3% patients, respectively, leading to a 28% loss of work productivity and a 32% activity loss, and was associated with disease activity and age group. Average cost of productivity loss due to disability and sick leave with human capital approach was 1450 and 430 €/patient/year, respectively (total indirect cost 1880 €/patient/year). The overall DP rate in this referral population was 32.3%, with partial disability in 24.2%. Of all DP events, 88.8% were directly related to IBD. Overall, full DP was more prevalent in IBD (RR:1.51, p<0.001) and CD (RR:1.74, p<0.001) but not in UC compared to the general population and in CD compared to UC (OR: 1.57, p=0.03). RR for full DP was increased only in young CD patients (RR<35 year olds: 9.4; RR36-40 year olds: 9.4 and 5.6, p<0.01 for both). In CD, age group, previous surgery, disease duration, frequent relapses, and the presence of arthritis/arthritis was associated with an increased risk for DP.

Conclusion: Work productivity is significantly impaired in IBD and is associated with high productivity loss and indirect costs. Risk of DP was highly increased in young CD patients (six to nine fold). Previous surgery and presence of arthritis/arthritis was identified as risk factor for DP.

111 AZ ADALIMUMAB HATÁSOSAN TARTJA FENN A REMISSZIÓT COLITS ULCEROSABAN – 4 ÉVES KÖVETÉSEK VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI - (COLOMBEL ÉS MTSI.; 9. ECCO KONFERENCIA, KÖPPENHÁGA, P571)

Miheller P.¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika¹

Előzmény: Korábbi klinikai vizsgálatok (ULTRA 1 és 2) igazolták, hogy az adalimumab (ADA) alkalmas remisszió indukciójára és fenntartására közepes és súlyos colitis ulcerosában (UC). Colombel és mtsi. az előző vizsgálatok kiterjesztésében (ULTRA 3) tanulmányozták a nyílt ADA kezelés hosszú távú remissziót és nyálkahártya-gyógyulást fenntartó hatását, illetve a kezelés biztonságosságát.

Betegek és módszerek: Az ULTRA 1 és 2 vizsgálatokból 588 beteget léptettek át 52 kezelési hét után az ULTRA 3 vizsgálatba (n=588). A duplavak elrendezésben ADA-bal (n=71) vagy placeboval (n=54) kezelt, valamint a nyílt elrendezésben két hetente 40mg/2 hét ADA-bal (n=322) kezelt betegek az átlépést követően 40mg/2hét ADA kezeléssel folytatták a vizsgálatot, míg a heti 40mg ADA-t (n=141) kapó betegek ezt a fenntartó kezelést kapták. A dózis-sűrítés, a párhuzamos immunszuppresszió és szteroid alkalmazás vagy elhagyás megengedett volt. A remissziót a partialis Mayo score≤2 (és minden subscore≤1) értékkel definiálták. A követési idő az ULTRA3 vizsgálatban 156 hét, míg a teljes vizsgálati programra nézve 208 hét volt.

Eredmények: 4 év kezelés után partialis Mayo score alapján az ULTRA3 vizsgálatba átlépett ITT populáció (n=588) 46.4%-a, míg a vizsgálatba való belépéskor ismertén 40mg/2 hét ADA kezelésben

részesülők (n=447) 41.8%-a volt remisszióban. Az ULTRA 3 vizsgálat kezdetekor az ITT populáció (n=588) 69.6%-ában, míg a vizsgálat végére 50.7%-ánál találtak nyálkahártya-gyógyulást. A teljes Mayo score alapján a vizsgálatba remisszióban belépő betegek (n=242) 78.5%-a (ha a kieső betegeket az utolsó teljesült viziten mutatott állapotuk alapján értékelték) ill. 63.5%-a (ha csak a teljes vizsgálatot remisszióban befejező betegeket tekintettük respondernek) mutatott remissziót a vizsgálat végén. A betegek 26.8%-ában volt szükség dózisémelésre (120/447). Három betegnél alakult ki B-sejtes lymphoma (mindhárom dohányos és korábban vagy aktuálisan is azathioprin szedő volt), egy-egy betegnél volt halálhoz vezető kardialis-, vagy légzési betegség.

Összefoglalás: Közepes vagy annál súlyosabb UC-ban 4 éven át adott ADA kezeléssel a klinikai remisszió és a nyálkahártya-gyógyulás hosszú távon (4 év) fenntartható. A nem kívánt események aránya egységnyi kezelési időre vetítve a nyílt fenntartó kezelési fázisban kevesebb volt, mint a duplavak fázisban. Újkeletű biztonságossági probléma a hosszú távú kezelés mellett nem merült fel

112 CORRELATION BETWEEN THE CLINICAL, ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL ACTIVITIES OF ULCERATIVE COLITIS

Milassin Á.¹, Farkas K.¹, Szepes Z.¹, Szűcs M.², Nyári T.², Nagy F.¹, 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

Background. The assessment of ulcerative colitis (UC) activity is based on a combination of symptoms, clinical examination and endoscopic finding. The most important goals of the recent therapies of UC are to induce and maintain clinical remission and to achieve mucosal healing. Mucosal healing is defined as Mayo endoscopy subscore of 0 or 1 in the majority of the studies. Interestingly, rate of endoscopic remission has been shown to be higher than that of clinical remission in some trials. The aim of our study was to evaluate the correlation between clinical and endoscopic disease activities of UC defined by activity scores.

Methods. Clinical activities were defined by two activity indices: the Rachmilewitz Activity Index (CAI) and the partial Mayo score. Every patient underwent colonoscopy performed by 3 experienced gastroenterologists and endoscopists. They graded the findings both according to the endoscopic part of the Rachmilewitz Activity Index (EI) and the Mayo endoscopic subscore. Mucosal healing was defined as Mayo endoscopic subscore and EI of 0. Histological activity was scored by Riley score.

Results. 100 UC patients were enrolled in the study (49 males, 51 females; mean age at diagnosis: 32.5 years). They were diagnosed on the basis of standard clinical, endoscopic and histologic criteria. Clinical and endoscopic activities showed strong correlations using both scoring systems (p=0.0029 and p=0.0001). Endoscopic disease activity also correlated with the histological activity (p≥0.001). Significant correlation was shown between the clinical activity and mucosal healing (p=0.0012 and p≥0.001). No association was showed with the extension of the disease and clinical or endoscopic activity.

Conclusion. Assessment of mucosal healing is very important for guiding therapy and for evaluation of remission in patients with UC. Our result showed that the correlation between the clinical, endoscopic and histological activities is very good in UC. Mucosal healing highly associated with clinical remission.

113 A NEW NON-INVASIVE METHOD FOR DETECTING EXOCRINE PANCREATIC DYSFUNCTION

Móga M.¹, Csefkó K.¹, Balla E.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Varga M.¹, Gastroenterology, dr Rethy Pal Hospital, Békéscsaba¹

Introduction: a common sign of exocrine pancreatic dysfunction is the primary or consequential change of exocrine pancreatic secretion in many diseases. Currently only invasive methods are available for testing remaining exocrine function in chronic pancreatic disease, this however is usually stressful for the patient. Objectives: to develop a simple, new, non-invasive method, which can easily be repeated and correlates well with the remaining exocrine pancreatic function. Such is the C13 starch breath test, also known as the cornflakes test. By using this test at our clinic, our goal was to determine whether exocrine pancreatic dysfunction was perhaps causing the diverse,

heterogenous symptoms that some of our patients were presenting with.

Patients and Method: basic information (gender, height, weight) and 100 grams of plain cornflakes are needed to perform the test. The patient is told to consume 100 grams of cornflakes after taking a preprandial breath test, then repeat the test 6 times, or every 30 minutes over the period of 180 minutes total. Results were acquired with the help of the IRIS-13C-Breath Test System. During the time period between 2009 July and 2014 February 69 successful starch breath tests were completed and data was analysed retrospectively. The symptoms that prompted testing were diverse and non-specific, for example recurring cramping or dull abdominal pain, bloating, feeling of fullness and weight loss despite of unchanging appetite. Organic causes were ruled out each time. We witnessed proper absorption in 40 patients, while in 29 patients (7 men, 22 women) a flat curve indicated an abnormal result or exocrine pancreatic dysfunction. Out of 29 patients both an abdominal ultrasound and pancreas MRI was performed on 14, during which the radiological image also showed the pancreas to be diseased and atrophic.

Results: the test is very simple, cost-effective, non-invasive, can be repeated, does not put stress on the patient and last but not least is inexpensive! Pancreatic dysfunction should always be considered if a patient presents with unspecific abdominal symptoms, digestive problems or weight loss and the C13 starch breath test described above should also be performed. Patients who have been identified in this way may experience a significant increase in quality of life with proper enzyme replacement therapy.

114

CATHETER RELATED BLOODSTREAM INFECTION IN A PATIENT WITH SHORT BOWEL SYNDROME

Mohai C.¹, Kovács I.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹

Introduction: Among the complications of the treatment of short bowel syndrome, the most serious is considered to be sepsis, the catheter related bloodstream infection (CR-BSI). While diarrhoea, metabolic alterations and depletion-related conditions can be solved with relative ease, CR-BSI can necessitate repeated hospitalisation and cannula-replacement. Aside from professional handling of the proper tools, patient education is also an important factor in the avoidance of infection.

Case report: From the anamnesis of the 54 year-old male patients, a knifing caused liver injury and a Hartmann procedure due to sigma diverticulitis and perforation in 2011 must be mentioned. In January 2013, multiple operations were necessitated due to stitching inadequacy following small intestine injury arising from abdominal herniotomy. Finally, both ends of the small intestine were attached to the stomach wall. After successful treatment of MRSA infection he was transferred to the internal medicine department, then, from there, following successful treatment this time of fungal sepsis, he was transferred again for home treatment. After a few weeks, a cannula exchange was necessitated by ESBL-producing *Klebsiella* followed by fungal sepsis. The reconstructive surgery was scheduled for September 2013, following which he was able to leave the hospital, cured.

Conclusions: Based on our current circumstances and limited experience, it appears that it is not only patient education, but also the proper selection of tools and their use according to guidelines which are important factors in the avoidance of infections.

115

SHORT AND MEDIUM TERM EFFICACY OF ADALIMUMAB IN ULCERATIVE COLITIS – A MULTICENTRE, PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Molnár T.¹, Bálint A.¹, Szűcs M.², Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Farkas K.¹, Bor R.¹, Lakner L.³, Palatka K.⁴, Miheller P.⁵, Csontos A.⁵, Hegede G.⁶, Horváth G.⁷, Rácz I.⁸, Vincze Á.⁹, Lakatos P.¹⁰, Golovics P.¹⁰, Gábor Z.⁷, Juhász M.⁵, Zsigmond F.¹¹, Wittmann T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged², Teaching Hospital Markusovszky, Szombathely³, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen⁴, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest⁵, 1st Department of Medicine, Sándor Péterfy Hospital, Budapest⁶, Department of Gastroenterology, Semmelweis Health Center, Miskolc⁷, 1st Department of Medicine, Petz Aladár Hospital, Győr⁸, 1st Department of Medicine, University of Pécs, Faculty of Medicine, Pécs⁹, 1st Department of Medicine,

Semmelweis University, Budapest¹⁰, Department of Internal Medicine, National Medical Center, Budapest¹¹

Introduction. Adalimumab is a relatively new therapeutic option in ulcerative colitis (UC). After the ULTRA trials only a few data have been published from the real clinical practice. The aim of this study was to prospectively follow the disease course in adalimumab-treated UC patients in Hungary. Primary endpoints were the remission and response rates at week 12 and 30; while secondary endpoints were the changes of C-reactive protein (CRP) levels and the clinical symptoms during the therapy.

Patients and methods. 56 patients who were treated with adalimumab at 10 tertiary Hungarian IBD centres were prospectively enrolled from May 2013 [male/female: 32/ 24; mean age: 41.9 years (in range: 21-68 years)]. 69.6% of the patients previously received infliximab therapy. Switch to adalimumab in these patients was due to loss of response or intolerance. Clinical data, partial Mayo (pMayo) score and CRP levels were collected at the beginning of adalimumab therapy, at week 12 and at week 30. Colonoscopy was performed before drug administration. Endoscopic Mayo subscore was used to assess the mucosal activity. Clinical remission was defined as ≤ 2 points in pMayo score; response to adalimumab was specified as decreasing 3 or more points.

Results. Adalimumab induction was administered at doses of 160 mg and 80 mg at week 0 and week 2. The mean value of Mayo score at the beginning of adalimumab therapy was 9.7 points. The mean values of pMayo subscores and CRP were 6.7 points, 14.2 mg/l at week 12, and 2.3 points, 7.2 mg/l at week 30, respectively. CRP levels and pMayo subscores decreased significantly at week 12 ($p=0.004$, $p<0.001$), while at week 30 only the decrease of pMayo subscore remained significant ($p<0.001$). Remission, response and non-response rates were 23.2 %, 75%, and 23.2% at week 12 and 54.5%, 81.8% and 18.2% at week 30. However, no significant difference was detected in the remission, response and non-response rates neither between week 12 and week 30 ($p=0.264$) nor between patients previously treated with biologicals or naive to them. Adalimumab therapy needed to be discontinued in 6 subjects.

Conclusion. Our results suggest that adalimumab is an effective drug for the induction of remission and for the maintenance therapy of UC.

116

MALNUTRITION SCREENING IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS

Molnár A.¹, Csontos Á.², Kovács I.³, Török É.⁴, Miheller P.², School of PhD. Studies of Semmelweis University, Pathological Sciences, Health science research, Budapest, Hungary¹, Semmelweis University, 2nd Department of Medicine, Budapest, Hungary², Hungarian Dietetic Association, Budapest, Hungary³, Semmelweis University, 1st Department of Surgery, Budapest, Hungary⁴

Introduction: According to current guideline, all IBD patients should be screened regularly for malnutrition with a validated tool (focusing on BMI, weight loss and food intake). In a previous screening study conducted in hospitalized patients ($n = 1252$) malnutrition was observed up to 20% using the body mass index (BMI) calculation, while it was high as 40% according to the validated malnutrition universal screening tool (MUST). We hypothesised that even MUST is not the sufficient method to evaluate the risk of malnutrition of an IBD patient.

Patients and methods: 173 consecutive IBD (126 with Crohn's disease – CD and 47 with ulcerative colitis – UC) patients were enrolled into the study. Body composition was measured by InBody 720 body analyser device, using the bioelectrical impedance method. BMI and MUST were also calculated and compared to main results of BIA (skeletal muscle mass - SMM and body fat mass - BFM).

Results: Rate of malnutrition in IBD patients was detected in 16%, 32% and 44% in patients using BMI, MUST and BIA, respectively. Almost half of the CD patients have a high risk of malnutrition based on the BIA parameters (48%), while it was lower using the MUST criteria (34%) or the simple BMI calculation (17%). Highest risk of malnutrition was detected in stenosing CD patients (57%, 43% and 29% with BIA, MUST and BMI, respectively). High portion of CD and UC patients was underweight (48% vs. 34%). Fat tissue deficiency was more pronounced in CD than in UC (52% vs. 23%), even in patients with stenosing disease phenotype (57%).

Conclusion: BMI calculation is not the appropriate method to estimate the risk of malnutrition in IBD patients. MUST score calculation is able to detect a higher portion of endangered subjects.

However the availability is not as wide as it should be, the BIA method is the most accurate test to evaluate the risk of malnutrition. Moreover, it is a useful tool to plan the dietary therapy of the patients.

117 SYSTEMATIC, ROBUST, REVERSIBLE GENE METHYLATION PRECEDE SPORADIC, RANDOM GENETIC MUTATIONS IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CANCER DEVELOPMENT

Molnár B.¹, Péterfia B.², Patai Á.¹, Kalmár A.², Valcz G.², Galamb O.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis University, 2nd Dept. of Medicine¹, Hungarian Academy of Sciences, Molecular Medicine Research Group²

Background: Adenoma-dysplasia- colorectal cancer (ADC) development is determined by sequential, random and sporadic (<45%) mutations. Methylation of selected genes occurs in high frequency (>95%) in early stages of cancer already. Aims: Reevaluation of the role of epigenetic and genetic alterations in the colorectal adenoma-dysplasia-cancer development using new generation sequencing and methylation arrays.

Materials and methods: DNA samples were investigated by a sequencing and a methylation panel (20 normal colon mucosae; 33 adenomas, 17 adenocarcinomas). 12 selected genes frequently affected in colon cancer were sequenced (APC, BRAF, CTNNB1, EGFR, FBXW7, KRAS, MSH6, NRAS, PIK3CA, SMAD2, SMAD4, TP53). Further methylation analysis of 94 genes was performed on a colorectal cancer methylation array (Qiagen, Germany) using the same DNA and specimen. Whole genomic mRNA expression analysis was applied on tissue the specimen and on HT29 cells with and without 5-aza-deoxycytidine treatment.

Results: The average number of mutations found in mutated samples was 1; 1,8; 1,9 and 2,3 in low grade adenomas, high grade adenomas, carcinomas and serrated adenomas respectively. The only mutation found in normal samples was a germ line APC mutation. The APC suppressor gene was mutated in adenomas more frequently than in carcinomas (36% vs. 24%). The most frequently mutated genes were APC, TP53 and KRAS with 36%, 18% and 26% frequencies in adenomas and 24%, 47% and 45% frequencies in carcinomas. Methylation was found in 100 % of the investigated colorectal adenoma, cancer specimen. The number of genes that were methylated in all of the of the cases was 8. This genset included SFRP1, MAL, SLIT2, SST, VIM, another set of genes (DKK1, SLI3, TMEFF2) was found hypermethylated in adenomas and cancer in >75% of the cases. In adenomas 56 genes, in dysplasias 40 in cancer 37 genes were methylated (>50% of the cases). The effect of methylation could be confirmed by decreased mRNA expression for the selected genes. Demethylation treatment successfully restored the expression profile of the top methylated genes in parallel.

Conclusion: Methylation occurred in early premalignant stages in parallel (>95%), that was followed by somatic random mutations random (<50%) in increasing number of ADC development. Epigenetic alterations precede and underly the somatic mutations of the ADC development and have higher significance in CRC development than genetic changes.

118 A BOSTON BÉLTISZTASÁGI SKÁLA ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK A NAPI KOLONOSZKÓPOS GYAKORLATBAN

Molnár M.¹, Lestár A.¹, Nagyné Budai N.¹, Föhrész E.¹, Varga Róbertné I.¹, Tóth A.¹, Fodorné Keszler A.¹, Székely A.¹, Székely I.¹, Fejes R.¹, Horváth L.¹, Hritz I.¹, Izbéki E.¹, Fejér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Endoszkópos Laboratórium, Székesfehérvár¹

A kolonoszkópia diagnosztikus pontosságának a vastagbél tisztasága alapvető meghatározó tényezője. A minőségi kolonoszkópia megköveteli, hogy az endoszkópos lelet tartalmazzon a bél tisztasági fokának megítélésére vonatkozó elfogadott mutatót is. A Boston Béltisztasági Skála (Boston Bowel Preparation Scale; BBPS) elfogadott, egyszerű módszer a colon előkészítettségi fokának leírására. Az előadás célja a BBPS alkalmazásával szerzett tapasztalataink bemutatása.

Anyagok és módszerek: A kolonoszkópos vizsgálat előkészítését befolyásoló tényezőkre vonatkozó adatokat összesen 406 vizsgált

személynél (életkor: 60,8±14,1 év; 199 nő és 207 férfi) kérdőív segítségével a vizsgálat előtt rögzítettük. A BBPS elfogadott standardizált módszere szerint a nyálkahártya vizualizálhatóságát a jobb, a haránt és a bal kolonszakaszokban 0-3 ponttal értékeltük: 0= az egész nyálkahártya nem lemosható mértékben szennyezett; 1= a szennyezettség miatt a bélszakasz egy részének nyálkahártyája nem ítélt meg; 2= a bélnyálkahártya jól megítélhető, de kevés reziduális széklet, vagy festenyzett folyadék zavarja a megítélhetőséget; 3= nincs székletmaradvány, vagy festenyzett folyadék, bélszakasz nyálkahártyája maradéktalanul megítélhető. Összesen 9 pont adható és 5 pont alatt a bél előkészítettségét az irodalom szuboptimálisnak tekinti.

Eredmények: A betegek túlnyomó többsége (n=352) járóbetegként készült elő. A BBPS módusz értéke 8. BBPS<5 értéket 39 (9,6%) vizsgált személy esetében kaptunk; ezek közül coecum intubációt 14 esetben nem lehetett elérni. A betegek 15%-a gondolta, hogy a bél tisztasága gyenge, vagy közepes a többségük kitisztultság mértékét jónak, vagy kitűnőnek vélte. Az eszköz visszahúzási idő módusz értéke 6 perc (1-20). A szuboptimális előkészítettség előfordulása tekintetében az otthon és kórházban előkészített csoportjai között nem volt szignifikáns különbség. A BBPS érték alapján képzett alcsoportokban a szuboptimális előkészítettség nem korrelált a betegek korával és nemével. A vizsgált személyek 60%-a az előkészítést a vizsgálatra nem vélte megterhelőnek, 25%-a enyhén, 8%-a közepesen, 7%-a kifejezetten megterhelőnek tartotta.

Konklúzió: A BBPS a rutin kolonoszkópos gyakorlatban könnyen alkalmazható, a vizsgálati időt lényegesen nem befolyásolja. Tapasztalataink alapján javasoljuk a BBPS érték feltüntetését a kolonoszkópos leletekben.

119

A HAZAI GYERMEK IBD REGISZTER ELSŐ 5 ÉVE ÉS KAPCSOLÓDÁS A WEBALAPU FELNÖTT IBD REGISZTERHEZ

Müller K.¹, HUPIR r.¹, Veres G.¹, I. sz. Gyermekklinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

Bevezetés: A 2007-ben indított hazai gyermekkori gyulladásos bélbetegségek regisztere (HUPIR) a gyermek-gastroenterológiai központok kooperációjaként működik immáron 8. éve. Az országos lefedettséggel működő, prospektív HUPIR egyedülálló vállalkozás Európában.

Módszer: A HUPIR 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: Jelenleg az adatbázisban 1000 IBD-s gyermek szerepel. 2007 és 2011 között 714 beteget rögzítettünk, közülük 220 colitis ulcerosás, 446 Crohn-beteg és 48 diagnózisa IBD-U. Hazánkban a gyermekkori IBD incidenciája növekszik: 2007- 2011 között 7/105-ről 8,6/105-ra emelkedett. Kiemelendő, hogy az 5 év alattiak száma mintegy háromszorosozódott az elmúlt 5 évben. Az incidencia 2007-2008- ban 0,8/105, míg 2011-2012-ben 2,1/105-re nőtt. A regiszter működésének első öt évében a diagnosztikai gyakorlat jelentősen megváltozott, közelített a Portói kritériumokhoz: ilealis intubáció gyakorisága 51%-ról 70%-ra, felső endoszkópia gyakorisága 51%-ról 76%-ra emelkedett. Továbbá elemeztük a felső endoszkópia jelentőségét: a CD-s betegek 9%-ánál nélkülözhetetlen a felső endoszkópia. Vékonybél képalkotó vizsgálat a diagnóziskor a betegek 30,3%-ában történt. Ismert azonban, hogy a 14 év felettiek jelentős része felnőtt gastroenterológusokhoz kerül, és így elveszik a regiszterből. Egy másik probléma az adatlapok manuális feldolgozása, amely hibalehetőséget rejt magában. Ezért felmerült, egy web-alapú regiszter kialakításának igénye. A felnőtt gastroenterológusokkal történt konzultációk során felmerült, hogy a HUPIR csatlakozhatna a felnőtt IBD-regiszterhez. Célunk tehát egy magasabb szintű együttműködés a felnőtt gastroenterológusokkal, hogy egységes adatbázis kialakítva ismerhessük meg mélyebben az IBD lefolyását, klinikumát.

Következtetések: A HUPIR-ban rögzített adatok validnak tekinthetőek összehasonlítva a nemzetközi adatokkal. Egyedülálló lehetőségnek tartjuk, hogy egy gyermekregisztert összekapcsolhatunk a felnőtt regiszterrel, ilyen együttműködésre igen kevés példa áll előttünk. Lényeges, hogy hazánkban emelkedik az IBD incidenciája gyermekkorban, külön figyelmet érdemel a kisgyermekek körében tapasztalt növekedés!

120

REGÖLY-MÉREI JÁNOS EMLÉKELŐADÁSNagy Á.¹, Siófoki Kórház Sebészeti Osztály¹

Megtiszteltetés számomra, hogy felkértek a Regöly-Mérei János Emlékelőadás megtartására. Regöly-Mérei János Professzor urat a magyarországi akut hasi ultrahangvizsgálat és ultrahangvezérelt intervenciók Atyjának tartjuk, hiszen ezek hazai bevezetésében elévülhetetlen érdemeket szerzett. A Professzor Urat 1989-ben ismertem meg, amikor is hónapokat töltöttem a SOTE III. Sebészeti klinikán, hogy elsajátítsam Tőle az akut ultrahangvizsgálat és intervenciók alapjait, majd halálát megelőző 5 évben együtt dolgoztunk a vezetése alatt álló Sebészeti Tanszéken. Előadásomban az együtt töltött időben végzett májtályog drainage-ok eredményeit ismertetem. az 5 éves periódusban 31 májtályog drainage-át végeztünk, a betegek átlagéletkora 66 év volt. A májtályogok kiváltó oka 8 esetben septicus biliaris folyamat, 8 esetben postoperatív sepsis, 5 esetben akut pancreatitis, 3 esetben máj tumor volt, 7 esetben nem sikerült a kiváltó okot igazolni. 4 esetben sikertelen drainage miatt meg kellett ismételni a drainage-t, 1 esetben a sikeres drainage mellett sem javult a beteg állapota ezért exploráció mellett döntöttünk, 2 esetben vérzés miatt kellett sürgős műtétet végeznünk, 1 alkalommal malignitás gyanúja miatt exploráltuk a beteget. Betegeink közül bennfekvésük alatt 4-en elhaltak, 1 beteg vérzés miatt, 1 beteg septicus állapota miatt 2 beteg az előrehaladott tumor folyamat miatt. Tapasztalataink alapján az intrahepatikus tályogok percutan UH vezérelt punctioja és drainage-a a megfelelően választott esetekben effektív és biztonságos eljárás.

121

SYSTEMATIC MICRORNA EXPRESSION PATTERN ALTERATIONS IN THE COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

Nagy Z.¹, Wichmann B.², Kalmár A.¹, Barták B.¹, Le N.¹, Péterfia B.², Fűri I.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 2Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²

Background: miRNA expression alterations can be observed in colorectal cancer (CRC), however dysregulation of miRNA might be present in various stages of precancerous lesions, such as adenoma. High-throughput screening platforms are available (microarray); and, RT-qPCR panels, which contain hundreds of miRNA specific oligos, are also provided.

Aims: Our primary aim was to identify the microRNA expression alterations between normal colonic tissue (N), tubular adenoma (ADT), tubulovillous adenoma (ADTV) and colorectal cancer (CRC) samples. Another purpose was to determine the level of miRNA by different methods and in several types of samples such as fresh frozen, FFPET.

Methods: Sixty fresh frozen biopsy samples (n=20 N, n=11 ADT, n=9 ADTV, n=20 CRC) were collected; and, total RNA were isolated by High Pure miRNA Isolation Kit. Affymetrix Genechip miRNA 3.0 arrays were processed for screening of the altered microRNA profile. Then, a series of pools of RNA from the same groups of samples was made to validate the data of microarray by Ready-to-Use PCR Human Panel I+II (Exiqon). Then, RT-qPCR data of FFPET tissues (N n=3, ADTV n=3, CRC n=3) were compared to the microarray and PCR results from fresh-frozen samples. miRNA-126 was selected to visualized by in situ hybridization.

Results: Out of the 1733 analyzed microRNA, 12 miR were upregulated (e.g. miR-31) and 11 were downregulated (e.g. miR-133a) in ADT, ADTV and CRC comparison to N samples. 11 miRNA showed altered expression between ADT and ADTV (e.g. miR-183). Expression level of 9 miRNA were found to be changed between ADT, TV and CRC groups based on microarray data (e.g. miR-200a-3p). MiRNA expression data was confirmed by RT-PCR in both FFPE and fresh frozen samples. Interestingly, we also found 6 microRNAs (miR-375, -133a, -106, -139, -215, -133b) whose expression was decreased in CRC (compared to N) throughout the three proposed methods. miRNA-126 array expression results could be confirmed by in situ hybridization.

Conclusion: Identified miRNA show reproducible, systematic changes through adenoma-dysplasia-carcinoma sequence and in FFPE tissues as well. The findings from this study indicate that the results from microarray analysis are consistent with data from other gene expression methods. Six decreased microRNA can be potential in future molecular-based screening trials.

122

FOGEREDETŰ ÖSSEJTEK TENYÉSZTÉSE ÉS OSZTEOGEN DIFFERENCIÁLÓDÁSA EGY ÚJ PEPTID HIDROGÉLEN

Nagy K.¹, Láng O.², Láng J.², Perczel-Kovach K.³, Gyulai-Gaál S.⁴, Kádár K.¹, Köhida L.², Varga G.¹, Orálbiológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest², Orálbiológiai Tanszék és Fogászati és Szájsebészeti Oktató Intézet, Semmelweis Egyetem, Budapest³, Orális Diagnosztikai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest⁴

Bevezetés: A fogeredetű ossejtek széleskörű szövetregenerációs potenciállal rendelkeznek de in vivo alkalmazásukhoz megfelelő hordozóra is szükség van. A HydroMatrix (HydM, Sigma) egy szövetregenerációs célokra nemrégiben kifejlesztett, önszerveződő peptid hidrogél, melyet eddig még csak egyetlen esetben alkalmaztak sejtenyésztésre.

Célkitűzés: Kísérleteink célja annak eldöntése volt, hogy a HydM szolgálhat-e scaffold-ként fogpulp (dental pulp, DP) és foggyökérhártya (periodontal ligament, PDL) eredetű ossejtek számára.

Módszerek: A DP és PDL eredetű ossejteket humán bölcsességfogakból izoláltuk és a HydM gélen, valamint kontrollként kezeltetlen műanyag felületen tenyésztettük. A sejtek adhézióját és proliferációját az impedancia valós idejű nyomonkövetésére alkalmas xCELLigence RTCA SP (Roche) berendezés segítségével tanulmányoztuk. Ezeket a méréseket életképességi vizsgálattal validáltuk. A morfológiai vizsgálatokat fáziskontraszt mikroszkóppal végeztük el. Az oszteogén irányú differenciálódást Kóssa-festéssel és az alkalikus foszfatáz (ALP) aktivitásának kolorimetriás mérésével követtük nyomon. Az ALP, Runx2 és osterix oszteogén markerek expresszióját kvantitatív PCR módszerrel vizsgáltuk.

Eredmények: Mind a DP, mind a PDL ossejtek az egészséges sejtekre jellemző fibroblaszt-szerű, nyúlványos morfológiát mutattak a hidrogélen. Az impedancia analízis és az életképességi teszt egyaránt igazolta a sejtek letapadását és növekedését a HydM felületén. A 3 hetes oszteogén differenciációs folyamat végén mindkét sejttípus esetében intenzívebb mineralizációt tapasztaltunk a hidrogélen, mint a kontroll felületen. A gélen tenyésztett DP és PDL ossejtek ALP aktivitása elérte a kezeltetlen kontroll szintjét. A hidrogélen differenciálódó DP ill. PDL ossejtekben az ALP mRNS expressziója 1300- ill. 1400-szoros emelkedést mutatott a 7. napon a 0. naphoz képest. Összefoglalva, eredményeink bizonyítják, hogy mind a DP, mind a PDL ossejtek képesek túlélni, letapadni, migrálni és proliferálni a HydM-on és ez az az oszteogén irányú differenciálódást is támogatja.

Következtetések: A HydM gél ideális a fogpulp és a foggyökérhártya eredetű ossejtek in vitro differenciálódásának tanulmányozására. Így a HydM ígéretes biokompatibilis scaffold lehet in vivo alkalmazásokra is.

Köszönetnyilvánítás: OTKA-NKTH-CK80928; TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KMR-2010-0001; TÁMOP-4.2.2/B-10/1-2010-0013

123

NEW MUTATION OF ATP7B GENE DETECTED BY ION TORRENT IN A WILSON PATIENT WITH ACUTE ON CHRONIC LIVER FAILURE, TRANSPLANTED VIA EUROTTRANSPLANT

Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Krollopp A.¹, Kósa J.², Árvai K.², Horváth P.¹, Lakatos P.¹, Gerlei Z.³, Kóbori L.³, Görög D.³, Szathmári M.¹, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest¹, PentaCore Laboratory, Budapest², Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University, Budapest³

Introduction: Acute on chronic liver failure is a rare but high mortality form of Wilson disease. We present a case of acute liver failure of WD proved by a new ATP7B gene mutation detected by Ion Torrent. Urgent liver transplantation was accomplished via Eurotransplant.

Case report: 47 year old male patient was admitted to our clinic because of acute liver failure. He was examined many times during the last three years in other departments for elevated transaminases and ferritin level. Genetic testing for hemochromatosis (HFE C282Y and H63A mutations) was negative. Alcoholic liver disease, hepatitis virus infection and autoimmune hepatitis were excluded. Liver biopsy showed fatty liver with Mallory bodies. On admission the chemical

laboratory tests showed liver failure with jaundice and reduced synthetic capacity of the liver (prothrombin 7%, albumin 22 g/L, cholinesterase 807 IU/L). Serum ferritin was very high (4651 µg/L) and ceruloplasmin was very low (0.06 g/L). Rare forms of haemochromatosis were excluded (HFE, HFE2, SLC40A1, HAMP, TFR2). Kayser-Fleischer ring and ATP7B H1069Q mutation were negative. Liver transplantation was planned, and the patient has been put to the waiting list. Meanwhile Wilson disease has been proved by identifying mutations of ATP7B on both alleles by using Ion Torrent sequencing machine: c.1707+3insT in exon 4 and the yet not published A1207I in exon 18. The compound heterozygote WD patient with of acute on chronic liver failure fulfilled the Eurotransplant criteria for urgent liver transplantation. Two days later the transplantation was successfully performed in Budapest. The patient has left hospital three weeks later and since then he is well in the last 4 months passed. The serum ceruloplasmin level is within the normal range.

Conclusion: Wilson disease should be considered in each case of acute and chronic liver failure of unknown aetiology. In our patient the diagnosis was verified by a new mutation of ATP7B gene. The Eurotransplant offers a unique possibility to find a donor liver.

124

CHOLANGIOCARCINOMA IN WILSON DISEASE

Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Smuk G.², Tornóczyi T.², Pajor L.², Szalay E.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University, Budapest¹, Department of Pathology of the University of Pécs, Pécs²

Introduction Wilson disease (WD) is a rare genetic disorder of copper metabolism. It is suggested that in WD malignancies are less frequent than in other cirrhotic patients. However, there is no data on the frequency of cholangiocarcinoma (CCC) in WD patients. Only four cases have been published according to our knowledge. Here we present a case.

Case report The 46 year old male patient was well until his age of 30 years when neurological symptoms as coordination disorders, tremor, dyslalia started and elevated transaminase values were detected. WD was verified eight years later by neurological symptoms, Kayser-Fleischer ring positivity, low ceruloplasmin level (0,11 g/L) and homozygous H1069Q mutation of ATP7B gene. He was treated by D-penicillamin for 7 years, but it had to be changed to trientine because of thrombocytopenia. During chelating agent therapy his symptoms regressed. At his age of 46 years he was admitted to hospital because of back pain at lumbar level. Ultrasound revealed an 80x36x66 mm paravertebral mass at level of LIII-IV vertebrae on the right side. Retroperitoneal abscess and tumor was suggested. Antibiotic treatment was without any effect. Fine needle aspiration cytology showed adenocarcinoma metastasis with CK7 positivity and negativity of Vim and TTF1. Abdominal and thoracic CT detected multiple tumor metastases in the liver, the lungs and the bones. High gamma GT (313 IU/l), CA19-9 positivity (2996 IU/ml), progressive elevating bilirubin level and the rapid deterioration of the general condition of the patient suggested biliary or pancreatic malignancy. 10 days later the patient died. Autopsy confirmed the multiple tumor metastases of cholangiocellular carcinoma. Histology verified liver cirrhosis and CCC by strong CK7 staining and undetectable Glypican-3 expression.

Conclusion Our case indicates that cholangiocellular carcinoma may develop in Wilson disease associated liver cirrhosis despite trientine treatment known as preventing factor for hepatocellular carcinoma. The case was characterized by very rapid development and progression of CCC.

125

PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC BILIARY STENTING IN BÉKÉS COUNTY HOSPITAL

Novák J.¹, Szólics A.², Gúrzó Z.³, Bordás L.¹, Vágó A.¹, IIIrd Dept. of Gastroenterology Békés County Pándy Kálmán Hospital, Gyula¹, Dept. of Radiology Békés County Pándy Kálmán Hospital, Gyula², Endoscopic Labor Békés County Pándy Kálmán Hospital, Gyula³

Background: Malignant biliary obstruction is often inoperable at presentation and has a poor prognosis. Percutaneous Transhepatic Biliary stenting with endoprosthesis (plastic or self expanding metal stent) is a palliative procedure to relieve malignant biliary obstruction, when endoscopic technique was not possible or had failed. This

study reports our experience of percutaneous transhepatic biliary stenting in malignant biliary obstruction.

Methods: The authors present retrospective analysis of 46 patients who had percutaneous transhepatic biliary stenting in malignant biliary obstruction, between Jan 2011 and Mar 2014 at Békés County Hospital/Gyula. The etiology included 18(40%) cases of pancreatic cancer, 8 (17%) cases of cholangiocarcinoma, 4(8%) cases gallbladder cancer, 4 (8%) cases of ampullary carcinoma and 12 (27%) cases of other metastatic liver diseases.

Results: 46 patients (23 women, 23 men, mean age: 65 years, range: 41-90 years) underwent percutaneous transhepatic biliary stenting after failed endoscopic procedures. The success rate was 93% with placement of single plastic stents in 30 patients, double stents in 9 patients and self expanding metal stents in 4 patients (one with rendezvous technique). Mean survival time was 65 days with range of 1- 262 days in 46 patients. The survival time was higher in younger patients with no other co-morbidity. The overall complication rate was 39% (n:18), and the commonest complication was cholangitis 13% (n:6) and stent occlusion 10% (n:5). We lost two patients in the first 24 hours because of severe sepsis.

Conclusion: Our results suggest that percutaneous transhepatic biliary stenting in malignant biliary obstruction is effectively in patients who had failed endoscopic stenting, although the complication rate is high, but the survival time was longer and the patients quality of life was better.

126

CLOSTRIDIUM DIFFICILE OKOZTA BÉLGYULLADÁS 3,5 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN

Novák V.¹, Hardy V.¹, Gelley A.¹, Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászati¹

Bevezetés: A clostridium difficile (CD) okozta vékony, és vastagbélgyulladás gyakorisága ugrásszerűen emelkedik. E betegek ellátása extrém terhet ró az egészségügyi ellátásra. Célkitűzés: 3,5 év időintervallumban vizsgáltuk osztályunkon a CD diagnózissal rendelkező betegpopuláció gyakoriságát, a betegség klinikai jellegzetességeit, kezelését és kimenetelét. Módszer: a Medsol rendszerben megkerestük a CD kódú: A0470 diagnózissal rendelkező betegpopulációt. Vizsgáltuk a betegek nemét, kormegoszlását, a kórházi és teljes kezelési időt, a széklet toxin és tenyésztés eredményt. A klinikai állapotot az alábbi paraméterekkel jellemeztük: láz, CRP, fvs, lymphocyták szám (% és abs), ascites előfordulás. A metronidazol kezelés mellett vizsgáltuk a vancomycin kezelés szükségességét, a betegség visszatérés gyakoriságát, a halálozást, ezen belül a CD-vel összefüggő halálozás gyakoriságát.

Eredmények: a vizsgált 3,5 éves intervallumban 78 beteget (férfi/nő=33/45) kezeltünk osztályunkon CD okozta bélgyulladással. Az életkor átlag 75,8+/-15,1 volt. A kórházi kezelési idő átlag 18,2 +/-12,7, a teljes kezelési idő átlaga: 21,2+/-14. A CD diagnózissal 80%-ban az A+B toxin pozitivitás, 20 %-ban a klinikum mellett az antigén kimutatás igazolta. Lázat csak 24%-ban észleltünk, de ennek hátterében is a polymorbid idős betegeknél más okok álltak. CRP átlag: 72,8+/- 70,7, fehérvérsejt átlag: 13,6+/-9,9, abs.lymphocyták szám átlag: 1,6+/-1,0. Ascites a betegek 12 %-ában észleltünk. A per os metronidazol kezelést követően 43%-ban kellett vancomycin kezelést is alkalmazni. Kiújulás 32%-ban fordult elő. A mortalitás e betegpopulációban 27%-os volt, a meghalt betegek 58%-ában szerepelt haláloki tényezőként a CD fertőzés. Következtetés: az idős kor egyik legveszélyesebbé váló fertőzése a CD, melynek retrospektív elemzése a sikeresebb ellátást segítheti.

127

CLOSTRIDIUM DIFFICILE OKOZTA BÉLGYULLADÁS 3,5 ÉVES BETEGANYAGUNKBAN

Novák V.¹, Hardy V.¹, Gelley A.¹, Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászati¹

Bevezetés: A clostridium difficile (CD) okozta vékony, és vastagbélgyulladás gyakorisága ugrásszerűen emelkedik. E betegek ellátása extrém terhet ró az egészségügyi ellátásra. Célkitűzés: 3,5 év időintervallumban vizsgáltuk osztályunkon a CD diagnózissal rendelkező betegpopuláció gyakoriságát, a betegség klinikai jellegzetességeit, kezelését és kimenetelét. Módszer: a Medsol rendszerben megkerestük a CD kódú: A0470 diagnózissal rendelkező betegpopulációt. Vizsgáltuk a betegek nemét, kormegoszlását, a kórházi és teljes kezelési időt, a széklet toxin és tenyésztés eredményt. A klinikai állapotot az alábbi paraméterekkel jellemeztük: láz, CRP,

fvs, lymphocyták szám (% és abs), ascites előfordulás. A metronidazol kezelés mellett vizsgáltuk a vancomycin kezelés szükségességét, a betegség visszatérés gyakoriságát, a halálozást, ezen belül a CD-vel összefüggő halálozás gyakoriságát.

Eredmények: a vizsgált 3,5 éves intervallumban 78 beteget (férfi/nő=33/45) kezeltünk osztályunkon CD okozta bélgyulladással. Az életkor átlag 75,8+/-15,1 volt. A kórházi kezelési idő átlag 18,2 +/-12,7, a teljes kezelési idő átlaga: 21,2+/-14. A CD diagnosztikát 80%-ban az A+B toxin pozitivitás, 20 %-ban a klinikum mellett az antigén kimutatás igazolta. Lázat csak 24%-ban észleltünk, de ennek hátterében is a polymorbid idős betegeknél más okok álltak. CRP átlag: 72,8+/- 70,7, fehérvérsejt átlag: 13,6+/-9,9, abs.lymphocyták szám átlag: 1,6+/-1,0. Ascitist a betegek 12 %-ában észleltünk. A per os metronidazol kezelést követően 43%-ban kellett vancomycin kezelést is alkalmazni. Kiújulás 32%-ban fordult elő. A mortalitás a betegpopulációban 27%-os volt, a meghalt betegek 58%-ában szerepelt halál oka tényezőként a CD fertőzés.

Következtetés: az idős kor egyik leggyakoribb és legveszélyesebbé váló fertőzése a CD, melynek retrospektív elemzése a sikeresebb ellátást segítheti.

128

GASTROINTESTINÁLIS IDEGENTESTEK OKOZTA SZÖVŐDMÉNYEK

Orosz T.¹, Kozák R.¹, Kovács L.¹, Lövei L.¹, Nagy I.¹, Bauer K.¹, I. Belgyógyászat, Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger¹

Idegentest az emésztőrendszerbe tárgyak, emészthetetlen állati vagy növényi anyagok véletlen vagy szándékos lenyelése során kerülhet. Leggyakrabban gyermekkorban, de alkoholos befolyásoltság, bizonyos elmebetegségek kapcsán felnőtteknél is előfordul. Az esetek többségében az idegentest spontán távozása várható, mindennemű szövődmény nélkül. A klinikai megjelenés a panaszmentességtől a peritonitisig a tünetek széles skáláját ölelheti fel. Előadásunkban egy atípusos, anamnesztikus adatok alapján inkább diétahibának imponáló, 3 napja fennálló felhási panaszokkal felvételre került nőbeteg esetén keresztül mutatjuk be a gastrointestinális idegentestek okozta lehetséges szövődményeket, azok diagnosztikus nehézségeit, lehetőségeit és ellátási módjait.

129

A KORAI CROHN BETEGSÉG MEGHATÁROZÁSÁNAK JELENTŐSÉGE

Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gastroenterológiai Tanszék¹

A Crohn betegség progresszív gyulladásos folyamat mely szövődmények kialakulásával irreverzibilis bélkárosodáshoz és bélfunkció kieséshez vezet. Ezen elváltozások súlyossága és száma az idő előrehaladásával nő. Ilyen szempontból kulcsfontosságú lehet a korai diagnózis, illetve a korai Crohn betegség azonosítása, feltételezve, hogy ezekben a betegekben megvan a lehetőség, hogy a korán elindított kezelés a betegség természetes lefolyását befolyásolva megelőzi a szövődmények kialakulását. Mind állatmodellekben mind human betegségformákban a citokin profil és az adhéziós molekulák expressziója specifikus változást mutat a betegség lefolyása során. A betegség korai fázisában a gyulladásos fenotípus dominál és ennek hátterében levő immunológiai változások elsősorban a Th1 dominanciájú immunológiai folyamatokhoz kötődtek. Több klinikai vizsgálat utólagos analízise szerint a TNF-alfa ellenes antitest kezelés hatékonyabbnak bizonyult a betegség korai fázisában mint a hosszú ideje fennálló betegség formákban. Az úgynevezett korai Crohn betegség néhány anamnesztikus kritériuma alapján, mint a betegség nem hosszabb, mint két éves fennállása, korábbi műtét hiánya, valamint korábbi betegség módosító kezelés hiánya határozható meg. A betegség aktivítása (az ileocolonoscopy és a képalkotó vizsgálatokkal észlelt objektív jelek alapján), a klinikai tünetek, a bélkárosodása megléte, és a korábbi szteroid kezelés olyan tényezők melyekkel számolni kell a betegségmódosító klinikai vizsgálatok tervezésében és értékelésében. Ugyanakkor ismerve a betegség változó kimenetelét, a főlösleges kezelések elkerülése érdekében lényegesnek tűnik a kimenetel prognosztizálása, a várható súlyos formák időben történő előrejelzése. Ilyen súlyos prognózist előrejelző faktorok a súlyos rektális érintettség, kiterjedt vékonybél érintettség, felső gasztrointesztinális érintettség, a fiatalkori kezdet és a perianális betegség. A korai CD megfelelően energikus kezelése a rossz prognosztikai faktorok esetén tűnik indokoltnak.

130

A SZÉRUM ADIPOKINE ÉS A PARAOXONASE-1 AKTIVITÁS TÚLSÚLYOS CROHN BETEGEKBEN

Palatka K.¹, Veréb Z.², Dávida L.¹, Koncsos P.³, Seres I.³, Altörjay I.¹, Paragh G.³, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem, Biokémiai és Molekuláris Biológiai Intézet², Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Anyagcsere Betegségek Tanszék³

Bár IBD-ben a túlsúly nem jellegzetes, növekszik az ilyen betegek aránya sajátos klinikai és valószínűleg pathophysiológiai profilt alkotva. Crohn betegségben (CD) gyakoribb perianális érintettséget és műtéti igényt észleltek ebben a betegcsoportban. A zsírszövet felszaporodás, az adipokinek mennyiségi és aránybeli változása egy metabolikus-gyulladásos választ indukál mely szerepet játszhat a CD pathogenezisében. A paraoxonase 1 (PON1) egy extracelluláris enzim, mely gasztrointesztinális betegségekben helyi detoxifikáló, antioxidáns, immunmodulátor hatással bír, észteráz, peroxidáz és thiolactonáz aktivitása által. A plazma adiponectin a PON1 aktivitás független prediktorának bizonyult metabolikus szindrómában. A vizsgálat célja a szérumban adipokinek és PON1 keringő szintek vizsgálata CD-ben az aktivitás (CDAI, CRP), a klinikai forma és a metabolikus paraméterek függvényében. A szérumban adiponectin és leptin meghatározás sandwich enzim immunoassay technikával, a PON1 paraoxonáz és arilészteráz meghatározásra ELISA-val történt. Kettős szubsztrát módszerrel határoztuk meg a PON1 fenotípust. 61 beteget vizsgáltunk (férfi/nő 30/25, átlagéletkor 30+9,76), a csoportok a BMI (BMI>28, BMI<18) a biológiai kezelés (antiTNFalfa – Infliximab) és az aktivitás (CDAI>300, CDAI<150) alapján lettek kialakítva. Szignifikáns különbséget észleltünk a leptin és az arilészteráz aktivitásban az antiTNF alfa kezelés alapján, aktív betegségben magas leptin szint volt mérhető, mely csökkent a infliximab kezelés mellett (18.52+27.56 vs 7.03+6.38, p=0.0236) szemben az ellentétes mozgást mutató arilészteráz aktivitással (104.02+27.55 vs. 119.75+22.78, p=0.0185), nem volt korreláció az adiponectin, PON1 és koleszterin szint között. Pozitív korrelációt észleltünk a BMI a sLDL (r=0.514970, p=0.003033), leptin (r=0.405433, p=0.02365) és koleszterin szint (r=0.418991, p=0.01897) között. A leptin fokozatosan emelkedett a testsúllyal, szemben az adiponectinnal mely a sovány betegekben volt jelentősen magasabb szemben a normál és túlsúlyos betegekkel (p=0.0029). Nem volt különbség a PON1 paraoxonáz és arilészteráz aktivitás valamint a BMI csoportok között. Az eredmények az adipokinek potenciális szabályozó funkciójára utalnak CD-ben mely részben a paraoxonáz aktivitással kapcsolatos. Az változások a korábbi eredményekkel összhangban a metabolikus és gyulladásos folyamatok kapcsolatára utalnak.

131

VÉKONYBÉL ADENOCARCINOMA FIATAL NŐBETEGBEN

Pálfi E.¹, Chamdin S.¹, Takács R.¹, Benedek G.², Lengyel E.³, Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászat, Gasztroenterológiai Osztály¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészeti Osztály², Bajcsy-Zsilinszky Kórház Onkológiai Osztály³

Bevezetés: A vékonybél rosszindulatú daganata a gastrointestinális traktus tumorainak 2-3 %-át teszik ki. Az összes vékonybél daganat 25-40 %-a adenocarcinoma. Leggyakoribb előfordulási helye a duodenum (55-82%), míg a jejunumban (11-25 %) és az ileumban (7-17%) jóval ritkábban jelenik meg. Kialakulására hajlamosít az idős kor, férfi nem, Chron-betegség, coeliakia, familiaris polyposis szindróma. Általában solitaer, sessilis elváltozások.

Eset: A 41 éves urticariás nőbeteg panaszai 1 hónapja álltak fenn. Laktóztoleranciát találtunk, de coeliakia nem igazolódott. Étkézést követően jelentkező hányás és fogyás miatt más intézményben történt panendoscopia vizsgálat nyelőcső fekélyeket és gyomortürelési zavart igazolt, ezért osztályunkra irányították. A laboratóriumi vizsgálat eredményeiből leukocytosis, emelkedett CRP, jelzetten magas D-dimer, hyponatraemia és hypokalaemia emelendő ki. Felvételnél elvégzett natív hasi felvételen a vékonybél fokozott gázossága és két kisebb nivó ábrázolódott. Colonoscopia során káros eltérés nem volt. Kontroll panendoscopia vizsgálat során súlyos passage zavar jeleit észleltük, ezért CT-enterographiát végeztünk, amely vékonybél ileust, a duodenum alsó vízszintes szarván részleges mesenteriumgyök leszorítást, és a jejunum-ileum határán jelentős szűkületet írt le, amely kiváltó okaként külső compressio is felmerült. Sebészeti osztályunkon végzett műtét során a vékonybélben körkörös, gyűrűszerű tumor

gyanús területet találtak, felette ileusos képpel, emiatt vékonybél resectiot végeztek. Szöveti vizsgálat adenocarcinómát igazolt nyirokcsomó terjedéssel (T2N2), emiatt kemoterápiában részesült.

Megbeszélés: A vékonybél daganatok ritkán fordulnak elő. Esetünkben típusos hajlamosító tényezőt nem találtunk, a betegség aspecifikus tünetekkel járt, és csak a betegség szövödményeként kialakuló sürgősségi kórkép ellátása során került felismerésre.

132

THE ROLE OF PLASMA MEMBRANE CA²⁺-ATPASE IN PANCREATIC DUCTAL CA²⁺ HOMEOSTASIS

Pallagi P.¹, Hegyi E.², Maléth J.¹, Rakonczay Z.¹, Bruce J.³, Hegyi P.¹, University of Szeged, 1First Department of Medicine, Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia², Faculty of Life Sciences, University of Manchester, Manchester, UK³

Introduction: The plasma membrane Ca²⁺-ATPase (PMCA) is an ATP-driven pump that is critical for maintaining a low resting cytosolic Ca²⁺ concentration and for preventing cytotoxic Ca²⁺ overload and cell death in all eukaryotic cells. Impaired Ca²⁺ metabolism and cytosolic Ca²⁺ overload in pancreatic acinar cells have been implicated as the cardinal pathological events common to most forms of pancreatitis. The regulation of PMCA in pancreatic acinar cell is relatively well characterized but in pancreatic ductal epithelial cells has not yet been investigated.

Aims: Because there is lack of information on how pancreatic ductal epithelial cells (PDEC) regulate intracellular Ca²⁺ concentration ([Ca²⁺]_i), our aim was to characterize the role of PMCA in pancreatic ductal Ca²⁺ homeostasis. **Materials & methods:** Inter- and intralobular ducts were isolated from guinea pig pancreas. To determine, whether changes in extracellular Ca²⁺ and Na⁺ concentrations influence the [Ca²⁺]_i, ion withdrawal techniques were used. [Ca²⁺]_i was measured by microfluorimetry using the fluorescent dye FURA 2-AM. The mRNA expression of different PMCA isoforms in PDEC was investigated by RT-PCR.

Results: Removal of Na⁺ from the extracellular solution caused an increase in [Ca²⁺]_i, which suggests a Na⁺-dependent Ca²⁺ transport mechanism in guinea pig PDEC. Withdrawal of extracellular Ca²⁺ and both Na⁺ and Ca²⁺ decreased the [Ca²⁺]_i, meaning that a Na⁺-independent transport mechanism plays role in Ca²⁺ efflux. The expression of PMCA1 and 4 mRNA isoforms was detected in guinea pig PDEC.

Conclusion: Our results showed that the Ca²⁺ efflux in guinea pig PDEC after Ca²⁺ removal from the extracellular solution is a Na⁺ independent process. Further investigations are needed to determine whether PMCA is the key Ca²⁺ exit pathway in guinea pig PDEC. This study was supported by OTKA and TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0035, TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0052, TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0073, TÁMOP- 4.2.4.A2-EPFK-13.

133

LAPAROSCOPOS HELLER MYOTOMIA ÉS DOR PLASTICA (LHMD) RESTENOSISÁNAK TÁGÍTÁSA FEDETT FÉMSTENTTEL

Pap Á.¹, Szepesy G.², Gál L.³, Langó M.¹, Bene L.¹, Gastroenterologia, Péterfy Kh-Ri és Baleseti Központ, Budapest¹, Diagnoscan Magyarország Kft, Péterfy Kh-Ri és Baleseti Központi telephelye, Budapest², Endo-Lux Kft, Mátrafüred³

Bevezetés: Az achalasiát legtöbbször autoimmun ganglion károsodás és a relaxáció elégtelensége okozza, melyet a nyelőcső peristaltika romlása súlyosbít. A gyógyszeres kezelés elégtelen, ballonos tágitás, Botox injectio 5-6 hónapra eredményes lehet, de a végleges megoldást a LHM+D, Toupet vagy Nissen antireflux kombináció jelenti. A laparoscopus technika azonban 20%-ban sikertelen. Újabban peroralis endoscopus myotomiát (POEM) is végeznek, de hosszú távú eredmények még nincsenek. Ezzel szemben 4-5 napos, 30 mm átmérőjű fedett fémstent behelyezéssel 87%-os 10 éven túli gyógyulást értek el nagy beteganyagban. A sikertelen laparoscopia korrekcióját ismételt műtéttel vagy POEM-mel többen megkísérelték, bevont fémstenttel korrekciót még nem végeztek.

Esetismertetés: A 41 éves férfibeteg LHMD-ja 3 évig eredményesen látszott, 10 kg-ot hízott, majd ismét regurgitáció és súlyos dysphagia jelentkezett. A nyelésRtg típusos madárcsőr képet és 10 cm-es nyelőcső tágulatot mutatott. A gyógyszeres kezelés alig javított. A 9,5

mm átmérőjű gastroscop nehezen ment le a gyomorba a szűkült és merev junkción át, a tágult nyelőcsőben előző napi ételmaradék pangott. Vezető mentén gastroscopos ellenőrzéssel 28/32mm átmérőjű, 100mm hosszú fedett fémstentet (Micro-Tech Europe, Hamburg) helyeztünk a szűkületbe. A stent csak napok alatt nyílt ki teljesen, különösen a Dor plastica szintjében, és az első héten fájdalmat okozott, amely hideg folyadék hatására mérséklődött. Az első hét végére a CRP 19,4 mg/l-re emelkedett, a második héten megfeleződött, de a thrombocytaszám tovább emelkedett 484 G/l szintre. A tervezett 1 hét helyett a fémstentet csak 4 hét múlva távolítottuk el, jeges vizes perfúzió után, könnyedén. A dysphagia és regurgitáció megszűnt, a szilárd étel és bárium szabadon lejt a gyomorba, de a fémstent mellett mért 3-4 cm nyelőcső átmérő 7-8 cm-re nőtt stent nélkül. Az egy hónapos követés során a dysphagia-score 1-0, a beteg panaszmentes, de a fémstentet és az applikátort javaslatunkra, újrafelhasználásra 10 évig megőrzi.

Következtetés: LHMD beszűkülése esetén fedett fémstenttel kíméletes, tartós tágitás végezhető, hasonlóan a myotomia nélküli primér eljáráshoz. Sok hónapos heges szűkület tartós átépülése (remodelling) hosszabb időtartamú tágitást igényelhet, melyet progresszív dysphagia és ismétlődő restenosis jelezhet a követés során.

134

SUSTAINED VIROLOGIC RESPONSE TO ANTIVIRAL THERAPY FOR CHRONIC HEPATITIS C VIRUS INFECTION IS ASSOCIATED WITH REGRESSION OF LIVER FIBROSIS ASSESSED BY TRANSIENT ELASTOGRAPHY

Par G.¹, Szinku Z.², Haragh A.², Vincze A.¹, Hunyady B.¹, Par A.¹, First Department of Medicine, University of Pecs¹, Teaching Hospital Mor Kaposi, Kaposvár²

Introduction: Several data suggest that liver fibrosis is a dynamic process and fibrosis or even early stage of cirrhosis is not irreversible and cellular recovery is possible. Aim of our study was to investigate the effect of pegylated interferon alpha plus ribavirin (P/R) treatment on liver fibrosis progression in patients with chronic HCV hepatitis (CHC).

Patients and methods: We performed liver stiffness (LS) measurements by FibroScan (Echosens) on 30 CHC patients before and 24 weeks after the end of treatment (EOT +24). We also followed-up further 15 CHC patients who were not eligible for treatment (because of older age or contraindications), in these cases minimum 48 weeks elapsed between their first and second LS measurements.

Results: Patients who later achieved sustained virological response (SVR) had significantly lower LS values at baseline compared to patients who became non-responders (9,44±0,8 kPa vs 15,1±2,56 kPa, p<0,01). P/R therapy caused (significant) reduction of LS at EOT+24, compared to baseline values in SVR group (6,86±0,5 kPa vs 9,44±0,8 kPa, p<0,01), but not in non-responders (13,5±2,47 kPa vs 15,1±2,46 kPa, NS). 68 % (15/22) of SVR patients had at least one-point drop reduction in fibrosis score and 32 % (7/22) had at least two point drop reduction of fibrosis score at EOT+24 compared to baseline values. Fibrosis regression was less common in non-responders, 62,5 % (5/8) had no change, 25 % (2/8) had one point drop reduction of fibrosis score at EOT+24. In untreated HCV patients LS values (significantly) increased during follow-up from 18,86 ±1,9 kPa to 25,87±2,8 kPa (p<0,05).

Conclusion: Our data do suggest that P/R therapy may inhibit liver fibrosis in chronic HCV infection. SVR was associated with significant fibrosis regression and even cirrhosis regression assessed by transient elastography, thus, the achievement of viral clearance will reduce long term liver-related morbidity in these patients.

135

IMPORTANCE OF GENETIC TESTING IN ACUTE PANCREATITIS IN CHILDHOOD

Pármiczky A.¹, Lásztity N.¹, Andorka C.², Veres G.², Czelecz J.⁴, Szmla R.⁶, Németh B.⁵, Hegyi E.³, Hritz I.³, Hegyi P.³, Sahin-Tóth M.⁵, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹, I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest², II.sz. Belgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged³, MRE Bethesda Gyermekkorház⁴, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, United States⁵, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest⁶

Background: Etiology of pancreatitis should be determined in all patients. Despite extensive work-up, etiology often remains

unidentified and pancreatitis is classified as idiopathic. The latest IAP/EPC guideline (Pancreatology, 13 (2013) e1-15) suggests that patients having a second attack of idiopathic pancreatitis should undergo genetic testing. The aim of this study was to investigate whether this recommendation can be used in a pediatric patient population. Methods. The national registry of the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) contains 13 patients under age 18 who suffered from acute pancreatitis. The etiology of pancreatitis was determined in all cases. In all idiopathic cases genetic testing was performed. Results. The etiology of pancreatitis in the 13 children was as follows: biliary:1, drug:1, trauma:1, dietary:1, postERCP:1, idiopathic: 8. Genetic alterations in idiopathic pancreatic patients: Patient (P)-No1: SPINK1 (p.N34S, heterozygous) and CTSC (p.G60G, homozygous), P-No2: CFTR (p.F508del, heterozygous) and CTSC (p.G60G, homozygous), P-No3&P-No4: CTSC (p.G60G, homozygous), P-No5: SPINK1 (p.N34S, heterozygous), P-No6: PRSS1 (p.R122H, heterozygous), P-No7: PRSS1 (p.R122H, heterozygous) and CTSC (p.G60G, heterozygous), P-No8: mutation could not be detected. In summary, genetic risk factors were identified in seven of eight idiopathic pancreatic children.

Conclusions: These data clearly suggest that genetic testing should be performed after the first attack of pancreatitis of unknown etiology in children. This study was supported by OTKA, TAMOP and MTA grants.

136

WHAT EXPLAINS THE CONTRADICTORY RESULTS OF NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS (NSAIDS) IN PROPHYLAXIS FOR POST-ERCP PANCREATITIS (PEP)?

Patai Á.¹, Solymosi N.², Patai V. Á.³, 1st Department of Medicine and Gastroenterology, Sopron Elizabeth Teaching Hospital, Sopron¹, Department of the Physics of Complex Systems, Eötvös Loránd University, Budapest², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest³

Background: The 2010 ESGE guideline recommended the use of NSAIDs for prophylaxis of PEP, but this recommendation was not accepted widely. Controversies were raised by publications in which NSAIDs were found ineffective against PEP. After a thorough literature overview, we concluded that NSAIDs seem to be ineffective in cases with too many cannulation attempts and early precut can prevent from unsuccessful trials.

Aim of our study was to test our biliary intubation protocol with early precut and to find those patients benefiting from the use of NSAIDs for prevention of PEP.

Methods: A total of 539 patients with intact papilla undergoing ERCP according to our preconceived protocol at our Department of Gastroenterology were included into a randomized, prospective, double blind clinical trial to study the effect of rectally administered 100 mg indomethacin within 1 hour before ERCP for the prevention of PEP. Number of cannulation attempts were restricted: in phase I 5 trials were allowed to reach deep intubation of common bile duct (CBD), in phase II 5 or fewer wire-guided attempts were performed and after 10 unsuccessful trials precut (phase III) was prescribed. For the univariate analysis of outcome (PEP) two-tailed Fisher exact test was used. A p value of <0.05 was considered significant.

Results: In 70.3% of patients biliary intubation was successful in phase I, PEP rate was low and indomethacin was ineffective (7.4% in the placebo group and 5.2 % in the indomethacin group, p=0.406). In phase II success rate increased up to 83.5%, and PEP rate rose up to 8.7%, the effect of indomethacin was significant (11.9% vs. 5.4%, p=0.018). Applying early precut success rate of biliary cannulation increased up to 98.1% and overall indomethacin diminished the frequency of PEP from 13.8 % to 6.7% (p=0.007).

Conclusions: Early precut resulted in a high success rate of biliary intubation. Rectally administered 100 mg indomethacin was ineffective in cases with easy intubation, but it was very effective for prevention of PEP in cases with difficult cannulation.

137

PREVALENCE OF PRENEOPLASTIC SERRATED POLYPS IN HUNGARY

Patai Á.¹, Micsik T.², Botár Z.¹, Patai Á.³, Sipos J.⁴, Ringelhan B.⁴, Molnár B.⁵, Tulassay Z.⁵, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Sopron Elizabeth Teaching Hospital, Sopron,

Hungary³, Department of Pathology, Sopron Elizabeth Teaching Hospital, Sopron, Hungary⁴, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary⁵

Background: Due to their preneoplastic potential serrated polyps have been an area of intense focus for gastroenterologists over the past several years. At present „serrated polyp” is used as an umbrella term and includes sessile serrated adenomas (SSA), traditional serrated adenomas (TSA), and hyperplastic polyps (HP). It is now widely accepted that SSA and TSA are preneoplastic lesions and give rise to colorectal cancers (CRC). To date, the prevalence of preneoplastic serrated polyps has not been known in Hungary.

Objective: We aimed to define the prevalence and characterize the demographical features of TSA and SSA in two pathological cohorts. Materials and methods: Pathological records were searched for „serrated polyps” in two Hungarian Pathology Departments: Department of Pathology, Sopron Elizabeth Teaching Hospital (between 2006 and 2010) and 1st Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest (between 2011 and 2013).

Results: Altogether 34 cases were found in the two databases. In the 5-year Sopron cohort 26 patients were diagnosed with serrated polyps. Of them 11 were female and 16 were male, the mean age was 60.5 years (range: 36-77). In the 3- year Budapest cohort 6 patients (2 females and 4 males) were diagnosed with SSA and 2 patients (1 female, 1 male) with TSA, mean age was 57.5 years (range 48-72). All SSAs were observed in the proximal colon. No subsequent CRCs have been observed during the follow-up.

Conclusion: Prevalence of preneoplastic serrated polyps is significantly lower in Hungary than that observed in Western European and US centers. Awareness among gastroenterologists and pathologists should be raised of preneoplastic serrated lesions, as these lesions give rise to the majority of interval colorectal cancers. Further investigation is needed to better characterize the prevalence and natural history of this newly recognized colorectal lesions.

138

INVETERÁLT NYELŐCSŐ PERFORATIO STENT KEZELÉSE

Paulovicsné Kiss M.¹, Solt J.¹, PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM I.sz. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA-ENDOSZKÓPIA¹

Bevezetés: Az oesophagus perforatio kialakulásában számos tényező játszhat közre. Statisztikai adatok szerint 75%-ban iatrogén okok (eszközös nyelőcső perforatio, postoperatív varratelégtelenség) állnak. Ezt követi a spontán kialakult nyelőcső ruptura (Boerhaave-syndroma) 12%-al, majd 10%-ban a trauma vagy idegentest okozta ruptura kialakulása szerepel. Ezen kívül még a nyelőcső falát gyengítő tényezők is szerepet játszanak, például: tumoros necrosis, diverticulum, corrosio, gyulladás. A spontán kialakult oesophagus ruptura a GI rendszer egyik legveszélyesebb sérülése. A kezelést meghatározza a korai diagnózis. A nyelőcső ilyen típusú sérülései sebészi úton, endoszkóposan (clipp, bevont stent), konservatívan is kezelhetők. Mellkas Rtg és vizoldékony kontrasztanyaggal elvégzett nyelési vizsgálat-, CT-, endoszkópos vizsgálattal, pontos diagnózis állítható fel. A tünetek és a kezelés függ a sérülés helyétől. (nyaki vagy mellkasi szakasz) Jellegzetes tünet a subcután emphysema illetve a nyakra vagy hátba sugárzó fájdalom, légzésre fokozódó mellkasi fájdalom, láz. Kontrasztanyag kilépés, subcután és mediastinalis emphysema kimutatása többnyire biztosítja a diagnózist. Legsúlyosabb szövődmény: mediastinitis (tályog, sepsis). Differenciál diagnózis PTX, hasnyálmirigy gyulladás, AMI.

Esetismertetés: 46 éves, alkoholista férfi beteg. A kezelést megelőzően 1 hónappal került más intézményben felvételre nyelőcső ruptura miatt. Tünetei: hányás, collapsus, mellkasi-háti panaszok. Mellkas sebészeti konzílium: 2 oldali drenázs Más intézménybe kerül ITO-ra: septikus állapot gépi lélegeztetés. PTE-Endoszkópia: 2014.04.16. nyelőcső stent behelyezés.

Következtetés: A fedett öntáguló fémstentek Boerhaave syndroma esetén sikeresen alkalmazhatóak septicus állapot és mediastinitis esetén is, mellkasi drénellel, parenterális táplálással és széles spectrumu antibiotikus kezeléssel kombinálva. Eddig benignus alapbetegség miatt 10 nyelőcső perforált beteget stenteltünk. A beavatkozás annál sikeresebb, minél előbb alkalmazzuk. Esetünkben erre csak nagy idővesztés után került sor. Ennek ellenére a gyógyulás ilyen súlyos esetben sem reménytelen.

139

CYANOACRYLATE INJECTION TREATMENT FOR EXTRAESOPHAGEAL VARICEAL BLEEDING

Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Szabó T.¹, Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár¹

Background and aims: Endoscopic obliteration of bleeding extraesophageal varices using N-butyl-2-cyanoacrylate (Histoacryl) has been validated by several authors. The aim of the present study is to describe the intravariceal injection technique using cyanoacrylate and to present the own results and complications observed in conjunction with the haemostatic treatment and results of the long term follow up.

Patients and methods: A total of 6 intravariceal injection treatments of N-butyl-2-cyanoacrylate were performed in 6 patients (4 males, 2 females, mean age 62.4 years) with extraesophageal variceal bleeding. In 5 cases the bleeding varices were located in the gastric fundus and in one case in the subcardial region. Four variceal bleeders under subintensive care were treated early electively with 1:1 ratio cyanoacrylate-lipiodol intravariceal injection (1 ml) solutions. Two patients were actively bleeding during the procedure. These patients after Intensive Care Unit treatment got 2-3 ml of cyanoacrylate therapy injections. The injection needle was inserted through a standard endoscope. Results: Early haemostasis was achieved in all patients (6/6) and 1 early rebleeding occurred. In one case because of repeated episode of late recurrent bleeding 1 more injection treatment was performed. There was no mortality due to acute bleeding while 2 patient died because of hepatic failure during the follow up period. The average follow up time of the 6 patients is 4,6 years (2-7). Conclusions: Endoscopic injection of diluted cyanoacrylate and lipiodol appears to be an effective and safe treatment method of the extraesophageal variceal bleeding. Injection treatment in an early elective fashion can be performed with the standard sclerotherapy equipments. The necessary quantity of cyanoacrylate for bleeding is also influenced by the intensity. The successful treatment with cyanoacrylate gives chance for long-term survival.

140

COLON CANCER GENETIC CHARACTERIZATION BY NEXT GENERATION SEQUENCING

Péterfia B.¹, Kalmár A.¹, Wichmann B.¹, Patai V. Á.¹, Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹

Background and aims: Mutation analysis of certain genes is an essential procedure for individualized therapy. The number of important target genes is gradually rising, pressing a requirement for continuous expansion of analytic methods. Fulfilling this goal in a time-efficient manner is a big challenge for diagnostic laboratories, using conventional sequencing procedures. Creating a mutation sequencing panel helped us to reach the aim to investigate the potential of Next Generation Sequencing (NGS) in colon cancer genotyping. Materials and methods: A multiplex PCR panel was designed to amplify mutation hot spots of 12 selected genes frequently affected in colon cancer (APC, BRAF, CTNNB1, EGFR, FBXW7, KRAS, MSH6, NRAS, PIK3CA, SMAD2, SMAD4, TP53). Amplicons were sequenced by a GS Junior Instrument (Roche) using ligated and barcoded adaptors. Eight samples could be sequenced in one single run. Altogether, 60 DNA samples were investigated by the panel (8 normal mucosa; 33 adenomas, 17 adenocarcinomas and 2 control cell lines).

Results: In control cell lines (HT29 and Caco-2), 4 mutations were anticipated to be found by our panel; and three of them were successfully detected. Only one adenine insertion, which was located in an adenine homopolymer region, was not detected. We found one mutated normal of eight investigated samples (12,5%). This rate was much higher in adenomas and carcinomas (78% and 76%, respectively), indicating high sensitivity. The average number of mutations found in mutated samples was 1 in low grade adenomas; 1,8 in high grade adenomas; 1,9 in carcinomas and 2,3 in serrated adenomas. The only mutation found in normal samples was a germ line APC mutation. This typical „gatekeeper” suppressor gene was mutated in adenomas more frequently than in carcinomas (36% vs. 24%), in contrast with other „caretaker” or proto-oncogenes. The most frequently mutated genes were APC, TP53 and KRAS with 36%, 18% and 26% frequencies in adenomas and 24%, 47% and 45%

frequencies in carcinomas, respectively. Interestingly, there was no sample found having APC and TP53 mutations together.

Conclusion: Our NGS based screening panel can be a useful and affordable tool to study the mutation profile of colon cancer. Additionally, not only can it detect sporadic, but many of frequent germ line mutations as well. Its application in diagnostic practice to predict therapeutic response is worth to consider.

141

COMPARISON OF HIGH RESOLUTION MELTING ANALYSIS AND PYROSEQUENCING EFFICIENCY IN COLON CANCER DNA METHYLATION MARKER DISCOVERY

Péterfia B.¹, Wichmann B.¹, Hollósi P.², Tulassay Z.¹, Molnár B.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background and aims: Methylation-sensitive high-resolution melting analysis (MS-HRM) and pyrosequencing of bisulfite modified DNA are the two most popular technologies among single locus DNA methylation studies. Both techniques involve PCR amplification of bisulfite converted DNA, although they differ in their cost, hands-on time and in the output information they give. In the present study these two methods were tested on colon cancer samples. Furthermore, interpretation of the results obtained by these techniques is also provided. Materials and methods: Fresh frozen tissue specimens were collected (20 CRC, 15 adenoma and 20 normal adjacent tissue (NAT)). After DNA isolation and bisulfite conversion, 12 different CpG rich regions of 9 genes were amplified by PCR (COL1A2, ENTPD5, PRIMA1, PTGDR, SFRP2, SOCS3, SULF1, SULT1A1 and THBS2). PCR amplification was carried out with primers designed to amplify both methylated and unmethylated templates. After amplification MS-HRM was carried out, and PCR amplicons were subsequently pyrosequenced.

Results: In general, MS-HRM provided less accurate estimation, thus it is not suitable to detect very slight methylation level alterations. However, results of MS-HRM and pyrosequencing were in harmony with each other in the 89 % of cases. The number of hypermethylated tumors found by MS-HRM versus pyrosequencing was as follows: COL1A2: 5 vs 7; PRIMA1: 5 vs 7; PTGDR: 3 vs 0; SFRP2: 13 vs 13; SOCS3: 10 vs 12; THBS2: 4 vs 5, respectively. A promoter of an alternative variant of THBS2 was found to be hypomethylated in 4 vs 5 tumor samples. In contrast to pyrosequencing, MS-HRM was able to detect sample heterogeneity, especially in case of adenomas and tumor samples. Further experiments with laser captured microdissected cells from these samples revealed that epithelial cells were hypermethylated in tumors, while no DNA methylation level alteration could be detected in stromal cells.

Conclusion: Taken together, MS-HRM is cost-effective and needs less manual work than pyrosequencing, which makes it a suitable tool for DNA methylation screening study. The higher sensitivity and the single CpG site information is the major advantage of pyrosequencing. Coupling pyrosequencing with MS-HRM results in a sensitive detection of DNA methylation giving information about single CpG sites as well as sample heterogeneity.

142

EUS-GUIDED HEPATICO-GASTROSTOMY WITH PLACEMENT OF A SPECIALIZED SELF-EXPANDABLE METAL STENT. CASE REPORT.

Pozsár J.¹, Tarpay Á.¹, Burai J.¹, Szmola R.¹, Division of Gastroenterology, Center of Surgical Oncology, National Institute of Oncology¹

Background: EUS-guided hepatico-gastrostomy (HG) is a relatively new technique for biliary diversion in cases of obstructive jaundice and endoscopically inaccessible main duodenal papilla. Crucial step of this procedure is establishment of safe and patent channel between the stomach and the left hepatic duct using the appropriate type of stent. We present a case of palliative biliary drainage by EUS-guided HG using a dedicated self-expandable metal stent (SEMS).

Case report: A 81 year old man presented with obstructive jaundice and gastric outlet obstruction secondary to pancreatic head cancer. ERCP failed due to duodenal infiltration and stenosis. After insertion of a duodenal SEMS, the decision was made to proceed with EUS-

guided HG for palliation of cholestasis. The tip of a linear endoscope was placed at the upper lesser curvature of the stomach. The dilated (10 mm) left hepatic duct was punctured with a 19 G fine needle (EZ-Shot 2, Olympus) under EUS-guidance. The appropriate place of the needle was verified either by bile aspiration and contrast opacification of the left intrahepatic biliary system. A 0.035 inch straight tip hydrophilic guide-wire (Jagwire, Boston Scientific) was inserted through the needle deeply into the left hepatic duct. The needle was exchanged over the wire to 3-5-7 F graded dilation catheter (G-Flex, X07-5-3) to enlarge the HG tract. Finally, a SEMS with a 50 % distal covered and 50 % proximal bare area (Giobor-biliary stent, Taewoong) was placed transgastrically. To minimize the chance of bile leakage an 5 F naso-biliary catheter was left through the stent in aspiration for 48 hours. The procedure took 40 minutes. The patient had a 21 day follow-up at the time of abstract submission. After the procedure the serum total bilirubin concentration decreased from 450 to 144 in 4 days, and decreased to 94 $\mu\text{mol/l}$ during the consecutive 2 weeks. Follow-up abdominal X-ray revealed asymptomatic pneumoperitoneum which resolved spontaneously in 3 days. As a major complication acute cholangitis developed which required a 5 days course of antibiotic therapy. Observation. EUS-guided HG with placement of Giobor-stent seems to be a feasible and safe procedure in selected cases and can be a real alternative of percutaneous drainage approaches.

143

MALT LYMPHOMA AND HELICOBACTER PYLORI ERADICATION

Rédei C.¹, Gyuricza I.², Topa L.¹, Department of Gastroenterology, Szent Imre Hospital, Budapest¹, Department of Radiology, Szent Imre Hospital, Budapest²

Background: 5% of the malignant tumors of the stomach are lymphomas. 40% of these lymphomas are mucosa associated lymphoid tissue (MALT) lymphomas. The average age of the patients in time of diagnosis is 60 years. The antrum of the stomach is the most frequently involved area. In case of chronic *Helicobacter pylori* infection lymphoid tissue (MALT) appears in the mucosa of the stomach, which in some cases transforms to lymphoma.

Case report: we examined a 65 year old male patient because of epigastric pain. Laboratory results were in normal range. With gastroscopy we have found neoplastic tissue in the distal part of the corpus and in the antrum. Biopsies were taken. Histological examination described MALT lymphoma, severe gastritis with signs of activity and *Helicobacter pylori* positivity. Computer tomography of the abdomen described pathological thickening of the wall of the stomach in the gastroscopically diagnosed area. No other pathological signs were found. After oncological consultation *Helicobacter pylori* eradication was performed. Control gastroscopies took place three, then six months after the eradication. Neoplastic tissue was not found anywhere. In the previously involved area moderate hyperaemia and granulated surface were described. We took multiple biopsies. Histological examination described moderate gastritis without activity. No signs of lymphoma were found.

Conclusion: the case report relates a relatively rare, but potentially curable neoplastic disease. Regular control is based on endoscopy and multiple biopsies.

144

THE EFFECT OF COMBINED LONG TERM ASPIRIN AND PROTON PUMP INHIBITOR THERAPY ON THE HISTOLOGICAL PROGRESSION OF BARRETT'S METAPLASIA

Róka R.¹, Incze O.¹, Kiss P.¹, Gyetvai Á.¹, Bálint L.¹, Németh I.³, Tiszlavicz L.², Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: It is known that the increase of the COX-2 expression is an early step in the sequence of malignant transformations leading to Barrett's metaplasia and esophageal adenocarcinoma. Furthermore retrospective studies have shown a decreased incidence of esophageal adenocarcinoma in patients on aspirin (ASA) treatment.

Aims: We aimed to determine changes of COX-2 expression and the chemopreventive effect in patients with esophageal metaplasia under

ASA + proton pump inhibitor (PPI) treatment compared to PPI treatment alone.

Patients & Methods: 105 patients were followed prospectively (M/F: 51/54, mean age: 58 years (26–80) for a mean period of 53 (13–135) months. Patients were submitted to upper gastrointestinal endoscopy and biopsy on enrolment and later at every 3-6-12 months, depending on the histological stage of the disease. Treatment arms were PPI + ASA (40 mg pantoprazole b.i.d. + 300 mg acetyl-salicylic acid) or PPI alone (40 mg pantoprazole b.i.d.). The COX-2 activity was determined in the glandular mucosa by immunohistochemistry. The COX-2 staining intensity and the histological severity of dysplasia were scored between 0 and 3 by 2 independent histologists (adenocarcinoma had a score of 4). Primary endpoints were the change of COX-2 activity and the histological stage of the disease.

Results: The COX-2 activity did not change significantly in the glandular mucosa in the studied treatment groups. Delta of the dysplasia score was positive (histological progression) in the group of PPI treatment alone, in the same time PPI+ASA group had a negative value (histological regression). In the patients with intestinal metaplasia this results are close to significance after about 5 years of follow-up. ($p=0,06$)

Conclusion: The administration of ASA had a limited effect on mucosal COX-2 activity in patients with esophageal metaplasia at the applied dose. Based on current data, ASA can have a chemopreventive effect after a long-term treatment. Correlating with previous studies our results show that more than 5 years long ASA treatment is needed to have significant chemopreventive effect on Barrett's dysplasia.

Perspectives: Longer attentive follow-up is needed to verify long-term chemopreventive effects of ASA in Barrett's metaplasia.

145

SÚLYOS CRYOGLOBULINAEMIÁS VASCULITIS KEZELÉSE HCV OKOZTA KRÓNIKUS HEPATITISES BETEGBEN

Rókus L.¹, MH EK Honvédkórház¹

A krónikus HCV okozta hepatitisben szenvedő betegekben az esetek 25-30%-ában észlelünk cryoglobulinaemiát. A tünetmentes betegeket nem szükséges kezelni. A cryoglobulinaemiás vasculitis betegek klinikai megnyilvánulásai különbözőek lehetnek, az enyhe tünetektől (sporadikus purpura) az életet veszélyeztető állapotig. T.L.-né idült HCV okozta hepatitisben szenvedő 60 éves nőt két alkalommal kezeltük az elmúlt egy évben. Mindkét alkalommal súlyos, elsősorban alsóvégtagokat érintő cryoglobulinaemiás vasculitis és anaemia volt a vezető tünetegyüttes. Plazmaferezis, kombinált immunszuppresszív kezelés (methylprednisolon, cyclophosphamid), bőrtranszplantáció átmeneti sikert eredményezett. Relapszusa kapcsán biológiai kezelés mellett döntöttünk. Első generációs B-sejt ellenes monoklonális ellenanyag kezelést alkalmaztunk (rituximab 375 mg/m² infúzió/hét, összesen 4 alkalommal). Vasculitise remisszióba került, súlyos hyalbuminaemiája megszűnt, azotaemiája jelentősen mérséklődött, anaemiájának mértéke is csökkent, járóképes lett, normotensió, testsúlya is gyarapodott. Remény van a DAA kezelés megkezdésére. A kezelést az OGYI 48795-2/2013 számú engedélyével végeztük.

146

MEZENTERIÁLIS KERINGÉSZAVAR OKOZTA BAKTERIÁLIS TRANSZLOKÁCIÓ: A POSZTKONDITIONÁLÁS LEHETŐSÉGEI

Rosero O.¹, Ónody P.¹, Kovács T.¹, Molnár D.², Lotz G.³, Tóth S.⁴, Garbaisz D.¹, Turóczy Z.¹, Fülöp A.¹, Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, Humánmorfológiai és Fejlesztési Intézet, Budapest², Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest³, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest⁴

Bevezetés: A vékonybél iszkémia-reperfúzió (IR) károsodása, keringési redistribúció és arteria mesenterica superior elzáródás kapcsán jelentkezik leggyakrabban. Mezenterialis IR során komplex szöveti-, valamint celluláris károsodások alakulnak ki. A bél epithelium sejtkapcsoló struktúrái is jelentősen sérülnek, amely a bél barrier funkciójának károsodásához vezet. A barrier elégtelensége lehetővé teszi az intraluminális patogének nyálkahártya-invázióját. Ez súlyos esetben, a baktériumok szisztémás disszeminációjával távoli szervi károsodásokhoz vezethet.

Célkitűzés: Célunk a posztkondicionálás hatásainak vizsgálata volt a vékonybél IR sérülése következtében fellépő lokális-, és szisztémás

károsodásokra, a bél barrier funkciójáért felelős molekuláris struktúrák változásaira, továbbá a bakteriális transzlokáció mértékére.

Anyagok és módszerek: Him Wistar patkányokat (n=15) három csoportba osztottunk: áloperált, IR, illetve postconditionált (PC). 12 órával a műtét előtt az állatok inokulációja történt, green fluorescent proteint expresszáló E.coli baktériumtörzssel. Az arteria mesenterica superior 60 perces kirekesztését 6 órnyi reperfüzió követte. A szabad reperfüzió kezdetén posztkondicionálást végeztünk 6x10 másodperces ciklusok alkalmazásával. A reperfüzió végén vér-, és szöveti mintavétel történt további, rutin szövettani, immunhisztokémiai, valamint bakteriológiai vizsgálat céljából. A szérum I-FABP, D-laktát, IL-6 és TNF- α koncentrációk mérése történt.

Eredmények: Az IR csoporthoz képest a PC csoport mérsékeltebb szöveti károsodást ($p<0,05$), valamint kedvezőbb claudin-2;-3;-4 illetve ZO-1 expressziós mintázatot mutatott. A posztkondicionálás hatására szignifikánsan csökkent a távoli szervekbe történő bakteriális transzlokáció előfordulása (mezenterialis nyirokcsomók: $p=0,002$; lép: $p=0,003$; máj: $p=0,01$; vese: $p=0,025$; tüdő: $p=0,01$). Az IR csoportban szignifikánsan magasabbnak bizonyultak ($p<0,01$) a szérum I-FABP ($86,3\pm 3$ vs. $66,8\pm 5$ (ng/ml)); D-laktát ($23,5\pm 2$ vs. $15,8\pm 4$ (ng/ul)); IL-6 ($417,5\pm 47$ vs. $186,6\pm 43$ (pg/ml)) és TNF- α ($59,3\pm 3$ vs. $41,2\pm 8$ (pg/ml)) koncentrációk a PC csoporthoz képest.

Következtetések. Mezentériális iszkiámiát követően alkalmazott posztkondicionálás képes volt a bélnyálkahártya károsodásának mérsékelésére, és a bakteriális transzlokáció incidenciájának csökkentésére, ezáltal korlátozva a szisztémás gyulladás intenzitását is.

147

THE PREVALENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX (GOR) RELATED SYMPTOMS IN HEALTHY SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS.

Rosztóczy A.¹, Laczkó D.¹, Bálint L.¹, Gyetvai Á.¹, Kiss P.¹, Róka R.¹, Inczefi O.¹, Szekeres V.², Wittmann T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Hungarian National Blood Transfusion Service, Szeged, Hungary²

Introduction: Most population based epidemiologic studies indicate approximately 20% prevalence of gastro-oesophageal reflux (GOR) related typical symptoms appearing at least monthly. Since most of these works were carried out in the western countries, a little is known about Central Europe, where substantial part of the population still lives outside of the larger cities. The aim of the study was to obtain data on the prevalence of GOR related symptoms in South-East Hungary.

Methods: One-hundred and one healthy blood donor volunteers (M/F: 70/31, mean age: 35 (18-62) years) were enrolled. Data collection was carried out by means of a questionnaire. Typical (heartburn, regurgitation) and atypical (oesophageal, extraoesophageal) symptoms were assessed.

Results: In the studied healthy subjects typical symptoms of GOR such as heartburn and acidic regurgitation occurred in 27% and 21% respectively. The majority of them (21/27 and 14/21) had a symptom frequency of less than 1 per month. Heartburn was present at least monthly in 6, at least weekly in 4 patients, while acidic regurgitation occurred in 6 and 1 cases. Of the atypical (oesophageal and extraoesophageal) symptoms upper airway symptoms were the most prevalent (22%), although only 3 subjects had such symptom at least monthly. Globus occurred in 7%, while other atypical symptoms were present in less than 3% of the subjects.

Conclusions: Although most studies indicate a relatively high prevalence of GOR related symptoms in the general population, our preliminary data shows, that such symptoms occur significantly less often in South-East Hungarian subjects.

148

INITIAL EXPERIENCES IN AND DIFFICULTIES WITH HOME PARENTERAL NUTRITION

Rudas A.¹, Domán A.², Sárkány Á.², Gervain J.¹, Nyikos O.¹, Izbéki E.¹, 1st Department of Medicine, Division of Gastroenterology, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár¹, Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, Saint George University Hospital of County Fejér, Székesfehérvár²

Home parenteral nutrition (HPN) is an accepted method for treatment of patients with intestinal failure (IF) of different origin. IF refers to any clinical condition that alters the physiological absorption of

nutrients leading to inability to maintain the necessary caloric balance and the homeostasis of proteins, carbohydrates, lipids, fluids, electrolytes, micronutrients. HPN has been introduced in Hungary and available for patients with IF. The aim of the present report was to summarise our initial experience with HPN. We started HPN in 4 patients with IF. The causes of IF were short bowel syndrome in 2 patients with Crohn's disease, one with serious celiac disease and another one with radiation enteritis leading to IF. Despite we initiated HPN using established protocols for the identification of risk factors and indicators of malnutrition, specific alerts to the need for nutrition support, we faced several problems during implementation of this therapeutic modality in our hospital. In our presentation we discuss the problems of the initial phase of the treatment, the problems related to venous access and difficulties of the usage of the port catheter. The questions of the education of the patient and the family as well will also be discussed. The practical problems of how to involve the family doctor into the patient management will be dealt briefly. We summarize our experiences in connection with the long-term complications of HPN including decompensation of the liver referred to as intestinal failure associated liver disease that developed in one of our patients. Each patient gained significant weight and one of them did not require blood transfusion ever since. The patient with IF associated with serious celiac disease required HPN only temporarily. We conclude that in these chronically malnourished patients, despite all difficulties, HPN resulted in an important improvement over their status compared to that before HPN.

149

AZ ALSÓ TÁPCSATORNAI VÉRZÉS SOKSZÍNŰSÉGE

Rusznay K.¹, Schäfer E.¹, Dunkel K.¹, Tolmácsi B.¹, Visnyei Z.¹, Szász N.¹, Gyökerez T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológia, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest¹

A gastrointestinalis vérzések jelentős része a tápcsatorna alsó szakaszáról származik. Mértéke lehet enyhe, de akár életet veszélyeztetően masszív is. Subintenzív részlegünkön 4 év alatt 192 beteget kezeltünk alsó tápcsatornai vérzés miatt. Életkoruk 16-101 év közé esett, nagy részük számos társbetegség miatt fájdalomcsillapítókat, trombocytá aggregáció gátlót, antikoagulánsot illetve időnként ezek kombinációját szedte. A vérzésforrás az esetek zömében már endoscopia során igazolódott, azonban a nem mindig egyértelmű eredet esetében kiegészítő vizsgálatokat is végeztünk (angio CT, angiographia, kapszula endoscopia, jelzett vvt scintigraphia). Előfordult, hogy a vérzés shockoló jellege miatt a beteg műtetre került, és intraoperatív endoscopia vált szükségessé. A kritikus állapotú, menthetetlen betegek esetében valószínűsített diagnosist a későbbi sectio vagy igazolta, vagy az sem találta meg a pontos vérzésforrást. Az alkalmazott terápia jelentős hányadát vérkészítmények és antibiotikumok alkották, az ápolási napok száma néhány órától több hétig terjedt. A diagnosztika felállításában a legfontosabb az endoscopia, de a választott módszer nagy mértékben a beteg állapotának függvénye. Az adekvát kezeléshez a pontos diagnózis, szoros obszerváció elengedhetetlen. Emiatt szükségesnek tartjuk a vérző betegek kezelésének a szakmaspecifikus subintenzív részleg létrehozását és finanszírozását.

150

A STATINOK KEMOPREVENTÍV HATÁSA HEPATOCELLULARIS CARCINOMÁBAN

Sági V.¹, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház Belgyógyászati osztály, Zalaegerszeg¹

A statinok tumorképződésre gyakorolt gátló hatása állatkísérletekben és humán daganatsejt-vonalakkal végzett vizsgálatok során többféle emésztőrendszeri tumor esetében is igazolódott. A statinok kemopreventív hatásmechanizmusa részleteiben nem tisztázott, a megnövekedett oxidatív stressznek, a fokozott sejtnemésztődésnek, a pro-és antiproliferatív fehérjék expresszió-változásának és az intracelluláris jelátviteli útvonalak befolyásolásának tulajdonítanak szerepet. Jelen összefoglaló célja, hogy bemutassa a statinok kemopreventív szerepéről eddig megjelent irodalmi adatokat a májdaganatok kialakulása szempontjából. Számos eset-kontroll vizsgálat felvetette a statinok májrák kialakulásának gátló hatását, azonban a nagy, randomizált klinikai tanulmányok eredményei egyelőre ellentmondásosak. Néhány meta-analízis eredményei azt sugallják, hogy a statinok alkalmazása csökkenti a hepatocellularis carcinoma előfordulását különösen az ázsiai populációban. Diabeteses betegek esetében szignifikáns inverz összefüggés észlelhető a statin

szedés és a májrák gyakorisága között. Legkifejezettebb daganatgátló hatást simvastatin, atorvastatin, lovastatin és a fluvastatin esetében észlelték. Habár jelenleg a statinok daganat-megelőző illetve daganatgátló célból való alkalmazása nem része a rutin gyakorlatnak, további hosszú távú, randomizált klinikai vizsgálatok lehetővé tehetik kemopreventív terápiaként való bevezetését válogatott beteganyagban.

151

SHORT BOWEL SYNDROME

Sahin P.¹, Department of Gasztroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹

Short Bowel Syndrome (SBS) causes various degrees of nutrient and liquid malabsorption depending on the type of SBS. Changes result in bowel dysfunction. Patients' alimentary canal becomes irreversibly or permanently unsuitable for the normal intake of food or for enteral nutrition. Patients with benign (Crohn's disease, mesenteric vein, etc.), malign and diffuse malabsorption belong to this category. The cut-off values of parenteral feeding dependence at end-enterostomy, jejunocolonic anastomosis and jejuno-ileocolonic anastomosis are 100 cm, 66 cm and 30 cm, respectively. The prevalence and incidence of SBS vary greatly, depending on the economic conditions of the country and the access to health care services of various regions. Creation of a national register would help in providing uniform services and care to patients and in the timely selection of the most suitable candidates for bowel transplantation. Indication of Home Parenteral Nutrition (HPN) for patients with a stable and benign condition: despite optimised enteral diet proper nutrient intake cannot be ensured (evidence level B). Proper life quality and rehabilitation must be ensured (evidence level C). Indication at malign patients: Karnofsky index >50 and no liver or lung metastasis (evidence level B). HPN was first used in the USA in the late 1960's. Today HPN is used routinely in the EU. HPN has been financed by the Hungarian National Health Service since 2013 in designated care centres that currently treat 26 patients. The most frequent lethal complications of HPN are cannula sepsis and liver failure. Type III of SBS is an adverse survival prognosis factor. Almost 50 per cent of patients with underlying chronic radiation enteritis do not need HPN in 3 years. Two other treatments beyond HPN are Bianchi procedure and Serial Transverse Enteroplasty (STEP). According to a prospective, randomized, placebo-controlled trial involving 35 patients a glucagon-like peptide-2 analog (teduglutide) resulted in no significant improvement of life quality. 50 per cent of transplantations involve the liver and the small bowel and 50 per cent just the small bowel. Three-year survival is between 55 and 88 per cent, depending on the medical centre. 88 per cent survival equals the survival rate of HPN. As yet, no small bowel transplantation can be carried out in Hungary. In summary, for severe SBS the first treatment of choice is HPN which has been available in Hungary for one year.

152

WHEN IS AN ENDOSCOPIC INTERVENTION ALLOWED IN KLATSKIN TUMOR CASES?

Sahin P.¹, Szónyi M.¹, Topa L.¹, Department of Gastroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹

Aim: The optimal treatment of Klatskin tumor is surgery. Our aim was to assess via retrospective analysis, the operability, complications of endoscopic interventions and survival of patients diagnosed with Klatskin tumor and also the adequacy of their examination algorithm and whether the biliary interventions affected survival.

Method: Analysis period: 2013. Inclusion criterion: all Klatskin tumors diagnosed within the analysis period. Exclusion criteria: hilar biliary obstruction caused by cholecyst tumor, metastasis or inflammation and operability. The number of patients was not sufficient to employ statistical methods, therefore we attempted to find answers by case analyses. Results: Case number: 7, average age: 74.7 years (58-98 years), 4 female and 3 male patients. Average survival: 3 months from start of examination. The first ultrasonography exposed hilar tumor at 2 patients. With 6 patients the second examination (CT) confirmed a hilar process and in one case no CT was performed. In 1 case out of 7 MR- cholangiopancreatography (MR-CP) was performed. As a third examination endoscopic retrograde biliary intervention was performed in all cases and in 4 cases we carried out percutaneous transhepatic drainage (PTD). ERCP was the first intervention in all cases, after which cholangitis occurred in all cases. In 3 cases we decided that the deformation was inoperable. In 4 cases an operation was carried out. 1 patient survives. The resection edge

was not tumor-free. Oncology treatment was administered. 3 patients died during the postoperative period. 2 of the inoperable patients exited within 1 month due to septic complications. In 1 case death was caused by tumor progression and PTD dislocation. Biliary interventions reduced the total bilirubin level significantly in the 2 cases only where ERCP+PTD had been performed. Conclusion: A simple abdominal ultrasonography should be sufficient to detect the location of biliary obstruction. The examination procedure was not in line with international standards (CT should be followed by PTC or MR-CP). If the location of the obstruction is known, ERCP is prohibited because each ERCP was followed by biliary infection. The death of inoperable patients within 30 days and death of the majority of patients during the postoperative period was explained by the frequency of postoperative complications that occurred after ERCP.

153

INTERACTION BETWEEN IL23R GENE AND IBD5 LOCUS IN HUNGARIAN ULCERATIVE COLITIS PATIENTS

Sarlós P.¹, Nagy L.², Csöngöi V.³, Magyari L.⁵, Melegh B.⁴, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs¹, Institute of Family Medicine, University of Pécs², Department of Immunology and Biotechnology, University of Pécs³, Department of Medical Genetics, University of Pécs⁴, Szentagothai Research Centre⁵

In previous single-locus association studies, the IBD5 loci were found not to confer susceptibility to UC, while the rs2201841 and rs1004819 IL23R were not investigated in Hungarian UC patients. The aim of our current work was to study two IL23R SNPs (rs1004819 and rs2201841) in Hungarian UC population and to test for possible statistical interaction, stratifying the IL23R genotypes by IBD5 genotypes. 320 unrelated subjects with ulcerative colitis and 316 healthy controls were genotyped. Interactions and specific genotype combinations of a total of seven variants were tested. The variants of IBD5 locus (IGR2198a_1 rs11739135, IGR2096a_1 rs12521868, IGR2230a_1 rs17622208 and SLC22A5 rs2631367) and IL23R (rs1004819, rs2201841) gene were genotyped by PCR-RFLP, the SLC22A4 rs1050152 was determined by direct sequencing. For the IL23R rs1004819 A allele we found significantly higher allele frequency (P= 0.032) in UC patients compared to control subjects. The SNP rs1004819 showed significant association with UC risk for carriers (P=0.004, OR=1.606; 95% CI:1.160-2.223) and the SNP rs2201842 for homozygotes (P=0.030, OR=1.983; 95% CI:1.069-3.678). There was no evidence for statistical interaction between IBD5 loci and IL23R genes using logistic regression analysis. After genotype stratification, we could detect a positive association on the background of rs1004819 A allele for SLC22A4 T allele, SLC22A5 C, IGR2198a_1 C or IGR2096 a T allele, the highest OR was calculated in the presence of SLC22A4 T allele (P=0.005, OR=2.015; 95% CI:1.230-3.300). There was no association with UC for any combinations of rs1004819 and IGR2230a_1. The IL23R rs2201841 homozygous genotype and IBD5 carrier status together did not confer susceptibility for ulcerative colitis. The present study has shown that UC susceptibility genes are likely to act in a complex interactive manner similar to CD.

154

WHEN THE ENDOSCOPISTS ARE NOT ABLE TO IDENTIFY AND TREAT THE BLEEDING POINT...

Schafer E.¹, Visnyei Z.¹, Gyökeres T.¹, Sándor J.², Szentpétery L.², Iványi A.³, Lestár B.³, Banai J.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Gasztroenterológia¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Radiológia², Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Sebészet³

Introduction: Overt obscure gastrointestinal bleeding (OOGB) is an emergency situation with high volume bleeding manifesting as haematemesis, melena or hematochezia without an identified source after initial upper endoscopy and colonoscopy. This is a retrospective review of the results of our institute (between the period of 2009 and 2013) of using CT angiography and conventional angiography to localize gastrointestinal bleeding in different cases with OOGB.

Patients&methods: Since endoscopic evaluation was not able to localize the bleeding site and the bleeding was overt, 31 pts were identified who had undergone CTA and 6 of them also conventional angiography for OOGB. Mean age of pts was 66 years (16-92 year). 17 pts were male and 14 were female. In 13 cases the bleeding point was in the colon, in 3 cases CTA showed bleeding from cecum diverticula, in 4 cases, although the bleeding point was not identified,

diverticula were seen on CT. All patients underwent colonoscopy. 5 pts underwent surgery (1 sigmoidectomy, 3 right-sided hemicolectomy, 1 total colectomy). In the remaining cases bleeding points were angiectasias (2/13), ischemic lesions (2/13), IBD with stenosis (1/13) and postoperative complication of appendectomy (1/13). The bleeding was managed by surgery in 3 of them. 4 pts had haemorrhage from the papilla of Vater: secondary to pancreatitis (1/4), 2 pancreatobiliary malignancies (2/4) and laparoscopic cholecystectomy (1/4). In 12 pts the bleeding point was localized in the small intestine: Meckel-diverticula (3/12), ischemic lesions (3/12), malignancies (2/12), angiectasia (2/12), and vascular abnormalities secondary to liver cirrhosis (1/12). In 9/12 cases the bleeding was managed by surgery. CTA showed directly the bleeding site in 4 cases, showed blood in the small intestine in 10 cases, and visualized other pathologic alteration in 8 cases. In 2 pts, the bleeding site remained elusive, but in both cases the bleeding stopped by conservative treatment. Conventional angiography was performed only in 6 cases, in 3 of them the angiogram was positive, but the pts were not able to treat directly by angiography, surgery was needed. In 2 cases intraoperative endoscopy localized the exact bleeding point. **Conclusion:** our cases demonstrates the literature findings that CT angiography should have a primary role in the management of OOGB.

155 ARGON PLASMA COAGULATION SZERZETT TAPASZTALATAINK

Seres L.¹, Bugát Pál Kórház Gasztroenterológia - Gyöngyös¹

Az elmúlt egy évben, nagy örömkre, bővült az endoszkópos fegyvertárunk argonplazma-koagulátor (APC) használatával. A készülék maga nagyfrekvenciás vágóként is használható és emellett tartalmaz egy argon gáz egységet. Argon plazma használata során a szöveti koaguláció, nagyfrekvenciás áram által ionizált, argon gáz segítségével jön létre. Az endoszkóp munkasatornáján levezetett flexibilis szondán keresztül jut az argon gáz a vérzés helyére. Hatását superficialisan fejt ki, a nyálkahártyával közvetlenül nem érintkezik. Egyenletes, minimális mélységű a termikus hatás. Nagyobb felületű területen is hatékonyan vérzést csillapít perforáció veszélye nélkül.

APC javallatai :

- diszpláziás Barrett-oesophagus
- vérző fekély
- gyomor antralis vascularis ectasiája (GAVE)
- postirradiations proctitis
- angiodysplasia
- polypectomia utáni vérzés
- tumoros növekedés fém stentekbe

Az eljárás ismertetése mellett bemutatásra kerülnek az elmúlt egy év betegalanyai, képes szemléltetés mellett.

156 EPITHELIAL COMMITMENT OF HEPATOCYTE-DERIVED GROWTH FACTOR RECEPTOR-POSITIVE CELLS IN REGENERATION PHASE OF ULCERATIVE COLITIS

Sipos F.¹, Fűri L.¹, Constantinovits M.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², Múzes G.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest²

Background: Hepatocyte-derived growth factor receptor (HGFR) signaling is involved either in tissue repair and in invasive tumor growth. HGFR-positive cells are present in the circulation and colonic lamina propria (LP) of patients with ulcerative colitis (UC), but their function needs to be clarified.

Aims: Regarding the regenerative phase of UC we assayed whether HGFR+ cells in peripheral blood and in colonic LP are characterized by epithelial or mesenchymal commitment.

Methods: Conventional and double immunofluorescent immunolabelings (HGFR, CDX2, Musashi-1, Lgr5, CK20, CD133) were performed and confirmed by RT-PCR.

Results and Conclusions: We found a high number of HGFR+ subepithelial and circulating cells which may be the consequence of an increased demand of cells with high mucosal reparative capacity. The presence of HGFR+/CDX2+ cells in the blood and LP of UC patients may indicate both the involvement of HGFR+ cells in the regenerative process of the damaged mucosa, and that circulating HGFR+ cells are committed to the epithelial lineage. The latter is also corroborated by the presence of Lgr5 and Musashi-1 expressions. HGFR+/CD133+ cells detected in LP suggests that a portion of

HGFR+ cells may originate from a local stem cells niche, and may potentially be involved in UC-associated carcinogenesis. The presence of CD133+/CDX2+ and Musashi-1+/CDX2+ cells in lymphoid aggregates supports that mesenchymal-to-epithelial transition is primarily located to these lymphoid structures. HGFR seems to be a potential marker of colonic tissue regeneration.

157 TREATMENT OF ACHALASIA ASSOCIATED WITH EPIPHERENIC DIVERTICULA

Solt J.¹, Csizmadia C.³, Illés A.¹, Acél P.³, Horváth Ö.², Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine, University of Pécs¹, Department of Surgery, University of Pécs², City Hospital of Mohács³

Introduction: Epiphrenic diverticula are very rarely seen and are often associated with achalasia, oesophageal body dysmotility and a high resting lower oesophageal sphincter pressure.

Material and methods: We performed pneumatic dilatation in 400 patients with achalasia in the period from 1981 to 2014. Retrospective review of data of this study population and some other dysphagic cases we selected and looked over the patients with oesophageal diverticula. All patients were investigated by means of endoscopy, radiological barium swallows and the parts of our patients were underwent oesophageal manometry. Patients with oesophageal diverticulum and achalasia or other motility disorder were evaluated in the relation of risk and benefit, and after informed consent were divided into surgical and nonsurgical groups. The most of the patient were elderly with severe comorbidity and were not good candidates for surgery. The aim of this study was to evaluate the treatment options for patient with epiphrenic diverticula.

Results: From 20 oesophageal diverticula 18 were epiphrenic-, one midoesophageal and one was in upper third. An associated motility disorder of the oesophagus was found in all the 20 patients: achalasia in 18 (90%), one of them was vigorous, hypertonic LES in one (5%), diffuse oesophageal spasm in one (5%). The dilatation was done in achalasia in five patients with 35mm-, in six patients with 40mm- and in four, increased risk patients and one hypertonic LES, with 30mm diameter balloon catheter. In one patient with achalasia and in one patient with diffuse oesophageal spasm we observed cicatricose oesophageal stenosis and angulations in the later and were dilated with 25 and 20 mm balloon catheter. The dilatation was repeated in 3 patients due to progressive dilatation and in two because of recurrences. Three patients were operated. In two patients laparoscopic diverticulectomy + myotomy + partialis fundoplication (Dor) was done. Open transthoracic operation was carried out in one patient. The dysphagia and the oesophageal regurgitation after dilatation and surgery decreased or ceased. There were no complications.

Conclusion: The laparoscopic oesophageal diverticulectomy and anterior oesophageal myotomy with partial fundoplication is the method of choice. In nonsurgical cases the forceful balloon dilatation is effective with low risk, which decreases the intraluminal pressure and enlargement of epiphrenic diverticula.

158 STENT BEHELYEZÉSEK SIKERESSÉGE SÜRGŐS ERCP-K SORÁN ENDOSZKÓPOS SPHINCTEROTOMIA (EST) NÉLKÜL

Somogyi E.¹, Tóthné Pizmán K.¹, Magyariné Muhi M.¹, Bosnyák A.¹, Gyimesi Gy.¹, Hritz I.¹, Dubravcsik Zs.¹, Madácsy L.¹, Szepes A.¹, Bács-Kiskun Megyei Kórház Gasztroenterológiai Osztály és OMCH Kft Endoszkópos Laboratóriuma, Kecskemét¹

Előzmények: ERCP vizsgálataink kapcsán egyre gyakrabban válik szükségessé az EST nélküli stentelés. Az effektív antikoagulálás, májbetegség miatt magas spontán INR (>1.6) vagy alacsony thrombocytaszám esetén (<50.000) az EST kontraindikált, ennek ellenére gyakran kényszerülünk stent(ek) behelyezésére. Sürgős ERCP-t heveny epeútgulladás, biliaris pancreatitis fellátása esetén 24-48 órán belül szükséges elvégezni és ilyen esetekben gyakran nincs elég idő a véralvadási paraméterek korrigálására. Jelen munkánkban 2010. január 1. óta végzett EST nélküli stent implantációink eredményeit dolgoztuk fel.

Betegek és módszer: A vizsgált időszakban 1703 ERCP-t végeztünk. Ezek közül 45 esetben (2,6% az összes ERCP-hez képest, 18 nő) volt szükség sürgős ERCP végzése annak ellenére, hogy az EST-nek legalább egy, de 21 esetben több kontraindikációja is fennállt. Az ERCP-eket midazolam-nalbuphin narkózisban, O2 adagolás és az O2

saturáció monitorizálása mellett végeztünk, 2 esetben propofol narkózist és intubálást is alkalmaztunk. Kettős vezeték stentelés esetén a stentek felhelyezése előtt mindkét irányba vezetődrótot vezettünk fel. Szükség esetén (szűk, heges papilla, papilla vagy suprapapillaris pancreas tumor, kefecytologiai mintavétel) 8x30 mm-es ballonnal vagy 8.5-10 F-es Soehendra bougie-val végeztünk tágítást. Az epeutakba 7 vagy 10 F-es, a pancreas vezetékbe 5 F-es preventív stenteket (PPS) helyeztünk be. Eredményeink: Mind a 45 esetben (100%) a vizsgálatot sikeresen végeztük el. Ezek közül 28 esetben kizárólag 1-3 db epeúti stentet, 16 esetben azonban az epeúti mellett PPS-t is alkalmaztunk. Egy betegnél cholecysta, epeúti és PPS-t is implantáltunk. 7 esetben (6,4%) alkalmaztunk epeúti tágítást. Amennyiben cholelithiasist észleltünk, úgy az első vizsgálatot követően 3-40 nappal, a vérzési-alvadási paraméterek korrigálását követően, ismételt ERCP során az első vizsgálat kapcsán behelyezett stenteket eltávolítottuk, EST-t végeztünk és a köveket eltávolítottuk.

Következtetés: Amennyiben sürgős ERCP végzése feltétlenül szükséges, de az alvadási paraméterek nem teszik lehetővé az EST elvégzését, úgy a vizsgálat halasztásával és a vérzési paraméterek korrigálásával nem szükséges várunk, hiszen ilyen esetekben is nagy biztonsággal megoldható az epeúti drainage. Eredményeink alapján gyakorlott ERCP-s team választhatja ezt a megoldást, hiszen nem bonyolult, azonban akár átmeneti megoldásként is a mindennapi gyakorlat része lehet.

159

DIFFERENT FLAVONOID CONTENT AND COMPOSITION IN SPROUTS

Szabó S.¹, Kristály K.¹, Asztalos Á.¹, Breitenbach Z.¹, Polyák É.¹, Kisbenedek A.¹, Farkas Á.³, Bencsik T.³, Kerényi M.², Figler M.², Department of Nutritional Sciences and Dietetics, University of Pécs¹, Department of General Medical Microbiology University of Pécs², Department of Pharmacognosy, University of Pécs³

Introduction: The aim of thesis was to confirm the presence and determine the amount and composition of flavonoids in selected sprouts with laboratory techniques. With the comparative evaluation of our data we wanted to reveal which sprouts are the most effective in preventive nutrition. This quantitative cross sectional study included of wheat, rye, soy bean, mung bean, alfalfa, sunflower, radish, broccoli, onion, buckwheat sprouts. When selecting the samples we intended to choose several different types of seeds that are part of our diet. The seeds were non-husked, non-refined, intended for human consumption, obtained from an organic food store.

Method: Following germination of the seeds, spectrophotometric and thin layer chromatographic analyses we carried out. Data were processed with Microsoft Excel software. Result: The analysis for determining O-glycosides was carried out on 8 samples, and revealed that half of the sprouts (buckwheat, sunflower, mung bean, rye) did not contain any of these flavonoid glycosides. The values measured in broccoli, alfalfa, wheat and radish were also low (0.03-0.07%), practically within the range of measurement error. 4 samples were analyzed for their C-glycoside content. Broccoli contained the highest level (0.12%) of flavonoids. Lower flavonoid content was measured in mung bean and onion, while sunflower did not contain any flavonoid. Based on comparison with the color and Rf value of standard compounds, thin layer chromatographic analysis allowed the identification of caffeic acid and chlorogenic acid in sunflower, chlorogenic acid in broccoli and radish sprouts, whereas buckwheat sprouts contained rutin, vitexin and orientin.

Discussion: Our results did not confirm the presence of substantial amounts of flavonoids in various sprouts, which suggests that the antioxidant, antibacterial and other beneficial physiological effects of sprouts cannot be attributed to their flavonoid content. However, due to their other valuable active compounds, sprouts can be recommended to be included in our diet.

160

PANNICULITIS, VAGY AMI MÖGÖTTE VAN.

Szabó E.¹, Kiss I.¹, Kiss J.¹, Szepes Z.¹, Kiss I.², Tiszlavicz L.³, Wittmann T.¹, SZTE, AOK, I. sz. Belgyógyászati Klinika (1)¹, SZTE, AOK, Radiológiai Klinika (2)², SZTE, AOK, Patológiai Intézet (3)³

Bevezetés: a mesenterialis panniculitis egy ritka, jóindulatú, krónikus lefolyású, gyulladásos körkép. Primer és secunder formája ismeretes, a secunder forma leggyakrabban malignus tumorokhoz, korábban lezajlott gyulladásos körképekhez, autoimmun betegséghez társul. A

diagnózis felállítása hasi CT-vel lehetséges, amit megerősít a szövettani mintavétel.

Esetismertetés: 1. 63 éves férfibeteg hasi panaszok, testsúlycsökkenés miatt került kivizsgálásra. Mellkas RTG, hasi UH ill. tápcsatornai endoscopos vizsgálatok során panaszait magyarázó ok nem igazolódott. Hasi kontrasztos CT a mesenteriumban 11 cm-es emelkedett densitású mesenterialis elváltozást írt le, melyet panniculitisként véleményezett. Steroidot indítottunk. A diagnózis megerősítése, esetleges egyéb folyamat kizárása céljából UH vezérelt, célzott biopszia mellett döntöttünk. 2. 70 éves férfibeteg 1986-ban jobb oldali nephrectomián esett át tu. miatt. Jelen kivizsgálása microcytaer anaemia okán kezdődött. Gastroscopia eltérés nélkül. Hasi angio CT vizsgálat a mesenterium területén kb. 10 cm-es, magasabb densitású elváltozást írt le, melyet panniculitisként véleményezett. Tekintettel a gravis, transzfúziót igénylő anemiára, a GI traktus további vizsgálata történt, colonoscopiánál emésztett vér volt a coecumban. Capsula endoscopia a jejunumban aktív vérzést látott, de a vérzés forrását azonosítani nem tudta. Sebészeti exploratio során a jejunum aboralis szakaszán kb. 10 cm-es tumort találtak, amit resecáltak. Szövettan a korábbi, kb. 25 évvel ezelőtti vesetumor késői metastasisaként, világossejtes veserák áttétjét véleményezte. 3. 44 éves férfibeteg étvágytalanság, 6-7 kg-os testsúlycsökkenés miatt jelentkezett. Fizikális vizsgálat során a köldök bal oldalán resistentia volt tapintható. Hasi UH, gastroscopia, colonoscopia érdemi eltérést nem írt le. Vékonybélfolyamat kizárása céljából CT-enteroclysis történt, mely a vékonybél részéről organikus eltérést nem igazolt, de a mesenterium területén a radiológiai szakvélemény alapján panniculitisként megfelelő, fokozott densitású elváltozást látott. Steroid indult, panaszmentessé vált. Egy év múlva mozgásszervi panaszokkal jelentkezett, melynek hátterében rheumatoid arthritis igazolódott.

Összefoglalás: eseteink kapcsán arra kívánjuk felhívni a figyelmet, hogy a mesenterialis panniculitis ismerete differenciál-diagnosztikai szempontból fontos. A diagnózis megerősítésére célzott biopszia indokolt.

161

CAPSULE ENDOSCOPY IN ACUTE OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING

Szalai M.¹, Kovács V.¹, Kiss G.¹, Andorka M.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Department of Gastroenterology, Petz Aladar County and Teaching Hospital, Győr¹

Background and aim About 5 % of all patients with acute gastrointestinal bleeding are classified as obscure gastrointestinal bleeders. Recent studies have shown that the diagnostic yield of capsule endoscopy (CE) is higher performed within the first 48-72 hours after the onset of gastrointestinal bleeding as an emergency CE. We retrospectively analysed the CE results in our centre from 2011 to 2013 March and we compared the diagnostic yield of emergency CE with all other small bowel cases.

Patients and methods Small bowel CE is reimbursed by the National Health Insurance in Hungary since August 2011. Since that time we performed a total of 152 small bowel CE examinations. In 2 cases we had technical failures. Out of the total cohort 11 small bowel capsule endoscopies were performed during the first 72 hours after the bleeding started. We analysed the findings of this 11 emergency CE-s and compared with the 139 scheduled examinations.

Results The mean age in the emergency group was 61.3±15,9 year and 57.4±14,6 year in the non-emergency group. In the emergency group 6 patients had melena, 2 had haematochezia and 3 had both. A total of 56 E blood transfusion were given (5 E/patients in average) in the emergency CE group while 368 E (2.6 E/patients in average) in the non-emergency group. The diagnostic yield was 30.4% in the non-emergency group while 100% in the emergency CE group. We detected the cause of bleeding in 10 cases (90.9%) in the emergency group while only in 43.3% of cases in the non-emergency group. The findings in the emergency CE group were as follows: 4 AVM cases, 4 angiodysplasia cases, 3 NSAID ulcers cases, 2 cases with bleeding of unknown origin and 1 Meckel diverticula case. Based on the emergency CE surgery was performed in 2 cases. As a control, the bleeding source was detected by small bowel CE in 61 (43.9%) out of 139 scheduled CE results patients.

Conclusion In our retrospective analysis we found that emergency small bowel CE has a high diagnostic yield. In acute GI bleeders after negative gastroscopy and colonoscopy emergency CE is recommended to find the bleeding source.

162

SMALL BOWEL GIST AND ADENOCARCINOMA IN RECKLINGHAUSEN DISEASE

Szász M.¹, Szalóki T.¹, Székely G.¹, Dubóczki Z.², Strausz T.², 1 st Jávorszky Ödön Kórház Vác¹, 2nd Országos Onkológiai Intézet²

Background: Neurofibromatosis type 1 or Recklinghausen disease is one of the most common hereditary autosomal dominant diseases. 50% of the cases present as new mutations. The disease-causing gene can be found on chromosome 17 as an NF1 tumor suppressor gene. The mutation of this gene leads to the loss of tumor suppressor function, thus the development of benign and malignant tumors. In 25% of the cases gastrointestinal manifestations are found, most often GIST. The second most frequent tumor is the gastrointestinal adenocarcinoma (47%). Case report: We report a 63-year-old male with weight loss and typical signs of Recklinghausen disease. CT enterography showed ileal conglomerate. During exploration a tumorous mass was found with adhesions to bladder and sigmoid colon. R 0 resection was done and histology revealed two separate malignant tumor: intestinal type adenocarcinoma and GIST.

Discussion: GIST develops in 7% of patients with neurofibromatosis, and among these patients the occurrence of NF1 is 150-180 times more frequent than in the general population. Neurofibromatosis associated with GIST is a different entity and, unlike sporadic GIST, it is usually multiplex and almost always develops in the small bowel. Histological characteristics include spindle cell type, skenoid fibers and frequent S100 positivity. Low mitotic activity usually suggests better prognosis. C-KIT and PDGFRA mutation is very rare, in agreement with the hypothesis that the pathogenesis of NF1-GIST is not C-KIT dependent. It is presumed that neurofibromatosis associated and sporadic GIST have different pathogenesis, and that the development of GIST tumor in neurofibromatosis is part of the hereditary disease.

Conclusion: Should be considered in patients with neurofibromatosis suffering abdominal pain, gastrointestinal bleeding GIST. Must be frequently associated with Synchron and metachron Subject tumors. This case showed the literature associated with neurofibromatosis appropriate GIST features here are, through which we had the opportunity of this special group of GIST study and presented.

163

MALIGNUS GASTRODUODENALIS OBSTRUCTIO - ENTERALIS STENT

Szegedi L.¹, Ágoston S.¹, Rácz F.¹, Vén L.¹, Dandé G.¹, Kovács J.¹, Czirják K.¹, Ágoston L.¹, Czuczor V.¹, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház - Jóna András Oktatókórház I. Belgyógyászati, Nyíregyháza¹

Bevezetés: A gyomorkimenet obstrukcióját okozó malignus kórképek megoldása fedetlen enteralis stent behelyezéssel biztonságos, megbízható módszer, mely helyettesíti a palliatív sebészeti megoldást. Obstruktív malignus gastroduodenalis kórképek hátterében leggyakrabban a pylorust érintő gyomortumok, a pancreato-biliaris rendszer tumoros folyamatai, ill. primeren duodenalis tumorok állnak. Gastroenterológiai részlegünkön 2013 márciusa óta alkalmazunk rendszeresen enteralis stenteket. Betegek, módszerek: 2013 és 2014 márciusa között összesen 8 betegnél történt enteralis stent behelyezés. A betegek (mind a 8 beteg férfi beteg volt), átlagéletkora 62 év volt. 4 esetben pancreato-biliaris malignoma, 2 esetben gyomortumor okozta pylorus stenosis, 1 esetben duodenum tumoros folyamata, 1 esetben gastroentero-anastomosis malignus szűkülete képezte a stentelés indikációját. Az obstrukció mértékét a GOO scoring system-mel jellemeztük. A beavatkozáshoz minden esetben öntágulós fedetlen enteralis fémstentet használtunk. A stent behelyezés mind a 8 esetben technikailag sikeres volt és a stent behelyezést követően a klinikai tünetekben is a GOOSS-mel objektívizálható javulás következett be. A 8-ból 3 esetben choledochus strictura miatt öntágulós epeúti fémstent behelyezés is történt. A beavatkozással járó várható komplikációk közül (stent migratio, stent occlusio, vérzés, perforatio) a megfigyelési idő alatt egyik sem fordult elő.

Megbeszélés: Tapasztalataink szerint a gastroduodenalis malignus obstruktív kórképekben az enteralis stenttel történő palliatív megbízható, biztonságos beavatkozás, melynek eredményessége összehasonlítható a palliatív sebészeti megoldással.

164

A MÁJKERINGÉS ELTÉRÉSEI NEM ALKOHOLOS ZSÍRMÁJ (NASH)-BAN

Székely G.¹, Szilvás Á.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórháza I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

Bevezetés és célkitűzés: NASH szindróma – már nem újkeletű orvosi fogalom, amely több elváltozást takar: metabolikus szindróma, 2. típusú diabetes, obesitas, gyógyszer mellékhatás a fő rizikótényezők, melyek fokozott fibrosison keresztül akár cirrhosisig fajulhatnak. Fontos a mielőbbi diagnózis, a progressziót csak az anyagcsereállapot javítása lassíthatja. Az ultrahang vizsgálat a legérzékenyebb módszer ennek kimutatására. A parenchyma echogenitása mellett értékes információt nyújthat a májkeringés vizsgálata. A beteg évekig-évtizedekig tünetmentes maradhat. Rutin orvosi vizsgálat azonban ezeknek emelkedését a vérmintában. Előrehaladott esetben az epeelvezés is zavart szenved, sárgaság alakul ki. Csökken a máj vérértelmezési faktor-termelő képessége, vérzések lépnek fel. A májban felszaporodik egy rostos kötőszövet, amely a máj keringését rontja, nyelőcső visszerek keletkeznek, amelyek megpedesése halálos vérzést okozhat. A szövettani mintavétel során négy súlyossági fokozatba osztják a NASH-t, és e betegségben szenvedők 25%-nál halad előre a folyamat. Súlyosabb a lefolyás, ha ehhez krónikus vírusos májgyulladás is társul. A betegség kezelése egyelőre sajnos megoldatlan. Az alapbetegség - anyagcserezavar, a kóros elhízás - rendezése, az epesavszintet csökkentő gyógyszerek, valamint az ún. májvédő antioxidáns gyógyszerek adhatók. Alapvetően fontos az alkoholmentesség, a kórosan emelkedett vérzsírszint csökkentése és a fokozatos testsúlycsökkentés. Enye klinikai és májfunkciós eltéréseknél és súlyos steatosisban ismertetjük a májkeringés eltéréseit.

Eredmények és megbeszélés: Esetbemutatókban demonstráljuk a talált eltéréseket: a v. portae áramlás csökkenését, a v. hepatica keringési görbe deformitását, amelyeket összevetünk a máj zsírosodási zavarával. Az irodalomnak megfelelően valamennyi NASH-nek megfelelő betegnél találtunk patológiás ultrahang eltérést. A klinikai kép és a pozitív ultrahang jelek azonban nem feltétlenül korrelálnak. Súlyos fibrosisban is észlelhetők voltak szabályos v. portae görbék, míg a v. hepatica görbe deformitása már korábban jelezte a fibrosist. A fibroscan már korán jelzi a fibrosist, míg a computer tomográfia érzékeny módszer a máj zsírtartalmának kimutatására.

Következtetés: A keringési vizsgálattal kombinált ultrahangvizsgálat hasznos információkat nyújt NASH-ben szenvedő betegeknél is.

165

IDŐSKORI HASMENÉS ÉS A BÉLFLÓRA MEGVÁLTOZÁSA

Székely G.¹, Szilvás Á.¹, Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórháza I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

A hasmenéses panaszokkal jelentkező betegnél a vizsgálatok irányát azonnal megszabja a részletes és pontos anamnézis. Gondolnunk kell infektív eredetre, és gyanújelek esetén /láz, hőemelkedés, hirtelen fellépő hasmenés hasi fájdalmak mellett/ széklettenyésztést kell kérni. A székletben az okkult humán vér kimutatása részben a colorectalis carcinoma szűrésnek is, mégis gyakran elmarad. Nem ritka a fertőzéses hasmenéses betegek gasztroenterológiai rendelésre, osztályra való beküldése. A legkisebb gyanú esetén is fertőző osztályra kell a beteget küldeni, hiszen egy általános belosztályra felvett fertőző beteg utáni fertőtlenítés, izolálás, szűrés nagy munka- és költségteherrel jár a kórházi osztályok számára, nem beszélve a dolgozók és betegek veszélyeztetéséről. Krónikus, nem fertőző hasmenések mögött gyakran áll vastagbél carcinoma, de idős korban is manifestálódhat a gyulladásos bélbetegség mindkét típusa, a colitis ulcerosa és a Crohn betegség. Nem gyakori, de létezik az idős korban fellépő sprue (glutén szenzitív enteropathia), valamint a laktóz intolerancia és a vékonybél baktériális felülferőződése (kontaminációja), amelyek a bélflóra patológiás irányba való eltolódásával járnak. Ez utóbbit korábbi gyulladások (gyomor-, vékonybél vagy epehólyag) okozhatják. Nem ritka az antibiotikum asszociált colitis, amely súlyos esetben a Clostridium difficile felszaporodás okozta pseudomembranosus colitissé válhat. Ez esetben sem hiba, ha fertőző osztályra kerül a beteg, ugyanis ezeken osztályokon korábban ismerik fel és szakmailag rutinosabban látják el a betegeket. Alapvetően fontos ugyanis a gyorsan megkezdett terápia. A célzott kezelés mellett fontos a probiotikumok kellő dózisban és kellő ideig tartó adagolása is. Igazoltan jótékony klinikai hatást

fejtenek ki a kóros flóra elnyomásával az alábbi baktériumtörzsek: *Lactobacillus* (tejsavbaktériumok), *Bifidobaktériumok*, *Streptococcus Thermophilus*, *Saccharomyces boulardii* és *Enterococcus faecium* nevű mikroorganizmusok. A bélnyálkahártya sejtjeihez tapadva megkezdni kezdenek a kórokozók, erősítik a bél- és így az egész szervezet immunválaszt. A sejtnövekedéshez szükséges vitaminok termelésével, az ásványi anyagok felszívódásának javításával érik el hatásukat.

166 DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC DIFFICULTIES OF ABDOMINAL PAIN – CARCINOID CARCINOMA

Székely A.¹, Szántó P.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹

Introduction: Incidence of neuroendocrine tumours (NET) is increasing, with 2-8 cases per 100 000. Flush and diarrhoea, the well-known symptoms, occur in advanced, metastatic cases. Biochemical markers, as chromogranin-A, are helpful tools in the early phase, but localisation of these typically small tumours still remains difficult. With the following case report we wish to call attention to the differential diagnostic difficulties, the importance of comprehensive endoscopic examinations and some new, promising treatment possibilities.

Case report: A 75-year old female complaining of abdominal pain of varying intensity and location was undergoing thorough examination for several years. She had colonoscopy as well, but terminal ileum was not intubated. Bile duct stones apart, no other alterations were found. ERCP was postponed because of acute coronary syndrome, requiring stents. After three years of recurring complaints she was suddenly operated for mechanical ileus, and carcinoid carcinoma of the terminal ileum was diagnosed. Treatment with a somatostatin analogue was started. This therapy was effective for a period of two years, after which progression of the disease was observed and therefore DOTATEC treatment was planned. Because of sudden-onset haematochaesia this therapy in Basel had to be postponed. Colonoscopy did not show any intraluminal recurrence of the disease, but ischaemic colitis.

Conclusions: Also in the presence of abdominal pain of uncertain origin, the differential diagnosis should include the possibility of less frequent gastroenterological diseases such as NET. Colonoscopy can be considered to be of full diagnostic value when terminal ileum is examined, too i.e. ileo-colonoscopy is performed.

167 ENDOSCOPIC REPOSITIONING OF OESOPHAGEAL STENT MIGRATED IN THE STOMACH AND THE PREVENTION OF STENT MIGRATION

Székely A.¹, Budai N.¹, Varga I.¹, Fejes R.¹, Altörjáy Á.², Izbéki F.¹, Szent György University Hospital of County Fejér, 1st Department of Medicine¹, Szent György University Hospital of County Fejér, Department of Surgery, Székesfehérvár²

Placement of an oesophageal self-expandable stent (SEMS) is a safe and effective procedure to palliate inoperable oesophageal carcinoma and is an accepted method for the treatment of oesophageal perforation. Migration is one of the most common complications after stent placement. Experience with SEMS has revealed an increased risk of migration when the stent is placed for perforation, or in case of covered stents used for oesophageal cancer especially so if implanted across the gastro-oesophageal junction. Management of migrated stents is a controversial issue and it is extremely important that the endoscopist is able to recognize and manage this situation. The aim of the present report was to review the techniques of endoscopic management and prevention of stent migration. Patients and methods: We reviewed the 47 cases with SEMS placement in the past 2 years in our endoscopic laboratory. All but one SEMS were placed for malignant oesophageal stenosis. We experienced stent migration into the stomach in one patient with adenocarcinoma of the cardia following chemo-radio therapy. The migrated stent did not cause any symptom for the patient; it was detected during re-staging CT. The stent could only be retrieved from the stomach and repositioned in the gastro-oesophageal junction following balloon dilation of the cardia. Most stents have a "lasso" at the upper flange which facilitates stent repositioning or removal. Constriction of the proximal flare stent is the most important step for stent removal and forceps, snare and loops can be used alone or in combination to achieve adequate constriction. Stent migration can be prevented by adequate stent selection and

external or internal stent fixation measures. We demonstrate the successful prevention of the migration of a fully covered SEMS placed in a mentally retarded patient with pica who swallowed pieces of sharp glass causing oesophageal perforation. Conclusions: The endoscopist should be able to take preventive measures, as well as recognize and endoscopically manage stent migration. Migrated stents should be removed or repositioned.

168 MICROSATELLITA INSTABILITÁS - A KEDVEZŐ PROGNOSZTIKAI FAKTOR COLORECTALIS CARCINOMÁS BETEGYAGUNKBAN

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

Bevezetés: A daganatos halálozásban élen járó vastag és végbélrákos megbetegedésekre a szűréseket megelőző időszakban fokozott figyelem irányul. Ez inspirálta a Zala Megyei Kórház Patológiai Osztályán szövettannal igazoltan colorectalis carcinomás beteganyag elemzését egy fontos prognosztikai faktor, a mikrosatellita status alapján.

Célkitűzés: A 2006.05.25.-2013.02.11. között felfedezett, jó prognózisú mikrosatellita instabil vastagbélrákok előfordulási arányának és gyógykezelésének áttekintése, irodalmi adatokkal való összehasonlítása.

Módszerek: Az adatok elemzése retrospektív módon történt, a kivizsgálás eredményei, az onkológiai team javaslata, a műtéti leírás és a műtét/sugárterápia utáni onkológiai kezelés leleti alapján. A mikrosatellita status immunhisztokémiai módszerrel, napi rutinban került meghatározásra.

Eredmények: 66 beteg (39 nő és 27 férfi) adatai kerültek feldolgozásra, akiknél a szövettani lelet mikrosatellita instabilitást igazolt. Beteganyagunkban a jó prognózisú, mikrosatellita instabil vastagbélrák az irodalmi adatoknál ritkábban (7,1 %-ban) fordult elő. Közülük ketten IBD miatt álltak gyógykezelés, gondozás alatt. Az átlagéletkor 68,3 év volt (39 – 89 év). A tumor dominálón a jobb colon félből fordult elő, 3 esetben a sigmában, 5 főnél a rectumban került észlelésre. A 66 betegből mindösszesen 10 főnél igazoltunk Dukes B1 stádiumot. A kemoterápiát kapóknál a Folfex kezelés került előtérbe, irodalmi ajánlások szerint. **Következtetések:** Eredményeink alapján a szűréseket nélkülöző időszakban ezen fontos, a gyógykezelést irányító prognosztikai faktor napi rutinban, immunhisztokémiával elérhető módon való használata ajánlható.

169 EFFECTIVENESS AND SAFETY OF ENDOSCOPIC BALLOON DILATATION FOR STRICTURES IN CROHN'S DISEASE – A MULTICENTER STUDY

Szepes Z.¹, Anita B.¹, Dalma T.¹, Palatka K.², Nagy F.¹, Farkas K.¹, Bor R.¹, Wittmann T.¹, Molnár T.¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, University of Debrecen, Debrecen²

Introduction. Crohn's disease (CD) is a chronic inflammatory disease which frequently complicated by obstructive symptoms secondary to development of intestinal strictures. The aim of this study was to assess effectiveness, safety of endoscopic balloon dilatation. Patients and methods. Data of 90 endoscopic balloon dilations in 44 CD patients were retrospectively analyzed. 13.3 % of procedures were performed in upper gastrointestinal (GI) tract and 86.7% in lower GI tract. 10-18 mm diameter sized balloons were used. Short-term success rate was defined as the ability of endoscope to traverse the stenosis after dilatation. Long-term clinical success rate was claimed if a patient remained asymptomatic and did not require surgery or further endoscopic dilation, following technical success.

Results: 62.2 % of strictures were de novo and 37.8% anastomotic. The mean time between diagnosis and development of strictures with symptoms was 7.45 (0-27) years. The elapsed time between diagnosis and the first balloon dilatation was 9.7 (0-35) years. 72.2 % of dilations were successful on short-term period without serious complications. 21 patients showed that endoscopic balloon dilatation is effective on long-term period. 13 patients received previously biological therapy in that group. Overall, 21 subjects received biologicals before and 23 subjects after dilatation. 7 subjects had need for surgery due to strictures after balloon dilatation.

Conclusion. The result of this retrospective multicenter study highlights that endoscopic balloon dilatation is an effective therapy of the short strictures in CD with low complication's rate. Using this endoscopic method we can avoid surgical interventions in most of the cases.

170

OUR RESULTS WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS)-GUIDED DRAINAGE OF PANCREATIC FLUID COLLECTIONS (PFC)

Szepes A.¹, Gyimesi G.¹, Janota M.¹, Velkei T.¹, Hausinger P.¹, Hritz I.¹, Madácsy L.¹, Dubravcsik Z.¹, Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital and OMCH Ltd's Endoscopic Unit, Kecskemét, Hungary¹

Background: The management of PFCs has changed over the last decades. The surgical approach at certain criterias was turned into the minimal invasive technologies such as endoscopy- or EUS-guided drainage. EUS has the advantage that the interposed whessels could be passed by and the majority of the non- bulging cysts could be drained. In our study we prospectively collected and analyzed our data between 2010 and 2014. Method: 38 pts were referred to PFC drainage and 34 (9 women, 7 walled-off pancreatic necrosis (WOPN) and 27 pseudocysts) underwent the EUS-guided operation, but in 4 the non-bulging PFCs were far from the lumen to be safely drained. If the drainage was performed through the transluminal way, a 10 F cystostome was used to get into the PFC under EUS (EG530UT, Fujinon, Japan)-guidance than two guidewires were inserted simultaneously. After balloon dilation 1-2 (1.54) double-pigtail 7 to 10 F-sized plastic stents were placed into the PFC. Nasocystic drain was also insterted for 2-10 days to all pts with WOPN or pseudocysts with consistent fluid content. All 4 pts, who had transpapillary drainage got only one 7 F double pigtail stent after sphincterotomy. The pts were followed-up with laboratory tests and abdominal ultrasound. The stents were removed 3 months after the initial examination.

Results: The average size of PFCs were 11.35 cm (6-20). Four drainages were performed through the papilla, 2 transduodenally and 28 in a transgastric way under EUS control. 12 from the 16 (75%) non-bulging PFCs could be drained. Four of our pts (11.8%) had complications after the endoscopy: two mild, spontaneously-stopped bleedings from the pseudocysts and two abdominal perforations that had to be managed surgically, both of them had non-bulging PFCs. We lost 2 pts from the follow-up, but the average of the remaining 32 pts' follow-up time was 8 months (1- 28). No procedure-related death was observed. 5 pts died during the follow up: two because of unrelated diseases but 3 (all of them had WOPN) because of late complications of the necrotizing pancreatitis within 1-2.5 months after the endoscopy. All but two surviving pts had no recidive pseudocysts (94%) at the end of the follow-up period. Conclusion: The EUS-guided drainage of these high risk patients with large PFCs is effective and safe minal invasive endoscopic procedure with only a minimal recurrence rate. The EUS has the clear advantage that the majority of the non-bulging PFCs could be succefully drained.

171

MAY CIRRHOSIS BE REDUCED BY ERADICATING HEPATITIS C VIRUS?

Szinku Z.¹, Abonyi M.², Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár¹, Semmelweis University, 1st Department of Internal Medicine, Budapest²

Several data of the literature suggest that the attainment of sustained virologic response in patients with chronic hepatitis C may result in an improvement of the biochemical markers of hepatic function, amelioration of fibrotic stage, and frequent regression of cirrhosis. The authors report on a patient who initially underwent oncologic examinations due to focal liver disease and then was diagnosed with chronic hepatitis C. Following the exclusion of malignancy, the patient received antiviral therapy. The initially administered double combination of pegylated interferon and ribavirin remained unsuccessful, however the triple combination, completed with telaprevir, has attained virologic response. The focal liver disease, which was caused by steatosis, and the stage of fibrosis showed significant improvement. By reporting on this patient and reviewing the data of literature, the authors wish to draw attention to the amelioration of morphologic alterations of the liver due to the successful therapy of HCV.

172

DYNAMICS OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION INDEXES IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AFTER CHOLECYSTECTOMY

Szircsák E.¹, Ruszin L.², Kurcsák N.¹, Ungvári nemzeti egyetem, orvosi kar, belgyógyászati tanszék, Ungvár, Kárpátalja¹, Ungvári nemzeti egyetem, orvosi kar, sebészeti tanszék, Ungvár, Kárpátalja²

Aim of the research: to assess the dynamics of endothelial dysfunction (ED) in patients with chronic pancreatitis (CP) after cholecystectomy (CE) on the background of receiving the drug L-arginine L-glutamate.

Materials and methods. 36 patients with CP after CE were examined, which were treated in TRCH in Uzhhorod. The diagnosis of CP aggravation was made with the consideration of complaints, anamnesis, laboratory and instrumental methods of examination. CP formed on the background of biliary disease (CE was performed on all of the patients in terms of 8.4±2.6 years). ED was studied by the method of D.Celemajer, determining the endothelium-dependent (EDVD) and endothelium-independent (EIVD) vasodilation of brachial artery using ultrasound duplex scanning. The level of the von Willenbard factor (vWF) was determined, one of the laboratory ED markers, using chromogenic analysis on the Sysmex apparatus. Basic therapy for patients with CP after CE included assignment of antispasmodics, prokinetics, and, if necessary, non-narcotic analgetics and custom-compounded enzyme replacement therapy. Patients were also appointed the drug L-arginine L-glutamate (Glutargyn) by 5.0 ml of 20% solution intramuscularly for 2 weeks. Results. On the background of the conducted complex treatment using the drug L-arginine L-glutamate in patients with CP after CE the increment of EDVD from 9.3±0.5% to 12.6±0.7%, EIVD – from 17.7±0.8% to 23.4±0.7% -p<0.05 was set. These changes were accompanied by the reduction of levels of vWF in the serum from 175.4±11.8% to 122.7±6.8%-p <0.05. Such positive dynamic of ED indexes was accompanied by marked positive changes of clinical manifestations of CP in patients after CE, namely: manifestations of intestinal dyspepsia decreased by 62.4% after the treatment, pain syndrome – by 59.7%, biliary dyspepsia manifestations – by 35.9% (p<0.05). Appointment of L-arginine L-glutamate in the complex therapy of patients with CP after CE leads to positive dynamics of DE indexes and clinical signs of this disease. Timely correction of the ED indexes in patients with CE can help prevent lesions of the organs of the hepatobiliary system, especially the pancreas in the given category of patients.

Conclusions: In the patients with CE complex therapy using the drug L-arginine L-glutamate leads to normalization of the ED indexes and clinical manifestations of CP.

173

TÜKÉS PAPILLOTOMIA ÉS PROFILAKTIKUS STENT GYAKORLOTT KÉZBEN

Szőnyi M.¹, Topa L.², Sahin P.³, Szent Imre Kórház¹, Szent Imre Kórház², Szent Imre Kórház³

Bevezetés: A konvencionális papillotomia sikertelensége esetén az endoszkópos szfinkterotómia eléréséhez a tükés papillotomia (NKP) az egyik lehetséges választandó módszer. Ezen technika sikeressége nagyban függ az operator tapasztalatától-perforáció, vérzés, iatrogen pankreatitisz lehetnek a szövödményei. A iatrogen pankreatitisz az egyik leggyakoribb szövödménye az ERCP-nek. A komplikáció megelőzésének egyik leghatékonyabb módja a profilaktikus Wirsung drainage, mely az epeút kanülálást is megkönnyíti.

Célunk: az osztályunkon 2012. január 1-e és 2013. december 31-e közt sikertelen szelektív epeúti kanülálás miatt végzett tükés papillotomiát vagy bármilyen okból profilaktikus pankreasz stent (PS) használatát követően kialakult minimum ötszörös székum amiláz szint vizsgálata volt.

Betegek és módszer: a fenti időszakban osztályunkon közel 1500 ercp-t végeztünk. 157 esetet vizsgáltunk. 118 NKP-t, 39 PS-t kapott beteget elemeztünk. 74 férfi(47.1%) , 82 (52.9%) nő betegünk volt. Az átlagéletkor 64.56 év volt. Az összes eset 71.3 %- át(112 beteg) expert-, 28.7%-t (45 beteg) pedig kezdő ercp-s végezte. Tükés papillotomián átesett és profilaktikus stentet is kapott betegek a "stentelt" csoportba kerültek. Tükés papillotomiát követően végül minden betegnél komplett est történt. Az NKP-t tisztán vágóárammal végeztük. Expert az összes NKP 78.81%-át (93 beteg) expert-, kezdő ercp-s az NKP-k 21.19%-át (25 beteg) végezte. PS-t expert 28 esetben(71.79%), kezdő 11 esetben(28.21%) helyezett be.

Eredmények: Az NKP-n átesett betegek közül 7 (5.93%) betegnél észleltünk ötszörös vagy annál nagyobb szérum amiláz emelkedést. A PS csoportban 4 esetben (10.26%) láttuk ezt. Egy perforációnk volt (0.79%), a beteg tápszondát kapott, műtetre került. Expert által végzett NKP után 6 betegnél (6.45%), kezdőknél 1 (4%) alakult ki jelentős hiperamilazémia. Expert PS-t kapott betegeinél 10.71%-ban (3 beteg), kezdőknél pedig 9.09%-ban (1 beteg) mértünk magas amiláz értéket. Tapasztalt vizsgáló szignifikánsabb nagyobb arányban végzett szövődénymentes NKP-t. A PS-t kapott betegeknél a hiperamilazémia előfordulása a "learning curve" elején tartó kollégák eseteivel összehasonlítva nem volt kevesebb.

Következtetések: Az előforduló szövődénymentes NKP-t a nagy esetszámmal szerzett gyakorlat jelentősen mérsékli. Az NKP ennek jó példája. A profilaktikus stent pedig mind gyakorlott, mind kezdők esetében nagy segítséget jelent.

174

TWO CASES AN ACUTE AND A CHRONIC CASE OF BUDD-CHIARI SYNDROME

Takács E.¹, Lidi H.¹, Taller A.¹, Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹

Background: Budd-Chiari syndrome (BCS) is a rare disease, with an incidence of 0.2-1:100 000, and it is caused by occlusion of the hepatic venous outflow. In primary BCS thrombosis of hepatic veins or of intra- or suprahepatic vena cava inferior is the cause. The main symptoms are abdominal pain, hepatomegaly and ascites. The acute onset cases are better known, but sometimes missed during the differential diagnostic workup. According to autopsy data the chronic form remains frequently undiagnosed.

Case reports: A 36 year-old female with known antiphospholipid syndrome and essential thrombocythaemia with JAK 2 mutation was examined because of vomiting, abdominal pain and fever. Abdominal ultrasonography confirmed BCS. Acenocoumarol therapy was changed for heparin (LMWH) and because of rapidly developing liver failure she was put immediately on an acute liver transplantation list. After 3 days liver function improved, but chronic liver failure could not be avoided. Endoscopic varix ligation, paracentesis and Denver shunt was needed, too. After 9 months she died following massive gastrointestinal bleeding. An 81 years old female was admitted because of pulmonary embolism. According to laboratory data and abdominal ultrasound acute cholecystitis was supposed with the possibility of liver abscess. Despite LMWH and antibiotics rapid progression occurred and haemodynamic instability developed. The diagnosis of BCS was made during the urgent laparotomy. She died after surgery.

Conclusions: Budd-Chiari syndrome is a rare disorder with usually poor outcome. It is often misdiagnosed. In the background of abdominal complains BCS can be the cause, too, especially in patients with myeloproliferative disorders. The source of pulmonary embolism might also be in the hepatic veins.

175

GASTRIC APPEARANCE OF KAPOSI SARCOMA: CASE REPORT

Takács R.¹, Sági Z.², Szabó A.³, Petrányi Á.⁴, Hamvas J.¹, Gastroenterology Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest¹, Ist. Institute of Pathology Semmelweis University, Budapest², Pathology Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest³, Oncology St. Laszlo Hospital Budapest⁴

Introduction: Kaposi sarcoma (KS) is a low-grade vascular tumor associated with human herpesvirus-8 infection (HHV-8). Gastrointestinal (GI) involvement can precede, with or without the appearance of skin lesions. 4 forms of this disease have been described. HHV-8 has been detected in all type of Kaposi sarcoma. The third type is the transplant- or immunosuppression-associated variant of Kaposi sarcoma with corresponding lesions. The primary diagnosis of Kaposi sarcoma in the GI tract should be considered in elderly men from specific geographic regions, and in immunosuppressed and AIDS patients. Although, GI KS is usually asymptomatic, but may present with gastric complains, small bowel intussusceptions or bleeding.

Case report: 70 y.o man medical history of thymoma origin myasthenia gravis for six years, following thymectomy and medical therapy. He was treated for coronary stenosis (LAD), PTCA performed. At admission he presented epigastric pain and heartburn. Upper GI endoscopy revealed reflux esophagitis and chronic gastritis

with multiplex polyps of the gastric body, fornix and antrum. The endoscopic picture suspected melanoma. Typical histology picture resulted Kaposi sarcoma. On immunohistochemistry, the tumour tested positive for HHV8, CD34 and CD 31. Abdominal CT scan and endosonography described gastric wall thickening located on mucosal and submucosal layer and muscular in some part. Blood test was negative for HIV and no cutan signs were seen. Oncotherapy started (liposomal doxorubicine Caelyx®) with ongoing series. After 6 month follow-up gastroscopy result diminish of number and dimension of gastric polyps.

Summary: The diagnosis of Kaposi sarcoma with a negative HIV test and positive test for HHV-8 and CD34 and CD 31 should be considered of immunosuppression. In our case the primary thymectomy could be in correspondence to immunosuppression condition and the prevalence of isolated gastric Kaposi sarcoma.

176

SZÉKLET TRANSZPLANTÁCIÓ AZ EGRI MARKHOT FERENC OKTATÓ KÓRHÁZ ENDOSZKÓPOS LABORATÓRIUMÁBAN

Takácsné Kollár K.¹, Vörös M.¹, Bocsi Z.¹, Szabó A.¹, Komárominé Suhaj K.¹, Enyedi J.², Kozák R.¹, Markhot Ferenc Oktató Kórház Eger Endoszkópos Laboratórium¹, Markhot Ferenc Oktató Kórház Eger Infektológiai Osztály²

Az utóbbi években a Clostridium difficile fertőzés incidenciája és súlyossága jelentős növekedést mutat a fejlett országokban, így hazánkban is. Hazánkban az elmúlt 2 évben nőtt meg jelentősen a Clostridium difficile okozta enterális megbetegedések (CDI) száma. A CDI epidemiológiájának komoly változása legalább részben egy új hypervirulens, fluorokinolon rezisztens, fokozott toxin termelésre képes Clostridium difficile törzs elterjedésének köszönhető. Ez az A+B és binary toxint termelő törzs súlyos kórlefolyásra hajlamosít, melynek halálozása 20-30 % közötti, sokszor kórházi járványok formájában jelentkezik és az adekvát kezelés ellenére is recidivára hajlamos. A kezelési stratégia legfontosabb láncszeme a kiváltó antibiotikum elhagyása, a megfelelő tüneti terápia mellett a Clostridium difficile-re ható antimikrobás készítmény adása. Nagyszámú nemzetközi közlemény ismerteti egy új terápiás eljárást, mellyel kiváló eredményeket lehet elérni a recidiváló CDI esetén. Ez a beavatkozás a széklet transzplantáció. A bejuttatott normál bélbaktériumok kolonizálják a recipiens bél nyálkahártyáját és kiszorítják a patogén Clostridium törzset, ezzel helyreáll a normál bélflóra, mely a CDI tüneteinek megszűnését eredményezi. A Markhot Ferenc Oktató Kórház Gasztroenterológián 2013.márciusa óta végzünk széklet transzplantációt. A 2013-as évben 7 alkalommal végeztük el a beavatkozást. A poszterünkben a beavatkozással kapcsolatos tapasztalatainkat szeretnénk ismertetni.

177

CAUSE OF DIARRHOEA: NEUROENDOCRINE TUMOUR OR MICROSCOPIC COLITIS, A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CHALLENGE.

Taller A.¹, Takács E.¹, Salamon F.², Uzsoki Hospital Dept. of Gastroenterology¹, Uzsoki Hospital Dept. of Pathology²

Background: Neuroendocrine tumours (NET) are thought to be rare disorders. Incidence of microscopic colitis (MC) is almost the same as of Crohn's disease. After all, in daily practice this possibility is not always kept in mind and therefore biopsy samples are many times not taken and so MC remains undiagnosed. We report a diagnostic workup of a case with chronic diarrhoea, where the cause for long time seemed to be NET.

Case report: From the medical history of the 45 years old male patients smoking and surgery for sinus maxillaris polyps and cysts are known. He visited in November 2012 an outpatient clinic because of non-bloody diarrhoea. At abdominal ultrasound and CT a 30x40mm hypodense lesion was found in the right suprarenal gland. Ultrasonography of the thyroid gland showed thyroiditis. At colonoscopy terminal ileum was intubated and biopsied, but normal mucosa was found even microscopically. Chromogranin-A level was markedly elevated. No exact diagnosis could be made after 15 months of careful examinations. Because diarrhoea worsened a repeated ileo-colonoscopy was carried out. Collagenous colitis was established. Cessation of smoking was advised and budenoside therapy started with best effects.

Conclusions: MC is a histological diagnosis. It is absolutely necessary that multiple biopsies should be taken, when endoscopically normal

mucosa is found during a colonoscopy which indication was diarrhoea. The question must be put to the pathologist, whether MC is present or not.

178

SPECIMEN ELTÁVOLÍTÁSA SZÁJON ÁT: LAPAROSCOPOS-GASTROSCOPOS RENDEZVOUS-TECHNIKA GYOMOR ELVÁLTOZÁSOK MIATT
Tari K.¹, Lukovich P.¹, Vass T.¹, Harsányi L.¹, I. sz. Sebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹

Bevezetés: Az intraoperatív endoscopia indikációja leggyakrabban az elváltozások helyének meghatározása. Gyakorisága - a laparoscopia térnyerésével - az utóbbi időben növekedett. A felső gastrointestinalis rendszer elváltozásai esetében lehetőség van emellett a specimen természetes szájadékon történő eltávolítására (NOSE) is, mely tovább csökkenti a műtét invazivitását. Betegek és módszer: A Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikán 2013-ban három betegnél végeztünk laparoscopus gyomor resectiot, flexibilis endoscoppal nem eltávolítható, benignus elváltozások miatt. Egy esetben nagy kiterjedésű, a gyomor corpusban elhelyezkedő high grade dysplasia, két esetben EUS alapján GIST gyanúja miatt, került műtetre a beteg. Mindhárom esetben intraoperatív gastroscopiával segítettük az elváltozás helyének meghatározását, majd a laparoscopusan végzett gyomorresecció után a specimen polypectomiás hurokkal megragadva, gumicsuklya védelmében a beteg száján keresztül távolítottuk el.

Eredmény: Sem korai, sem késői műteti szövődményt nem észleltünk, a resectio mindhárom betegnél az ében történt. A szövettan az első esetben csak high grade dysplasiát igazolt, a specimen mérete 4x5 cm volt, egy esetben submucosus lipoma volt (4x3cm) és egy esetben follicularis hyperplasia-t igazolt (3x2,5 cm). Megbeszélés: Azokban az esetekben, amikor a korai tumorok, illetve a kisméretű benignus polypok, elhelyezkedésük, vagy mucosát meghaladó mélységi terjedés miatt flexibilis endoscoppal technikailag nem távolíthatók el, laparoscopus módszerrel hatékonyan resecalhatók. Az intraoperatív endoscopus asszisztencia amellett, hogy segít a pontos lokalizációban, a resectios szél kijelölésében, a specimen eltávolítására is alkalmazható. Ezáltal a műteti időt rövidebbé válhat, és - szükségtelemnél téve a laparoscopus metszés megnagyobbítását a specimen eltávolításhoz - szebb kozmetikai eredmény érhető el. Következtetés: Tapasztalatunk alapján a kombinált laparoscopus-flexibilis endoscopus (rendezvous) technika könnyen kivitelezhető új módszer, amely egyesíti a mindkét endoscopus technika előnyeit.

179

FEDETT ÉS FEDETLEN STENTEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA MALIGNUS DUODENUM OBSTRUCTIO KEZELÉSÉBEN
Tarpay Á.¹, Burai J.¹, Pozsár J.¹, Szmola R.¹, Pap Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg¹

Bevezetés: Előrehaladott malignus duodenum obstrukció palliatív kezelésében széles körben elfogadott elsővonalbeli kezelési módus az öntáguló duodenum stentek implantációja. Ennek ellenére kevés klinikai tanulmány vizsgálta a fedett és fedetlen stentek közötti különbséget a szövődmények és a klinikai sikeresség szempontjából.

Betegek, módszerek: Retrospektív módon vizsgáltuk eredményeinket. 2011.01 és 2014.01 között összesen 32 betegben (13 férfi és 19 nő) 36 duodenum stent implantáció történt. A patkóbél obstrukcióját 8 (25%) esetben epeút, vagy epehólyag tumor, 12 (37,5%) esetben hasnyálmirigy, 8 (25%) esetben gyomor daganat, 4 (12,5%) esetben metasztázis okozta. A stentek közül 14 (38,9%) fedett, 17 (47,2%) részlegesen fedett és 5 (13,9%) fedetlen volt. Minor szövődménynek a migrációt és a tumoros benövés, major szövődmények a transzfúziót igénylő vérzést és a perforációt tekintettük.

Eredmények: A részlegesen fedett stentek esetében migrációt 6 esetben (35,3%), benövés 1 esetben (5,9%) tapasztaltunk, 4 esetben (23,5%) ismételt stent implantációra volt szükség. A fedett stentek esetében 2 alkalommal (14,3%) tapasztaltunk migrációt, de ismételt stent behelyezésre nem volt szükség, mivel az endoszkópos repozicionálás sikeres volt. Fedetlen stentek esetében szövődményt nem észleltünk. Összesen egy major szövődményt tapasztaltunk (vérzés), egy részlegesen fedett stent implantációja után.

Következtetések: A fedett, részlegesen fedett és fedetlen stentek implantációja biztonságos, hatékony megoldás a malignus duodenum obstrukció palliációjára, ugyanakkor a migráció a fedett és részlegesen

fedett csoportban kiemelkedően magas volt a fedetlen stentekkel szemben.

180

D-VITAMIN RECEPTOR POLIMORFIZMUS GYULLADÁSOS BÉLBETEGBEN SZENVEDŐ PÁCIENSEK KÖRÉBEN
Terjék O.¹, Lőrinczy K.¹, Csontos Á.¹, Piri Z.¹, Müllner K.¹, Lakatos P.², Miheller P.¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika¹, Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika²

Háttér: A szakirodalom számos egy pontos nukleotid eltérést (SNP-t) írt le a D- vitamin receptort (VDR) kódoló génen. Korábbi tanulmányok szerint jelentősen nőtt Crohn-betegség (CD) kialakulásának kockázata azon európai betegek körében, akik TaqI "tt

181

ENDOSCOPIC MYOTOMY OF ZENKER DIVERTICULUM, FIRST YEAR EXPERIENCE OF 7 PATIENTS

Tolmácsi B.¹, Lőrinczy K.¹, Banai J.¹, Gyökerez T.¹, Dept. of Gastroenterology, Health Centre, Ministry of Home Defence, Budapest¹

Introduction: Zenker diverticulum, a pulsion diverticulum of the hypopharynx, is a rare lesion that occurs mainly in elderly populations with a peak incidence in the seventh to ninth decades and it is more common in males. Zenker diverticula are lined with stratified squamous epithelium with a thin lamina propria without muscular layer. Fibrosis surrounding the diverticulum is common. The condition results in presentation of symptoms, such as regurgitation, dysphagia, halitosis with complications that include aspiration and pneumonia, and is managed by surgical or endoscopic repair. Aim: To analyse the very first 7 cases treated by endoscopic myotomy in our department in the last year. Patients and methods: We performed endoscopic myotomy in 7 patients with Zenker diverticula. In 6 cases we used diverticuloscope, in one patient we had to use free-hand technique because of large thyroid gland nodule that made impossible to use it. The average age was 73,7 years. The time to intervention from the first symptoms was 94 months in average. The hospital stay was 6.2 days. In 5 patients the myotomy was uneventful. We experienced one arterial bleeding during the procedure that was successfully managed by clips. In another patient we had complication of pneumomediastinum, subcutaneous emphysema, treated and cured conservatively. The dysphagia score decreased in every patient. One patient needed repeated intervention. Conclusion: Endoscopic myotomy proved to be feasible, safe and effective method of treatment of Zenker diverticulum in our hands.

182

ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF BILE DUCT INJURY AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Topa L.¹, Sahin P.¹, Szőnyi M.¹, Theisz J.¹, Igaz I.¹, Bálint A.², Máté M.², Bánsághi Z.³, Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Gastroenterology¹, Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Surgery², Szent Imre Teaching Hospital Dept. of Radiology³

Aim: Bile leaks typically occur following traumatic injury or surgical intervention, such as cholecystectomy, partial hepatic resection and liver transplantation. A clinically significant postoperative bile leak occurs in 0.1-0.5 % of open cholecystectomies, 0.8-2 % of laparoscopic cholecystectomies (LC) and 6-14 % of hepatic resections. Bile duct injury (BDI) is associated with poor survival, increased morbidity and impaired quality of life. According to the Amsterdam classification, type A and B lesions (leakage of cystic duct and leakage of the bile duct) will primarily be treated by endoscopy. Type D lesions (transection of the bile duct) nearly always need surgical reconstruction.

Patients and methods: The last two years (2012-2013) in our department 1896 patients underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). It was retrospectively analysed of number of BDI, type of injury and final treatment (endoscopic and/or surgical). We treated 18 patients, 6 male, 12 female (0.05%), the mean age was 57 years (35-80 y). All pts. underwent endoscopic sphincterotomy (EST); 10 pts EST and 10 F plastic stent insertion. In 3 pts. detected bile leak with severe strictures, was needed with „rendezvous-method” involved the radiologist. We have found in one patient type D lesion (transection of the bile duct), who underwent reconstruction by a hepatico-jejunostomy. The in-hospital mortality was zero, endoscopic complications were found in 2 pts (1 post

sphincterotomy bleeding and 1 air –embolism during the ERCP) treated conservatively successfully.

Conclusion: We concluded that BDI is a rare complication of LC ; endoscopic sphincterotomy and/or stenting is the treatment of first choice for these lesions. Surgery is indicated by transection of bile duct and after failure of stenting.

183

HIÁBA HOSSZÚ, HA TOLÁSRA NEM HALAD! MINŐSÉGI KOLONOSZKÓPIÁHOZ MEGFELELŐ TÜKÖR IS KELL!

Topál L.¹, Szalai M.¹, Rácz I.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

Bevezetés: A minőségi vastagbéltükrözés egyik fontos mutatója a cecum elérési ráta. A szakirodalom a minőségi szintet (benchmark) 90-95 %-ban adja meg, vagyis a tapasztalt kolonoszkópos orvosok százából kilencvenöt esetben érik el a cecumot. Ehhez azonban nem elég a vizsgáló orvos és asszisztensének vastagbéltükrözésben való jártassága, megfelelő vastagbéltükrök is szükségesek. Esetleírás 1.: Két egyformán 150 cm munkahosszú, ugyanolyan márkájú vastagbéltükrök bevezethető részének átmérője 13,2 illetve 11,6 mm volt. A velük végzett vastagbéltükrözés során azt tapasztaltuk, hogy a vékonyabb eszközzel a kellő hosszúság ellenére több esetben nem lehetett a vakbelet elérni. Ilyenkor, ha ugyanabban a betegben a vizsgálatot azonnal a vastagabb tükörrel is elvégeztük, a cecum elérhető volt.

Esetleírás 2.: Kapszula endoszkóppal az ileum utolsó szakaszában kimutatott vérzésforrás felkutatását terveztük alsó endoszkópiával. Először egy 200 cm munkahosszú, 9,2 mm átmérőjű enteroszkópot alkalmaztunk, mellyel minden ismert műfogás alkalmazása ellenére sem értük el a cecumot. Ekkor egy 133 cm hosszú, 12,8 mm átmérőjű vastagbéltükrökre váltottunk, mellyel a terminális ileum mintegy 20-30 cm-et is át tudtuk vizsgálni.

Megbeszélés: A modern kolonoszkópok mechanikai felépítése a céljuknak megfelelő. A bevezethető résznek elég hajlékonynak kell lennie, hogy a vastagbél hajlatain átvezethető legyen. Rugalmasnak kell lenni ahhoz, hogy visszahúzáskor az endoszkóp kiegyenesedjen és ezzel a bevezetés során keletkezett hurkok megszüntethetők legyenek, és feszesség szükséges ahhoz, hogy a kiegyenesítés után a bevezetés folytatásakor ne a hurkok fejlődjenek ki újra, hanem az endoszkóp vége a betölt eszköz hosszával jusson beljebb (one-to-one progress). Ehhez arra van szükség, hogy a markolatra, illetve a betegben kívüli szakaszra gyakorolt toló és csavaró hatások az endoszkóp végére átjussanak. Ezt szolgálják a bevezetőcső különböző mechanikai alkotó részei: az ellentétesen futó külső és belső fémspirálok, a külső acélháló és a polimer borítás. A hajlékonyság az átmérő csökkentésével javítható ugyan, de ha ez a vastagbéltükrök többi képességének romlásával jár, akkor az alapvető cél, a cecum elérése meghiúsulhat.

184

A KRÓNIKUS C VÍRUS HEPATITIS HÁRMAS KOMBINÁCIÓS KEZELÉSE SORÁN FELLÉPŐ SÚLYOS SZÖVŐDMÉNYEK ÉS SIKERES ELHÁRÍTÁSUK

Tornai I.¹, Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹

Bevezetés: Centrumunkban több, mint 50 beteg esetében kezdtünk krónikus C vírus hepatitisben kezelést peginterferon alfa-2a (pegIFN alfa-2a), ribavirin (RBV) és telaprevir (TVR) hármas kombinációval. A kezelések jelentős mellékhatásokkal járnak, messzemenő figyelmet igényelnek, mind a beteg, mind pedig a kezelőorvos részéről.

Célkitűzés: az elmúlt évek során három betegben észleltünk a kezelés során dekompenzációs tüneteket, melyek ellenére a kezelés folytatása mellett döntöttünk és az elért végeredmény miatt ismertetjük az eseteket.

Esetismertetések: 1. beteg: 50 éves nő, cirrhosis, előző kezelés után relapszus. Induló vírusszám 7.990.000 IU/ml, thrombocyta 120 G/l, albumin 36 g/l. A kezelés 4. és 12. hetére a HCV RNS nem detektálható, thr 18 G/l, hgb 67 g/l, bilirubin 90 µmol/l, ascites is megjelent. PegIFN alfa-2a és RBV dózis csökkentve, TVR befejeződött, 9 E transzfúziót kapott. Állapota folyamatosan javult, a 24. héten bilirubin 26 µmol/l, albumin 34 g/l, thr 36 G/l. A laborok stagnálnak végig, a HCV RNS továbbra sem detektálható. A kezelés után 24 héttel tartós virológiai válasz (SVR) észlelhető. 2. beteg 59 éves nő, cirrhosis, előző két kezelés után relapszus. Induló vírusszám 287.000 IU/ml, thrombocyta 96 G/l, albumin 37 g/l. A kezelés 4. és 12. hetében a HCV RNS nem detektálható. A kezelés 14. hetére a hasban ascites jelent meg, hgb 84 g/l, thr 44 G/l. Vízhajtót kapott,

RBV csökkentve. Az ascites lassan csökkent, a beteg állapota javult, transzfúzió elkerülhető volt. A HCV RNS a kezelés után sem kimutatható, SVR volt elérhető. 3. beteg 60 éves férfi beteg, cirrhosis, előző két kezelés után relapszus. Induló vírusszám: 125.000 IU/ml, thrombocyta 134 G/l, albumin 29 g/l. A kezelés 4. és 12. hetében a HCV RNS nem detektálható. A kezelés 8. hetében hgb 78 g/l, bilirubin 43 µmol/l, kreatinin 138 µmol/l, hasban ascites, CRP 74 mg/l, albumin 20 g/l. Húgyúti infekció miatt antibiotikus kezelés, majd újabb két alkalommal súlyos infekció. A 24. heti vírus is negatív. Most ascites minimális, kreatinin 78 µmol/l, bilirubin 44 µmol/l, albumin 28 g/l. Állapota stabil.

Következtetések: relapszus esetén, a TVR alapú kombináció sikerének esélye magas. Érdemes lehet szigorú követés és a gyógyszerek dózisának csökkentése mellett, megkísérlni a folytatását. A kettős kombinációs fázisban komoly javulás lehetséges, különösen kedvező vírusválasz esetén.

185

TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT FELMÉRÉSE, OPERABILITÁSSAL, HYPERTROPHIÁVAL VALÓ ÖSSZEFÜGGÉSEINEK VIZSGÁLATA, PORTALIS OCCLUSIO ELJÁRÁSOK KAPCSÁN, MÁJTUMOROS BETEGEKEN

Török É.¹, Hahn O.¹, Pajor P.¹, Dudás I.², Zsírka-Klein A.¹, Kupcsulik P.¹, Harsányi L.¹, Semmelweis Egyetem, ÁOK, I.sz. Sebészeti Klinika¹, Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika²

Bevezetés: A máj legtöbb tumoros betegségében a resectio az egyedüli gyógyulási esélyt nyújtó eljárás. Ha a tervezett resectiot követően a maradék májszövet (FLR) kevés, úgy vena porta occlusios (VPO) eljárások szükségesek megnövelésére.

Célkitűzések: VPO-ra kerülő betegek testösszetételének meghatározása, befolyásolása tápszeres szupplementációval, ezek hatásainak vizsgálata a testösszetételre, az operabilitásra, az FLR hypertrophiájára és a tumortérfogát változására.

Beteganyag és módszerek: Vizsgálatunkban 54 beteg testösszetétel meghatározását végeztük. Az egészséges májszövettel rendelkező betegeket random módon két csoportba soroltuk. Az „arginin” csoport emelt fehérje- és hozzáadott arginin tartalmú-, a „protein” csoport emelt fehérje tartalmú tápszert kapott. A VPO eljárást követően napi 2 x 200 ml tápszert fogyasztottak a hypertrophiára szánt idő alatt. A HCC betegcsoport tápszeres szupplementációban nem részesült. A máj megnövekedésére szánt idő végeztével az FLR%, tumortérfogát, testösszetétel ismételt meghatározását végeztük.

Eredmények: Szignifikáns különbség mutatkozott az operábilis (28,59%) és nem operábilis (35,30) betegek zsírtömeg százaléka (p=0,0092), zsírmentes testtömeg százaléka (69,64 v.s 58,54, p=0,0045), aktív sejtömeg százaléka (41,95 v.s 35,62, p=0,01) között. Az „arginin” csoport zsírmentes testtömeg kg változása (1,05 kg v.s -0,69 kg, -3,56 kg p= 0,04) szignifikáns különbséget mutatott a másik két csoportéhoz képest. Az FLR% és a tumortérfogát változás tendenciózus különbséget mutatott és nagyobb mértékű volt a változás mértéke az „arginin” vs. „protein” csoportban, mint a protein vs. HCC csoportban.

Következtetés: A tápláltsági állapot VPO előtti mérése fontos, korrekciója az FLR% és tumortérfogát befolyásolásával együttesen döntő fontosságú lehet a beteg operabilitása szempontjából.

186

COMPARISON OF UTILITY OF MDCT ENTEROCYCLYSIS AND MDCT ENTEROGRAPHY IN THE DETECTION OF SMALL BOWEL CROHN'S DISEASE AND ITS COMPLICATIONS.

Tóth G.¹, DIAGNOSCAN Magyarország¹

To evaluate the diagnostic role and accuracy of MDCT enteroclysis and enterography in patients with small bowel Crohn's disease We evaluated retrospectively of CT studies of 250 patients with known or suspected to have a small bowel Crohn's disease. 200 patients had a MDCT enteroclysis, and 50 patients had MDCT enterography. 113 patients had a known Crohn's disease, verified with endoscopy, biopsy or prior surgery. We performed MDCT enteroclysis in 80 cases and MDCT enterography in 33 cases. In 120 patients MDCT enteroclysis and in 17 patients MDCT enterography diagnosed the possibility of Crohn's disease or complications. Results were compared with endoscopy or surgery. In MDCT enteroclysis small bowel distension was good in 92 % of cases, in MDCT enterography in 32 % of cases. We evaluated mural thickening, mural enhancement,

stenosis, praestenotic dilatation, skip lesions, fistulas, abscesses, mesenteric inflammatory changes, vascularisation, lymph node enlargement. With MDCT enteroclysis we diagnosed minimal wall thickening (3-5 mm) – possibility of early Crohn's disease – in 52 patients. From these patients 25 were positive, verified with endoscopy. With MDCT enterography we diagnosed early Crohn's disease in 8 cases, but endoscopy was positive only in 3 cases. Diagnosing the complications of Crohn's disease we didn't find significant difference between results of MDCT enteroclysis and enterography. Due to its widespread availability and short examination time MDCT enterography is the imaging tool in cases when Crohn's disease complications are suspected and it is less burden for the patient. MDCT enteroclysis is better in the diagnosis of early Crohn's disease.

187

THE ROLE OF THE CENTRAL ENDOCANNABINOID SYSTEM IN THE MAINTENANCE OF GASTRIC MUCOSAL INTEGRITY

Tóth V.¹, Fehér Á.¹, Zádori Z.¹, Németh J.², Gyires K.¹, Semmelweis University, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Budapest¹, University of Debrecen, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Debrecen²

Introduction: It is well-known that cannabinoids induce various gastrointestinal effects (e.g. inhibition of gastrointestinal motility, gastric acid secretion and development of ulcers in acid-dependent ulcer models) after both central and peripheral administration. The role of the endocannabinoid system in the regulation of mucosal protective processes, however, has not been clarified yet. Therefore, the aim of this study was to analyze the role of the endogenous cannabinoids in an acid-independent ulcer model.

Methods: Gastric ulcers were induced by oral injection of acidified ethanol in male Wistar rats. In order to increase the level of endogenous cannabinoids the following compounds were used: AM 404 (anandamide transport inhibitor), URB 597 (fatty acid amide hydrolase /FAAH/ inhibitor) and JZL 184 (monoacylglycerol lipase /MAGL/ inhibitor). These drugs were injected intracerebroventricularly (i.c.v.) 10 min before the ethanol challenge. The mucosal content of calcitonin gene-related peptide (CGRP) and somatostatin was determined by radioimmunoassay. Results: 1. I.c.v. injection of AM 404, URB 597 and JZL 184 induced dose-dependent gastroprotection, which could be inhibited by AM 251 (CB1 receptor antagonist). 2. The rise of the endogenous cannabinoid level also increased the mucosal CGRP- and somatostatin content.

Conclusions: Our results demonstrate that activation of the central endocannabinoid system increases the level of gastric mucosal protective factors (CGRP, somatostatin) and results in gastroprotection. This work was supported by the National Development Agency (TÁMOP-4.2.1/B-09/1/KMR-2010) and OTKA-75965.

188

CIGARETTE SMOKE EXTRACT INHIBITS PANCREATIC DUCTAL FLUID SECRETION VIA INHIBITION OF CFTR ACTIVITY IN GUINEA PIG

Tóth K.¹, Schnür A.¹, Maléth J.¹, Csopor D.³, Venglovecz V.², Gál E.¹, Ifj. Rakonczay Z.¹, Hegyi P.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Pharmacognosy, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction & Aim: Smoking represents an independent risk factor for the development of chronic pancreatitis, however, the pathomechanism remains unknown. Secretion of fluid and bicarbonate plays a crucial role in maintaining the integrity of the gland, therefore, the aim of this study was to investigate the effects of cigarette smoke extract (CSE) on pancreatic ductal fluid secretion and on cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) Cl⁻ channel activity.

Methods: Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from guinea pig pancreas. Basal and forskolin stimulated fluid secretion were measured by videomicroscopy, whereas, CFTR currents were detected by whole cell configuration of the patch clamp technique. CSE was prepared by smoking of 3 cigarettes into 40ml distilled water by a smoking machine and 10x (21µg/ml), 40x (5.25µg/ml) and 400x (0.5µg/ml) dilution of the extract were studied.

Results: Administration of 5µM forskolin activated CFTR currents by 10-15-fold in magnitude. 15 min administration of 0.5, 5.25 and 21 µg/ml CSE inhibited the currents by 44%, 64.6% and 79.4%, respectively (n=2-4). Concerning the fluid secretion, the basal volume of isolated intact pancreatic ducts in bicarbonate-free solution was considered to be 1.0. Administration of 25mM bicarbonate increased the relative luminal volume up to 1.57±0.02 (n=7). Administration of 5 µM forskolin further increased the luminal volume to 1.87±0.1 (n=16). Simultaneous administration of 21µg/ml CSE decreased fluid secretion by 24% (1.42±0.06; n=12).

Conclusion: CSE inhibits pancreatic ductal fluid secretion and the activity of the CFTR which may play role in the smoke-induced pancreatic damage.

189

ROLE OF NON-INVASIVE SEROLOGIC METHODS IN THE DIAGNOSIS OF CHRONIC LIVER DISEASES

Varga M.¹, Csefkó K.¹, Gastroenterology, dr Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹

Introduction: All the chronic liver diseases activate the producing of connective tissue and lead to fibrosis. The measure of fibrosis accurately correlate with the damage of the liver. Researches on fibrosis resulted in the conclusion that fibrosis and – in certain degree – cirrhosis can be reversible. So the evaluation of fibrosis is of capital importance in the diagnosis, prediction of prognosis and therapy. Discussion: Diagnostic methods in the evaluation of fibrosis: 1. biopsy, 2. serologic markers, 3. imaging methods (US, MR, transient elastography, MR spectroscopy, MR elastography). In our lecture we analyze the results of fibrosis research in the past ten years focusing on the serologic markers. There are indirect markers, such as AST, ALT, GGT, haptoglobin, PLT, INR, cholesterol, alfa-2-macroglobuline, apolipoprotein A1. Direct markers of fibrosis on the one hand are indicators of ECM deposition (P3NP, tensacin, TIMP, TGFβ), and on the other they show the degeneration of matrix (MMP, procollagen IV, C-peptide collagen) including hialuron acid and laminin. Lots of score systems were got up, e.g. Forns, APRI, PGA index, FIB-4, Hepascore, Fibrotest, Fibrosure, ActiTest, SAFE, FibroMeter, ELF. The specificity and the role in the diagnostic algorithm of these score systems were compared in studies with large number of cases, mainly by french authors. Non-invasive tests showed good specificity and sensitivity in cirrhosis (F3/F4) but they were less specific in the mild degree of fibrosis (F1/F2). FibroMeter proved to be the most sensitive in most of the trials. Fibroscan combined with FibroMeter can raise the diagnostic accuracy up to 86.7% in the case of CSF/SF (clinically significant fibrosis/significant fibrosis) and 84.4% in the case of CSF/C (clinically significant fibrosis/cirrhosis). These results demonstrate that the new classification of fibrosis staging describes the fibrosis stage more precisely than the formerly published Fibrotest, Fibrometer or Fibroscan.

Conclusion: Non-invasive methods, like serum fibrosis markers and transient elastography opened new chapter in the diagnostics of chronic liver diseases. Applying them in combination in the future they should be useful devices either in initial diagnostics or in the following of progression of fibrosis, partially superseding liver biopsy

190

EFFECT OF ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS ON MORTALITY OF PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY

Varga J.¹, Szalai O.¹, Fitos P.¹, Patai Á.¹, Department of Gastroenterology, Elisabeth Teaching Hospital, Sopron¹

Background: Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) has been widely used for patients with swallowing difficulty, because of reduced laryngopharyngeal discomfort and a lower risk of aspiration pneumonia compared with the nasogastric tube. There are contradictions using antibiotic prophylaxis prior to PEG, therefore we have performed a non-randomized study compared to our earlier period without antibiotic prophylaxis.

Aim was to examine the 30-day mortality of PEG after introduction of antibiotic prophylaxis.

Methods: We analyzed 30-day mortality of PEG in the last 12 years at our institute divided into 2 periods: in period I (between 2002 and 2010) no antibiotic prophylaxis was applied, as opposed to period II (between 2011 and 2013) when antibiotic prophylaxis was used. To avoid the effect of "learning period", therefore period I was further subdivided into group A (2002-2007) and group B (2008-2010). P value of <0.01 was considered significant.

Results: 294 PEGs were performed in the last 12 years at our GI Endoscopy Unit. Mortality rate of period I was 37.2% (74/199), which decreased significantly ($p < 0.001$) to 16.8% (16/95) in period II. 101 patients belonged to "learning period" (group A), 98 patients to group B. Mortality rate of group B (28.6%) did not differ significantly ($p = 0.02$) from group A (45.5%), but mortality rate of period II with antibiotic prophylaxis (16.8%) significantly ($p < 0.001$) decreased when compared to group A.

Conclusions: Our results show that antibiotic prophylaxis significantly decrease the mortality of PEG, therefore we suggest applying antibiotic prophylaxis regularly prior to PEG.

191 RÖVIDBÉL-SZINDRÓMA KEZELÉSE DIETETIKAI SZEMPONTBÓL

Varga M.¹, Molnár A.², Kovács I.³, Kőmives C.², Sahin P.², Topa L.², Gasztroenterológia, Szent Imre Oktatókórház, Budapest¹, Magyarország Crohn-Colitises Betegek Egyesülete², Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége³

Bevezetés Rövidbél-szindróma főbb tünetei: diarrhoea, steatorrhea, dehidráció, malnutrició, súlyosságuk függ a megmaradt bélszakasz hosszától, épségétől, valamint a béladaptációs időszak stádiumától. Az RBS kockázata növekszik, ha a vékonybél 70-75% eltávolításra került, illetve a vékonybél hossza 100-120 cm colon nélkül, vagy 50 cm, de megmaradt a colon. A gondozás során a konzervatívterápia (medikáció) és táplálásterápia együttes alkalmazása esetén lehet a malabsorpció, maldigestio és a motilitási zavar tüneteit a leghatékonyabban kezelni.

Céltűzés Diétás intervenció során cél az RBS tüneteinek mérséklése, az ideális tápláltsági és hidratáltsági állapot elérése és fenntartása. A kombinált táplálásterápia során az orális (entrális) bevitel maximalizálására és a parenterális bevitel minimalizálására (béladaptációt követően esetleg elhagyásra) törekednek a táplálási team tagjai.

Beteg és Módszer A diéta megtervezését befolyásolja: 1, beteg teljes testtömege, testösszetétele (zsírmentes testtömege, vázizom-tömege, összes zsírtömege, visceralis zsír, összes folyadék, ICW, ECW aránya), 2, megmaradt vastagbél, vékonybél hossza (pl. ileum hossza <100 cm), 3, széklet mennyisége és folyadéktartalma (stoma esetén a stoma output), 4, ürített vizelet mennyisége, 5, laboreredmények (tápláltsági állapotot tükröző paraméterek, illetve vitamin és ásványi anyag szintek). A diétoterápia során elsődleges szempont a magas fehérjebevitel (20en%) biztosítása. Ha van vastagbél, az étrend legyen magas szénhidrát tartalmú (50–60en%), alacsony vagy mérsékelt zsíradék tartalmú (20–30en%). Ha nincs vastagbél, a diéta legyen közepes szénhidrát tartalmú (40–50en%) és közepes zsíradék tartalmú (30–40en%). Ha több mint 100 cm került eltávolításra a terminális ileumból a következő szubsztitúció válhat szükségessé: havonta B12 vitamin, zsírban oldódó vitaminok, cink és szelén (ha nagy mennyiségű a hasmenés, vagy a stoma output). A vesekő kockázata csökkenthető, oxalát megszorítással, illetve a napi megfelelő mennyiségű vizelet biztosításával (> 1200 ml).

Összefoglalás Az RBS betegek gondozása során szükséges a tápláltsági állapot folyamatos monitorozása, és az eredmények függvényében a táplálásterápiás terv rugalmasan módosítása. Multidiszciplináris ellátás segítségével (orvos, dietetikus, ápoló, gyógyszerész, gyógytornász, pszichológus stb.) lehetne a betegek életminőségét a leg hatékonyabban javítani.

192 TEENAGERS AND PARENTS KNOWLEDGE ABOUT INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: THE FIRST TIME TO USE A TRANSLATED CROHN'S AND COLITIS KNOWLEDGE SCORE IN HUNGARY

Vass N.¹, Bor R.², Farkas K.², Bereczky C.¹, Wittmann T.², Molnár T.², Department of Pediatrics and Pediatric Health Care Center, University of Szeged, Szeged¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged²

Background: Education and support is highly important in the management of patients with inflammatory bowel disease (IBD). The adequate knowledge is crucial in the adolescent population where the adherence is always questionable. The other very special situation in this age group is the controversial adoption of the parents' opinion. The Crohn's and Colitis Knowledge Score (CCKNOW) is a validated multiple-choice questionnaire on the subject of IBD that is able to objectively quantify the level of the patients' knowledge. Our aim was

to translate CCKNOW to Hungarian and to determine its usefulness in a special Hungarian population. We planned to assess the knowledge in IBD of our regularly controlled patients under the age of 20 in comparison with their parents. Patients and methods: 20 adolescent patients with IBD (age: 10-20 years, mean age: 17 years; gender: 12 boys, 8 girls; disease type: 10 Crohn's disease, 10 ulcerative colitis) and 34 parents without IBD (20 mother, 1 grandmother, 13 father; age: 36-68 years) were asked to fill the translated 30-item CCKNOW independently from each other. Results: 40% of the adolescents lived with only one parent due to previous divorce. 95% of the patients and 100% of the parents were able to complete CCKNOW. Both the patients' and parents' knowledge were average with some special differences. Age, disease duration, disease type and gender did not affect significantly the CCKNOW scores.

Discussion: Divorce is very frequent in the family of adolescents with IBD. Education level of the young patients and their parents needs to be upgraded continuously. We have to increase the number of the involved patients and have to organize further training based on CCKNOW analysis.

193 INCIDENCE OF THROMBOEMBOLISM IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT

Vegh Z.¹, Golovics P.¹, Kurti Z.¹, Lovasz B.¹, Szita I.², Balogh M.³, Pandur T.², Lakatos L.², 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

Background. Patients with Inflammatory Bowel Disease (IBD) were reported to have an increased risk for venous thromboembolism (VTE), particularly when hospitalised. The estimated risk varies considerably among studies, primarily due to differences in cohort type and methodology. The aim of the present study was to analyze the incidence and risk factors of VTE in a population based inception cohort in the Veszprem province database between 1977 and 2012. Patients and Methods. A total of 1708 inception IBD patients were included (male/female: 879/829CD: 648, age at onset: 29, IQR: 22-39 UC: 1060, age at onset: 36, IQR: 26-50 years). Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed and followed-up until the 31st of December 2012 for a total of 21369 patient-years.

Results. Twenty-two thromboembolic events (TE) were identified in 19 patients (6 events in 5 CD and 16 in 14 UC patients) – 15 deep vein thrombosis (DVT), 5 pulmonary embolism (PE) and 2 mesenteric thrombosis, 81.2% of the events occurred in patients with active disease. 5 patients had a VTE event also prior to IBD diagnosis. The incidence rate of TE was 1.03 per 1000 patient-years. Incidence was higher in males (1.34 per 1000 patient years, $p = 0.03$, IRR: 2.94, 95%CI: 1.06-8.15) compared to females (0.73 per 1000 patient years). The cumulative probability of TE in IBD after 5-, 10- and 15-years after the diagnosis was 0.7%, 1.2% and 1.5%, similar in both CD and UC. Median age at TE event was 37 (IQR: 29-46) years, with 6 and 10 patients below 30 and 40 years-of age at TE. The risk of TE in UC was associated with extensive location (OR: 3.25, 95%CI: 1.13-9.35), presence of fulminant episode during the disease course (OR: 4.15, 95%CI: 1.28-13.5), smoking (OR: 3.46, 95%CI: 1.14-10.5) and need for steroids (OR: 2.97, 95%CI: 0.99-8.92). Similarly, in CD all but one patients with TE were smokers. Conclusion. The incidence of TE was lower than previously reported. TE developed during active disease, a quarter of the patients had also prior VTE before the IBD diagnosis. The incidence was higher in males and in UC it was associated with extensive disease, fulminant episodes, corticosteroids-requiring disease and smoking, but not with age at onset.

194 GLOMERULONEPHRITIS ELŐFORDULÁSA A VESZPRÉM MEGYEI POPULÁCIÓS ALAPÚ IBD ADATBÁZISBAN

Végh Z.¹, Mácsai E.¹, Lovász B.², Golovics P.², Lakatos P.², Lakatos L.¹, Csolnoky Ferenc Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Veszprém¹, Semmelweis Egyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest²

Bevezetés/Céltűzés: Kevés adat áll rendelkezésre a glomerulonephritisek előfordulásáról gyulladásoos bélbetegségekben. Tanulmányunkban célul tűztük ki, hogy a Veszprém megyei populációs alapú adatbázisban meghatározzuk a glomerulonephritisek

prevalenciáját, összefüggéseket a betegség klinikai jellemzőivel és a betegség terápiájával.

Beteg/Módszerek: 1977. január 1. és 2012. december 31. között diagnosztizált 1750 IBD beteg (1081 UC és 669 CD) közül elemeztünk azon eseteket, ahol a glomerulonephritis diagnózisa szövettani vizsgálattal volt alátámasztva.

Eredmények: Összesen hat betegnél (1 UC és 5 CD, férfi:nő arány: 5:1, medián életkor a diagnózisakor: 27,5 év (átlag: 30,3 év, sulfasalazin/mesalazin terápia: 1 UC és 5 CD betegnél), IBD diagnózisa és glomerulonephritis diagnózisa között eltelt medián időintervallum: 3 év (átlag: 5 év)) igazolódott glomerulonephritis szövettani vizsgálat során: három esetben IgA nephropathia és egy esetben granulomatosus nephritis, membranosus glomerulonephritis és mesangio-capillaris glomerulonephritis.

Következtetések: A Veszprém megyei populáció alapú adatbázisban a korábbi vizsgálatok eredményeihez viszonyítva szövettanilag igazolt glomerulonephritisek magasabb prevalenciáját figyelhetjük meg.

195

THE EFFECT OF PANCREATITIS-INDUCING FACTORS ON THE EXPRESSION AND FUNCTION OF AQPS IN A PANCREATIC DUCTAL CELL LINE

Venglovecz V.¹, Kemény V. L.², Rakonczay Jr. Z.², Zvara Á.³, Puskás L.³, Hegyi P.², University of Szeged, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Szeged¹, University of Szeged, First Department of Medicine, Szeged², Laboratory of Functional Genomics, Biological Research Centre, Szeged³

Background. Acute pancreatitis (AP) is a multicellular disease in which pancreatic ductal cells play an important role. Toxic agents inducing AP inhibit pancreatic ductal bicarbonate secretion, however, no information is available concerning their effects on the regulation of aquaporins (AQPs). Therefore, the aim of this study was to investigate the effects of ethanol and its non-oxidative metabolites and bile acids on the expression of AQPs.

Methods. CAPAN-1 cells were treated with ethanol (EtOH; 1-100 mM), chenodeoxycholate (CDC; 0.1-0.5 mM), glycochenodeoxycholate (GCDC; 0.1-0.5 mM) palmitoleic acid (POA; 10, 100 and 200 µM) and palmitoleic acid ethyl ester (POAEE; 10, 100 and 200 µM) for 6, 12, 24 and 48 hours and the expression of AQP isoforms (AQP1-12) was examined by real-time RT-PCR and immunocytochemistry.

Results. All 12 AQPs were expressed in the CAPAN-1 cell line to a certain degree. AQP1, 3, 5, 6 and 11 were expressed at the highest levels while AQP2 and 4 were hardly detectable. In almost all treated group, the expression of AQPs decreased both at mRNA and protein levels dose- and time-dependently. Notably, a 72-hour incubation in culture media restored the expression of AQPs in the 6- and 12-hour CDC- and GCDC-treated groups and in the 24-hour EtOH-treated group.

Conclusion. The role of AQP in the pathogenesis of AP needs further investigations. Our research is supported by Hungarian National Development Agency grants (TÁMOP-4.2.2.A-11/1-KONV-2012-0035, TÁMOP-4.2.2.A-11/1-KONV-2012-0052, TÁMOP-4.2.2.A-11/1-KONV-2012-0073, TÁMOP-4.2.4.A/2-11-1-2012-0001, TÁMOP 4.2.4.A/2-11-1-2012-0001 'National Excellence Program) and the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA NF105758, NF100677, K109756)

196

FECAL MICROBIOTA TRANSPLANTATION IN CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTIONS

Vigvári S.¹, Vincze Á.², Solt J.², Pétrfi Z.¹, PTE KK. I. sz. Belgyógyászati Klinika, Infektológiai Tanszék¹, PTE KK. I. sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék²

Background: The excessive use of antibiotics led to the occurrence of multidrug resistant organisms and dramatic elevation in the number of total cases of Clostridium difficile infections (CDI). The proportion of severe cases is raised and clinicians have to face the problem of more frequent episodes of recurrences and an elevated mortality rate. We have decided to start practicing Fecal Microbiota Transplantation (FMT) at our department, since previously good results were published in international papers. Materials and methods: In our practice FMT recipients were those patients who did not respond to antibiotic treatment, or who have suffered from multiple recurrences. We screened every donor very strictly in order to minimize the risk of transmission of any communicable disease. In each case 60 g of

donated feces were pounded in a resterilisable mortar and we suspended it in 200 ml of normal saline. Then we filtered the amalgamation through 4x4 sheets of sterile gauze. Finally we took out 100 ml of filtered solution into a syringe. All of the steps of the preparation were done in a laminate flow box. We have done 30 FMTs in our practice. In 16 cases the solution was flushed in via naso-jejunal tubes and in 13 cases via naso-gastric tube. Each patient received 40 mg pantoprazole i.v. before treatment. The installation was done in only one case via colonoscopy. For upper GI tract methods we used 100 ml of the material, while in the lower GI tract method 200 ml were administered.

Results: In all of the cases, where the solution was installed via naso-jejunal tubes, the symptoms resolved within 24 hours. We did not note any recurrences in this group. When the material was flushed in via naso-gastric tubes, the symptoms resolved in 24 hours also, but in three cases (23.08%) we have experienced a recurrent episode of CDI. Two of them were cured with a second transplantation. We have found that in our practice the upper GI tract methods had the primary cure rate of 89.65%, while the secondary cure rate is 93.10%. The one patient who had FMT via colonoscopy has been cured. We used frozen solutions, origin from pooled donors in three cases and we experienced one recurrence (33.33%).

Conclusions: We have found that FMT is a very effective method, with a secondary cure rate above 90%. Our goal is to develop a method of FMT, which is effective, but simpler and more acceptable for the patients.

197

VASTAGBÉL POLIPEKTÓMIÁK RETROSPEKTÍV ELEMZÉSE AZ ENDOSZKÓPOS SZUBMUKÓZUS DISSZEKCIÓS IGÉNY FELMÉRÉSÉRE

Vincze Á.¹, Bajor J.¹, Czimmer J.¹, Gódi S.¹, Hunyady B.¹, Illés A.¹, Lukács M.¹, Pakodi F.¹, Sarlós P.¹, Solt J.¹, Szabó I.¹, Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika¹

Nagyobb sessilis polipok endoszkópos eltávolításának leghatékonyabb módszere az endoszkópos szubmukózus disszekció (ESD), ami a hazai gyakorlatban még nem tudott elterjedni. Az endoszkópos mukóza reszekció (EMR) könnyebben elérhető, azonban nagyobb léziók csak darabolós módszerrel távolíthatók el, és ebben az esetben 20% körüli recidiva arány várható. Klinikánk egy éves periódusának vastagbél polypectomiás anyagát dolgoztuk fel retrospektív módon a 2013. április 1. és 2014. március 31. közötti időszakban azzal a céllal, hogy egyrészt értékeljük a polypectomiás gyakorlatunkat, másrészt megbecsüljük azon betegek arányát, akiknél a lézió eltávolítására a szubmukózus disszekció alkalmasabb módszer lenne. A vizsgált periódusban 213 beteg (123 férfi, 90 nő, átlagéletkor 66 év) 231 vizsgálata során történt legalább 5 mm nagyságú polyp eltávolítása polypectomiával és/vagy szubmukózus injektálást követő hurkolásos (EMR) technikával. 88 esetben 2 vagy több polyp került egy ülésben eltávolításra, átlagosan 2,7 polypot távolítottunk el ezen betegekből. Nagy, legalább 20 mm-t elérő polypust 49 betegnél találtunk, 26 betegnél ezek sessilis léziók voltak. Sessilis léziókat egyébként a vizsgált betegek 50%-ánál találtunk. Mukózektómiát 59 betegnél alkalmaztunk, 8 betegnél több ülésben is. 32 esetben (54,2%) egy darabban, míg 16 esetben (27,1%) darabolós technikával sikerült a léziókat eltávolítani. 11 (18,6%) esetben a polyp mérete, elhelyezkedése vagy a szubmukózus injektálásra nem megfelelő előemelkedés miatt csak részleges eltávolítás történt, az utóbbi esetekben adenocarcinoma igazolódott. 3 betegnél nagyobb sessilis lézió eltávolítására ESD alkalmasnak látszik, 1 esetben a coecumban elhelyezkedő nagy kiterjedésű lapos tubuláris adenoma, súlyos diszplázia miatt műtéti előjegyzés történt. Összességében beteganyagunkban a fenti adatokat figyelembe véve egy éves periódusban ESD legalább 20 esetben, a polipektómiák csaknem 10%-ában lehetne az elsődlegesen választandó módszer annak elérhetősége esetén. A megfelelő esetszám elérése és az ESD jelentős eszközigénye miatt kívánatos lenne a jelenlegi ellátási területek helyett nagyobb régiókat ellátó centrumokban biztosítani az ESD elérhetőségét.

198

WHIPPLE-KÓR – GONDOLJUNK RÁ!

Visnyei Z.¹, Rusznyák K.¹, Rábai K.¹, Viltsek J.², Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, MH Egészségügyi Központ, Budapest¹, I.sz. Belgyógyászati Osztály, MH Egészségügyi Központ, Budapest²

Bevezetés: A Whipple-kór egy ritka szisztémás fertőzés, mely elsősorban a vékonybél-rendszert érinti, de kihatással tud lenni az összes emberi szervre. Kórokozója a *Tropheryma Whipplei*. Leggyakoribb tünetei a hasmenés és a testsúlyvesztés, de akad számos nem a vékonybelekkal kapcsolatos eltérés: mesenterialis nyirokcsomó érintettség, izületi fájdalom, láz, központi idegrendszeri eltérések, és nagyon ritkán a szemet is megbetegíti.

Esetismertetés: 56 éves férfibeteg 1,5 hónapja kezdődő, progrediáló pangásos szívelégtelenség miatt jelentkezett sürgősségi osztályunkon. Echocardiografia során gravis, nagy valószínűséggel seunder jobb szívfél elégtelenséget állapítottak meg és pulmonalis embolia kizárására akut mellkasi CT történt. A vizsgálat során pleuralis, pericardialis folyadékgyülemeket, bal oldalon microemboliást, cardiomegaliát és mesenterialis, paraaortikus, két oldalon axillaris, valamint mediastinalisan patológiásan megnagyobbodott nyirokcsomókat írtak le. Tumor és lymphoproliferatív betegség gyanúja miatt kezdtek el vizsgálni belgyógyászati osztályunkon. Laboreredményeiből enyhe fokú microcytaemia, magasabb CRP, gyorsult süllődés, hypalbuminaemia, emelkedett D-dimer, csökkent serum vasszint emelhető ki. Gastroszkopia során a duodenum leszálló szárában vasos, oedemás redőket és „macsakakó” rajzolatú nyálkahártyát találtunk, melyből biopsziás mintákat vettünk. Coeliakia irányában levett szerológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak. Colonoszkopia a végbélben egy apró polypkezdeményt igazolt. Hasi CT során kiterjedt mesenterialis és retroperitoneális lymphadenomegalia, megnagyobbodott, zsírosan involvált nyirokcsomók ábrázolódtak, mely alapján elsősorban lymphoma vetődött fel. Az időközben elkészült vékonybélbiopsziás mintában a boholystromában és a lamina propriaiban felszaporodott, nagy tömegű széles habos cytoplazmájú, PAS reakcióval intenzív pozitívítást mutató macrophagokat találtak, mely alapján Whipple-kórt állapítottak meg. 14 napos ceftriaxone kúrát követően egy évig tartóan sulfamethoxazole és trimethoprim szedését javasolták. Kezelés mellett a beteg állapota fokozatosan javult. Kóros laboreredményei 4 hónapon belül normalizálódtak.

Következtetések: A Whipple-kór kezelés nélkül halálhoz vezet, de az antibiotikus kezelésre drámain jól válaszol. A beteget szorosan kell monitorizálni a kezelés alatt és azt követően, mivel a relapszus nem ritka, különösen az idegrendszert érintő esetekben.

199

EMÉSZTÉSI ZAVAROK A TÁRSULÓ BETEGSÉGEK TÜKRÉBEN

Wacha J.¹, Takáts A.¹, Semmelweis Egyetem ÁOK I.sz. Sebészeti Klinika¹

Az emésztési zavarok kóroki szerepe a gyomor-bélrendszeri problémák és az allergiás betegségek kiváltásában régóta köztudott. Az ételintolerancia, a felszívódási zavarok következtében létrejövő vékonybél bakteriális túlbujzás, a bél mikroinflammáció okozta barrier-károsodása lehetővé teszi számos extraintesztinális comorbidity kialakulását. A bélben zajló kóros folyamatok összefüggésbe hozhatók többek között kardiovaszkuláris- és anyagcsere-betegségekkel, mozgásszervi betegségekkel, és számos neuropszichiátriai kórképpel. Van-e kellő ismeretünk arról, hogy a megfelelő dietoterápia, enzimpótlás, a mikroflóra rendezése mellékhatásoktól mentesen segíthet a társbetegségek kialakulásának megelőzésében, adjuváns kezelésében, valamint a betegek életminőségének javításában? Előadásunkban e lehetőségekre szeretnénk felhívni a figyelmet a rendelkezésre álló irodalmi adatok ismertetésével.

200

NEW METHOD FOR QUANTITATIVE EVALUATION OF COLONIC CLEANLINESS TO ASSESS DIFFERENT PREPARATION PROTOCOLS AS TO IMPROVE DIAGNOSTIC ACCURACY OF VIDEO COLONOSCOPY

Weltz B.¹, Gyöngy M.¹, Karacs K.¹, Balogh G.², Hritz L.³, Madácsy L.³, Faculty of Information Technology and Bionics, Pázmány Péter Catholic University, Budapest¹, Kaposi Mór Teaching Hospital, Kaposvár², Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár³

Introduction: Poor bowel preparation occurs in more than 20 percent of all screening colonoscopic examinations. Suboptimal bowel preparation during screening colonoscopy is associated with a decreased ability to detect adenomas. The evaluation of colonic cleanliness needs to be quantitative to adequately compare different bowel preparation protocols and to avoid sources of error arising from

subjectivity. Our main purpose was to find a metric that can quantitatively classify the cleanliness of the colon via image processing based on endoscopic video records.

Patients and Methods: A specific color bar similarly to capsule endoscopy was created by our newly developed software from the time period of back pulling of standard colonoscopy video recordings. The quantitative assessment of colonic cleanliness was carried out with the evaluation of the histogram of the color bar (CB). We created an algorithm that processes the frames of the records and automatically quantifies colon cleanliness using a distance metric in physiological color space. The color space is based on the color of faeces and the clean colon surface. We have performed an objective rating of cleanliness using 5 colonoscopy video records. They have been scored by two independent doctors using the Boston Bowel Preparation Scale (BPS). Each region of the colon receives a "segment score" from 0 to 3 and these segment scores are summed for a total BBS score ranging from 0 to 9. Finally, we tested our computer algorithm on the colonoscopic video recording of 10 patients, and the quantitative results were compared to the semi-quantitative BPS scores.

Results: All of our 15 patients had total ileo-colonoscopy, and the complete HD video recordings were saved to the computer. The mean colonoscopy pulling back time was 9+3 min. The BPS was ranged 2-9, with a mean value of 6,7. More importantly, we found a significant correlation between the quantitative scores made by our novel computer based algorithm and the semi-quantitative BPS scores.

Conclusions: The proposed algorithm -- pending further development and validation -- has the potential to aid quantitative analysis of bowel cleanliness during colonoscopy or CCE examinations to assess the reliability of these methods in the polyp detection.

201

A RECTUMBAN LÉVŐ ELVÁLTOZÁSOK ENDOSZKÓPOS ELTÁVOLÍTÁSA: EMR, ESD VAGY TEO?

Zaránd A.¹, Semmelweis Egyetem Budapest, I.sz. Sebészeti Klinika¹

A rectumban igazolt jóindulatú- és jól differenciált rosszindulatú daganatok eltávolítására több lehetőség nyílik: endoszkópos mucossectomia (EMR), endoszkópos submucosa disszekció (ESD), valamint a transzanális endoszkópos operáció (TEO). Célkitűzésünk az egyes módszerek - irodalomban fellelhető adatok alapján történő - összehasonlítása az alábbi szempontok szerint: indikációs kör, reszekatium fragmentáltsága, reszekciós szél, recidiva-arány, posztoperatív szövődés. A jóindulatú, 2cm-nél kisebb elváltozások eltávolítására kitűnően alkalmas az EMR vagy ESD, ezzel szemben a TEO-val a 2cm-nél nagyobb jóindulatú, valamint jól differenciált malignus elváltozások kimetszése is biztonsággal végezhető. A 2cm-nél nagyobb elváltozások eltávolítása en- block végezhető ESD esetén 80-90%-ban, TEO-val 84-100%-ban. A reszekció onkológiai értéke R0 ESD-nél 74,6%-ban, TEO-nál 88,5%-ban. Kiegészítő sebészeti beavatkozás szükséges ESD után 8,4%-ban, TEO után csupán 1,8%-ban. A kiújulás EMR-t követően 11,2%, ESD után 0-9%, TEO után pedig 5,4%. Perforáció 3-18%-ban, vérzés 1-2%-ban fordul elő ESD, illetve 0-9 és 1-13%-ban TEO után. A TEO endoszkópos technikák között betöltött helyét saját eredményeink is alátámasztják. 19 betegnél végeztünk TEO műtétet a következő javallatokkal: az elváltozás endoszkópos technikával nem volt eltávolítható széles alapja (6) vagy nagy mérete (3) következtében, valamint endoszkópos polypectomia után kialakult recidiva (2), neuroendokrin tumor endoszkópos eltávolítása után igazolt pozitív reszekciós szél (1), malignitásra gyanús makroszkópos kép (3), korábbi műtét után az anasztomózis vonala mellett felfedezett polypus (2), műtét után tudottan visszahagyott polypus (1) és hagyományos transzanális sebészeti excízió után kiújult daganat (1) miatt. A TEO valamennyi esetben kivihető volt, konzervatívan kezelhető szövődés csupán 3 esetben alakult ki, az átlagos ápolási idő 3 nap volt.

Következtetés: A TEO bizonyos elváltozások esetében az elsőként választandó, illetve a többi technika kiegészítője. Hátránya az eszközpark magas beszerzési költsége. A speciális műtéti technika miatt centrumokban végzendő.

202

FINE TUNING OF HOME PARENTERAL NUTRITION IN THE DAILY PRACTICE

Zsilák-Urbán M.¹, Lada S.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, Czákó L.¹, First Department of Internal Medicine, Szeged¹

Introduction: Since 01 January 2013, when the system of home parenteral nutrition (HPN) was commenced, complete therapy and care of 2 patients has been started by the First Department of Internal Medicine of the University of Szeged.

Patients And Methods: Two female patients were elected to the programme: - a female patient aged 53, in the case of whom the thrombosis of the vena mesenterica superior, as well as the subsequent necrotisation of the small intestine were resulted in the development of the short bowel syndrome. - a female patient aged 35, in the case of whom gastric and ileocolonic resections performed on multiple occasions due to a desmoid connective tissue tumour has lead to the development of the short bowel syndrome. A venous port was inserted in both cases. Optimal nutritional therapy of the patients was gradually constructed under continuous medical and dietetic supervision, which included the weekly control over certain laboratory parameters, as well as the calculation of the energy and nutrient intake consumed through the nutritional infusions and through the semi-solid food eaten orally. Parenteral energy intake was targeted to be 1100 kcal, while the enteral value was aimed to be 600 kcal. Follow-up examinations were ordered in every 4 weeks..

Results: By applying the above mentioned methods in both cases we could successfully achieve the construction of a nutritional therapy considered to be optimal. Patients were discharged from hospitalisation in good physical and general condition, however, within a period of 2-3 months from the date of discharge weight loss was observed in the case of both patients. When searching for the cause of this weight loss a detailed cross-sectional anamnesis was recorded from which we established that the physical activity of our patients in their homes was gradually increased, while their daily energy intake remained unchanged. By progressively increasing the nutrient intake this process was proved to be controllable..

Discussion: On the basis of all this it can be concluded that at the time of discharge from hospitalisation the construction of the nutritional therapy of patients receiving HPN shall rather not be regarded as completed and final therapeutic plans, but more like a process oscillating around the energy intake levels redesigned on the grounds of the values measured within the frame of the regular monitoring of these patients' condition.

203

TREATMENT AND LATE SURVIVAL OF ALTEMEYER-KLATSKIN TUMOURS

Zsirka A.¹, Szijártó A.¹, Szűcs Á.¹, Kupcsulik P.¹, 1st Department of Surgery, Semmelweis University Budapest¹

Aim of the study: Treatment options and late results of Altemeyer-Klatskin tumour of 348 patients admitted between 1999-2012 at the 1st Department of Surgery, Semmelweis University, were retrospectively investigated.

Methods/results: Out of 348 patients 162 underwent surgical resection. Postoperative mortality rate was 9.8 percent. Median survival rate of this group resulted in 35.3 months. In 186 cases tumor removal was impossible. Hospital mortality of this group was 18.2 percent. Median survival rate was 6.5 months. Preinterventional ERCP or ERCP+stent implantation in a referring institution has been attempted in 62.5 % of all cases with lethal outcome. In nonresectable cases treatment involved intraoperative stenting, laparotomy only, laparotomy followed by PTD, or PTD only. Late survival was less favourable in intraoperative stenting group. (5.7-6.45-8.1-8.0 months)

Conclusions: Resectability rate of Altemeyer-Klatskin tumour is poor in Hungary. This is to be due to inadequate preoperative management of patient, with special respect to ERCP, which is obligatory causing severe cholangitis or intrahepatic abscess formation. Patients with mechanical jaundice require urgent US or MRCP, while ERCP or attempt of retrograde stenting should strictly be abandoned if hilar biliary occlusion were found. Patients need to be referred into a specialized surgical unit as soon as possible.

204

ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE EVALUATION OF PANCREATIC CYSTIC LESIONS: INITIAL RESULTS

Zsóri G.¹, Szepes Z.¹, Terzin V.¹, Wittmann T.¹, Czákó L.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹

Background: Pancreatic cystic lesions (PCL) are increasingly recognized with the routine use of computed tomography. The differential diagnoses vary widely from benign to malignant. Endoscopic ultrasound (EUS) and EUS-guided fine-needle aspiration

(EUS-FNA) play a central role in the diagnosis and management of pancreatic cysts.

Aim: To assess the role of EUS in the diagnosis of incidental PCL.

Patients And Methods: Consecutive patients with incidental PCL underwent EUS and EUS-FNA. Pancreatic cyst fluid was collected for cytopathological analysis and measurement of amylase, carcinoembryonic antigen (CEA) levels and were compared with the final diagnosis, based on surgical pathology and/or imaging follow-up.

Results: EUS was performed in 24 patients (8 male, 16 female), average age 61.3 years (range, 28–78), median cyst size 3.2 cm. FNA was performed in 17 (70%) patients. The various reason for not doing FNA included too small cysts (n = 3), and evident diagnosis not requiring FNA (n = 4). FNA was successful in all patients. There were no complications. Cyst fluid sent for cytology provided adequate cellular material in 15 cases, accounting for an intention-to-diagnose yield of 88% (15/17). The final diagnosis was serous cystadenoma (13), pseudocyst (8) and malignant cystic tumor (3). Sensitivity, specificity and positive and negative predictive value of EUS-FNA to distinguish benign from malignant pancreatic cystic lesions were 100%, 95.2%, 75% and 100%, respectively.

Conclusions: EUS is a useful imaging method for differentiation of pancreatic cystic lesions.

SZERZŐK NÉVSORA

A

Abonyi M. 171
 Acél P. 157
 Altorjay I. 130, 40
 Altorjay Á. 62, 167
 Andorka C. 42, 7, 135
 Andorka M. 2*, 80, 4, 161
 Andorka S. 48
 Andrási P. 3*
 Anita B. 169
 Annaházi A. 44
 Arany A. 1
 Asztalos Á. 159

Á

Ácsné Tóth A. 1*
 Ádám T. 5
 Ágoston L. 163
 Ágoston S. 163, 38
 Ákos P. 30
 Áron S. 109
 Árvai K. 123

B

Bagosi T. 5*, 20
 Bajor J. 71, 42, 197, 7
 Bak M. 102
 Bakonyi T. 5
 Bali O. 168
 Balla E. 113, 13*
 Balla Z. 109, 88, 93, 14*
 Balogh G. 15*, 49, 200
 Balogh M. 105, 97, 193
 Balázs A. 109, 42, 7*, 8*, 6*
 Balázs C. 56
 Balázs K. 14
 Banai J. 104, 149, 181, 3,
 154, 198
 Bartak B. 76
 Barták B. 16*, 121
 Bartók K. 61
 Baráth Z. 94
 Bauer K. 128
 Belák A. 99

Bencsik T. 159
 Bene L. 133, 56
 Benedek G. 64, 131
 Benkő É. 17*
 Bereczky C. 192
 Beyaty S. 18*
 Binder Z. 19*
 Bocsi Z. 176
 Bod B. 67, 71, 42, 7, 8
 Bodoky G. 83, 19, 84
 Bodor A. 16
 Bor R. 192, 169, 115, 9,
 23*, 22*, 21*, 44, 112
 Bordás L. 125
 Borka K. 109
 Botár Z. 24*, 137
 Boér K. 83, 19, 84
 Brauswetter D. 25*
 Breitenbach Z. 26*, 27*, 159
 Brenner B. 12
 Bruce J. 132
 Brúgós B. 40
 Budai A. 50, 29*
 Budai J. 28*
 Budai N. 167
 Burai J. 179, 30*, 142
 Burai M. 102
 Burger C. 31*
 Bursics A. 33, 69
 Buzás G. 58
 Bábics I. 2, 80, 4*
 Bálint A. 115, 60, 9*, 23,
 22, 21, 182, 110, 44, 112,
 12*
 Bálint L. 144, 147, 10*, 11*
 Bánsághi Z. 182
 Bányász Z. 64
 Bétoulières C. 74
 Bíró Á. 20*, 37
 Bótyik B. 35

C

Chamdin S. 37, 32*, 131, 20
 Constantinovits M. 156, 51

Crai S. 42
 Csaba G. 61
 Csabai I. 16
 Csefkó K. 35, 113, 13, 189
 Csekeő Á. 3
 Cserey G. 49
 Csikós D. 33*
 Csilek A. 34*
 Csintalan Z. 35*
 Csiszkó A. 71, 42, 7, 8
 Csizmadia C. 157
 Csonka A. 94
 Csonka S. 104
 Csontos Á. 115, 9, 82, 116,
 180
 Csupor D. 188
 Csákó B. 55
 Csöngei V. 153
 Csörgő A. 49
 Czákó L. 202, 22, 204, 73,
 7, 42, 8
 Czelecz J. 42, 7, 135
 Czimmer J. 197
 Czirják K. 36*, 163
 Czuczor V. 163

D

Dabi Á. 37*
 Dalma T. 169
 Dancs N. 2
 Dandé G. 163, 38*
 Daruka L. 94
 Darvas E. 39*
 Dede K. 33
 Domán A. 148
 Doranda P. 109
 Doros A. 69
 Dubravcsik Z. 170, 41*, 70,
 67, 71, 42*, 7, 8
 Dubóczki Z. 162
 Dudás I. 185, 63
 Duerr J. 6
 Dunkel K. 149
 Dávida L. 130, 40*

Dóczi I. 10
Dózsa A. 78

E

Ecsedy G. 77
Enyedi J. 176
Erdélyi Z. 105
Erőss B. 43*
Eutamene H. 74

F

Farkas G. 7, 42, 8, 67
Farkas K. 169, 115, 60, 9,
23, 22, 21, 110, 44*, 112,
192
Farkas Á. 159
Fedor L. 36
Fehér Á. 45*, 187
Fejes R. 62, 46*, 167, 118
Ferrier L. 74
Figler M. 159, 26, 27
Fischer T. 47*, 168
Fitos P. 190, 48*
Fleischer M. 91
Fodor E. 49*
Fodorné Keserű A. 118
Folhoffer A. 123, 124
Francz M. 38
Furi I. 76
Fuszek P. 69
Fuszkó M. 17
Futó J. 87
Félegyházi F. 25
Földesi I. 109, 44
Förhécz E. 118
Fülöp A. 50*, 29, 146
Fülöp F. 14
Füri I. 121
Füri I. 156, 51*

G

Gajdán L. 52*
Galamb O. 76, 117
Garbaisz D. 50, 146
Gasztonyi B. 47, 68, 150,
54*, 168

Gaál A. 113, 13
Gecse K. 60, 55*, 95
Geisz A. 67
Gelley A. 65, 127, 126, 56*
Gerlei Z. 123
Gervain J. 52, 57*, 67, 71,
42, 7, 8, 148
Gisbert J. 58*
Golovics P. 9, 105, 60*, 97,
55, 95, 110, 115, 193, 194
Gombos E. 101
Gray M. 109
Gubicskóné Kisbenedek A.
26, 27
Gurbi B. 25
Gurzó Z. 125, 28
Gyetvai Á. 144, 147
Gyimesi A. 35
Gyimesi G. 71, 42, 7, 8, 170
Gyires K. 45, 187
Gyorgyev K. 62*
Gyulai-Gaál S. 122
Gyurcsányi A. 55
Gyuricza I. 143
Gyökeres T. 3, 154, 104,
61*, 69, 149, 181
Gyöngy M. 49, 200
Gábor Z. 78, 115
Gál E. 188
Gál I. 133
Gárdonyi M. 53*
Gódi S. 59*, 197
Gönczi L. 95
Görög D. 54, 123

H

HUPIR r. 119
Hahn O. 185, 63*
Hamvas J. 64*, 37, 32, 175,
131, 99, 106, 5, 20
Haragh A. 108, 134
Haraszi B. 40
Hardy V. 65*, 126, 127
Harisi R. 66*
Harsányi L. 50, 29, 146,
178, 185, 63, 1

Hausinger P. 170
Hegede G. 115, 56
Hegyi E. 135, 67*, 7, 8, 132
Hegyi P. 109, 8, 42, 7, 135,
195, 6, 96, 188, 88, 93, 14,
132
Heiler Z. 90
Herr G. 68*
Hersényi L. 82, 31, 100
Hettmann D. 31
Hohl G. 68
Hollosi P. 76
Hollósi M. 61
Hollósi P. 141
Horváth G. 93, 115, 9, 34,
78
Horváth I. 50
Horváth J. 68
Horváth L. 118
Horváth M. 69*
Horváth P. 123
Horváth T. 78
Horváth Á. 105, 97
Horváth Ö. 157
Hritz I. 170, 135, 15, 200,
41, 70*, 67, 71*, 42, 7, 8,
118
Huberth B. 49
Hunyady B. 53, 108, 134,
72*, 197

I

Ifj. Rakonczay Z. 188
Igaz I. 182
Illés A. 197, 157
Illés D. 73*
Ilyés S. 28
Inczeffi O. 74*, 144, 147, 10,
11
Ittész P. 16
Iványi A. 154
Iványi B. 88, 93, 14
Izbéki F. 75*, 148, 96, 62,
46, 167, 67, 71, 11, 42, 7, 8,
118

J

Jackel M. 61
 Janota M. 170
 Jaritz B. 91
 Johnson H. 43
 Joó I. 62
 Judák L. 109
 Juhász M. 100, 82, 31, 115
 Jó A. 53

K

Kacska S. 40
 Kahán Z. 83, 19, 84
 Kalmar A. 76*
 Kalmár A. 140, 16, 121, 117
 Kantner R. 91
 Karacs K. 200
 Kardos M. 1
 Karoliny A. 101
 Katona M. 79*
 Kelemen D. 67, 71, 42, 7, 8
 Kemény L. 109, 71, 42
 Kemény V. L. 195
 Kerényi M. 159
 Kisbenedek A. 159
 Kiss A. 81*
 Kiss G. 2, 80*, 4, 161
 Kiss I. 160, 160
 Kiss J. 160
 Kiss L. 105, 60, 97, 55, 95, 89
 Kiss P. 144, 147
 Kocsis D. 82*, 31
 Kocsis M. 17
 Kocsis É. 83*, 19, 84
 Kohánka A. 83, 19, 84*
 Kokas M. 139, 85*, 92
 Koller MD ,FRCP (C) O. 86*
 Komárominé Suhaj K. 176
 Koncsos P. 130
 Kondor D. 16
 Kopper L. 83, 19, 84
 Kormányos E. 88*, 93, 14
 Korsós D. 29

Korsós M. 94
 Koráné Patkás C. 101
 Kotsis L. 90*
 Kovalszky I. 76
 Kovács A. 48
 Kovács I. 116, 191, 114
 Kovács J. 163, 77
 Kovács L. 128
 Kovács M. 91*
 Kovács N. 50
 Kovács R. 104, 61
 Kovács T. 146
 Kovács V. 161
 Kovács Á. 56
 Kovácsné Tomasits K. 92*
 Kozák R. 128, 176
 Kristály K. 159
 Kristóf K. 55
 Krolopp A. 123
 Kui B. 109, 88, 93*
 Kupai K. 94*
 Kupcsulik P. 203, 185, 63
 Kurcsák N. 172
 Kurti Z. 193
 Kádár K. 122
 Kári D. 77*
 Károlyi Z. 78*
 Képíróné Balázs M. 5
 Kéri G. 25
 Kóbori L. 123
 Kónya L. 100
 Kósa J. 123
 Kósa R. 61
 Körösmezey G. 89*
 Kürti Z. 60, 97, 55, 95*, 110
 Köhidai L. 122
 Kőmíves C. 87*, 191

L

Laczkó D. 147, 10, 96*
 Lada S. 202
 Lakatos L. 193, 194, 105, 97
 Lakatos P. 123, 193, 194, 9, 105, 60, 97*, 55, 180, 95, 110, 115, 1

Lakner L. 115, 98*

Lakó K. 2, 80, 4
 Landherr L. 83, 19, 84
 Langó M. 133
 Lantos A. 99*
 Le N. 121, 102*
 Lelovics Z. 81
 Lendvai L. 89
 Lengyel E. 131
 Lengyel Z. 15
 Lerch M. 109
 Lestár A. 118
 Lestár B. 154
 Leveque M. 74
 Lidi H. 174
 Lombay B. 103*
 Lotz G. 50, 29, 146
 Lovasz B. 193
 Lovay Z. 77
 Lovász B. 105*, 60, 97, 55, 95, 110, 194
 Lukacs G. 109
 Lukovich P. 178, 1
 Lukács M. 197
 Lukász P. 77
 Lupták O. 106*
 Láng J. 122
 Láng O. 122
 László B. 100*
 Lásztity N. 135, 101*, 7, 42
 Lázár B. 99
 Légner A. 62
 Lövei L. 128
 Lőrincz M. 101
 Lőrinczy K. 104*, 181, 180

M

Miheller P. 111*
 Madacsy L. 49
 Madácsy L. 17, 170, 107*, 15, 200, 41, 70
 Magyari L. 153
 Magyarosi D. 108*
 Makara M. 108
 Mall M. 6
 Maléth J. 42, 109*, 188, 79,

132, 7
 Mandel M. 105, 60, 97, 55, 110*
 McNicholl A. 58
 Melegh B. 153
 Micsik T. 24, 137
 Miheller P. 100, 115, 9, 82, 31, 116, 180, 56
 Mihály E. 100, 15
 Milassin Á. 23, 22, 21, 112*
 Milkovszkaja Irina², I. 47
 Mohai C. 114*
 Mohás A. 60, 97, 55, 110
 Molnar B. 76
 Molnár A. 116*, 191
 Molnár B. 102, 24, 137, 140, 141, 16, 121, 117*, 156, 51
 Molnár D. 146
 Molnár L. 100
 Molnár M. 118*
 Molnár T. 169, 115*, 60, 9, 23, 22, 21, 110, 44, 112, 192
 Monterisi S. 109
 Mácsai E. 194
 Máhr K. 168
 Máthé D. 50
 Máté M. 182, 12
 Móga M. 113*
 Müller K. 119*
 Müllner K. 100, 180
 Múzes G. 156, 51

N

Nagy A. 101, 48
 Nagy E. 56
 Nagy F. 169, 115, 9, 23, 22, 21, 44, 112
 Nagy G. 68, 54, 78, 168
 Nagy I. 128
 Nagy K. 122*
 Nagy L. 153
 Nagy R. 26, 27
 Nagy Z. 16, 121*, 76, 102
 Nagy Á. 120*

Nagyné Budai N. 118
 Novák J. 28, 42, 8, 125*, 67, 7
 Novák V. 127*, 126*, 65
 Nyikos O. 148
 Nyári T. 9, 44, 112
 Németh B. 7, 8, 135
 Németh D. 123*, 124*
 Németh I. 109, 144, 6
 Németh J. 187

O

Oláh Z. 89
 Orlik B. 38
 Orosz T. 128*

Ó

Ónody P. 146

P

Pajor L. 124
 Pajor P. 185, 63
 Pak P. 49
 Pakodi F. 59, 197
 Palatka K. 169, 115, 9, 129*, 130*, 40
 Pallagi P. 109, 132*
 Pandur T. 193, 97
 Pandúr T. 105
 Pap T. 34
 Pap Á. 102, 7, 42, 8, 179, 133*
 Papp D. 99
 Papp J. 95
 Par A. 134
 Par G. 134*
 Paragh G. 130
 Patai V. 76
 Patai V. Á. 136, 140
 Patai Á. 48, 24, 137*, 137, 117, 136*, 190
 Paulovicsné Kiss M. 138*
 Pekli D. 29
 Pelsőczy G. 77
 Perczel-Kovach K. 122
 Peterfia B. 76

Petrányi Á. 175
 Peták I. 83, 19, 84, 25
 Pink T. 35, 113, 13
 Pintér F. 83, 19, 84
 Pintér T. 91
 Piri Z. 180
 Piros L. 54
 Polyák É. 159, 26, 27, 17
 Pomizs I. 104
 Poto L. 56
 Pozsár J. 30, 142*, 102, 179
 Puskás L. 195
 Pálfi E. 32, 131*, 37
 Pálincás D. 104
 Párniczky A. 71, 135*, 7, 42
 Pécsi G. 139*, 85, 92
 Péter H. 79
 Péter Z. 100
 Péterfia B. 140*, 141*, 16, 121, 117
 Pétrfi Z. 196
 Pósa A. 94

R

Rakonczay Jr. Z. 195
 Rakonczay Z. 42, 7, 8, 109, 96, 88, 93, 14, 79, 132
 Regőczy H. 2, 80, 4, 161
 Ringelhan B. 48, 137
 Rosero O. 50, 146*
 Rosztóczy A. 74, 144, 147*, 10, 96, 17, 11
 Rudas A. 62, 148*
 Ruszin L. 172
 Rusznyák K. 198, 149*
 Rábai K. 3, 198, 69
 Rácz F. 36, 163, 38
 Rácz I. 2, 80, 4, 161, 115, 183
 Rázga Z. 79
 Rédei C. 143*
 Róka R. 147, 10, 96, 17, 11, 74, 144*, 44
 Rókusz L. 145*
 Rózsa B. 12

S

Sahin P. 173, 182, 151*, 87, 152*, 191
 Sahin-Tóth M. 135, 7, 8, 109
 Salamon F. 177
 Sarlós P. 153*, 197
 Saródi Z. 44
 Schafer E. 154*
 Schaff Z. 54
 Schatterny J. 6
 Schnúr A. 188
 Schumet P. 99, 37
 Schwab R. 83, 19, 84, 25
 Schäfer E. 104, 149
 Sean W. 43
 Seres I. 130
 Seres L. 155*
 Simon M. 43
 Sipos F. 100, 156*, 51
 Sipos J. 137
 Smuk G. 124
 Solt J. 157*, 138, 59, 197, 196
 Solymosi N. 136, 24, 16
 Somogyi E. 158*
 Sosity H. 37
 Spisak S. 76
 Spisák S. 16
 Strausz T. 162
 Stöckert A. 48
 Szabó A. 176, 4, 175, 93
 Szabó E. 160*
 Szabó I. 197
 Szabó N. 36
 Szabó R. 94
 Szabó S. 159*
 Szabó T. 139
 Szabó Z. 61
 Szabó Á. 60, 55
 Szakál T. 36
 Szalai M. 80, 161*, 183
 Szalai O. 48, 190
 Szalai Z. 94
 Szalay F. 103, 123, 124, 89
 Szalóki T. 162

Szathmári M. 123

Szegedi L. 36, 163*, 38
 Szekanecz Z. 40
 Szekeres V. 147, 10
 Szekeresné Szabó S. 26, 27
 Szekér G. 32
 Szenes M. 47, 68, 54, 168*
 Szentkereszty Z. 71, 42, 7, 8
 Szentpétery L. 104, 154
 Szepes A. 170*, 107, 22, 41, 70, 67, 71, 42, 7, 8
 Szepes Z. 169*, 115, 9, 23, 21, 160, 204, 44, 112, 67, 22
 Szepeszy G. 133
 Szigeti K. 50
 Szijártó A. 203, 50, 29, 146
 Szilvás Á. 165, 164
 Szilágyi B. 60, 110
 Szilágyi S. 28
 Szinku Z. 108, 134, 171*
 Szipocs I. 105
 Szircsák E. 172*
 Szita I. 97, 193
 Szmola R. 67, 71, 179, 42, 8, 142, 30, 7, 102, 135
 Szántó P. 166
 Szántó S. 40
 Szász M. 162*
 Szász N. 149, 3
 Székely A. 166*, 62, 46, 167*, 118
 Székely G. 39, 162, 165*, 164*
 Székely H. 100
 Székely I. 62, 118
 Szólics A. 125
 Szőnyi M. 173*, 182, 152
 Szűcs M. 115, 23, 44, 112
 Szűcs Á. 203
 Sági V. 150*
 Sándor J. 104, 154
 Sári Z. 175
 Sárkány Á. 148
 Sümegi J. 7, 8, 42

T

Takács E. 177, 174*, 18
 Takács R. 64, 32, 175*, 131, 99, 106, 20
 Takács T. 67, 88, 93, 7, 8
 Takácsné Kollár K. 176*
 Takáts A. 199
 Taller A. 177*, 33, 174, 18, 166, 114
 Tari K. 178*
 Tarpay Á. 102, 142, 30, 179*
 Taybani Z. 35
 Tehenes S. 54
 Terjék O. 180*
 Terzin V. 204, 73, 202
 Theisz J. 182
 Theodorou V. 74
 Tiszai A. 10
 Tiszlavicz L. 23, 22, 21, 144, 160, 44, 6
 Tolmácsi B. 104, 149, 181*
 Topa L. 191, 12, 143, 173, 182*, 87, 152
 Topál L. 183*
 Tornai I. 184*
 Tornóczki T. 124
 Tulassay Z. 24, 137, 140, 141, 16, 121, 76, 117, 156, 51, 102, 82, 31, 100, 15, 56
 Turner J. 74
 Turóczy Z. 50, 146
 Tóth A. 118
 Tóth G. 186*
 Tóth K. 188*
 Tóth L. 139
 Tóth M. 5
 Tóth S. 146
 Tóth V. 45, 187*
 Tóth Z. 82
 Török S. 94
 Török É. 116, 185*, 63
 Tüske G. 68

U

Urbán L. 83, 19, 84

Ú

Újhelyi E. 108

V

Vadász P. 90

Vadászi K. 17, 11

Vajda E. 32

Valcz G. 117

Valkusz Z. 21

Varga C. 94

Varga G. 122

Varga I. 167

Varga J. 190*, 48

Varga M. 108, 35, 113, 13, 189*, 191*

Varga Róbertné I. 118

Varsányi M. 104

Vass N. 192*

Vass T. 178

Vattay G. 16

Vattay P. 168

Vegh Z. 193*

Velkei T. 170

Venglovecz V. 109, 96, 188, 79, 195*

Veres G. 105, 135, 119, 7, 42

Veréb Z. 130

Vesztergombi G. 32

Vigvári S. 196*

Viltsek J. 198

Vincze A. 134

Vincze L. 2, 80, 4

Vincze Á. 115, 196, 7, 197*, 157, 71, 42, 59

Vinkler M. 68

Visnyei Z. 154, 198*, 104, 149

Vágó A. 125

Vécsei L. 14

Végh Z. 194*, 105, 60, 97, 55

Vén L. 163, 38, 36

Völgyi Z. 47, 168

Vörös M. 176

W

Wacha J. 199*

Weltz B. 200*

Wichmann B. 140, 141, 121, 76

Wittmann T. 202, 147, 10, 96, 115, 17, 11, 88, 93, 14, 192, 22, 169, 9, 23, 21, 74, 144, 160, 204, 73, 44, 112

Z

Zaccolo M. 109

Zacher G. 3

Zaránd A. 201*

Zhou-Suckow Z. 6

Zsigmond F. 3, 115

Zsilák-Urbán M. 202*

Zsirka A. 203*

Zsirka-Klein A. 185, 63

Zsóri G. 204*, 73

Zvara Á. 195

Zádori Z. 45, 187

KIÁLLÍTÓK ÉS HIRDETŐK / EXHIBITORS AND ADVERTISERS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönötet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 56. 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 56th Annual Meeting.

- | | | |
|--|--|---|
| • ABBVIE Kft.
Budapest | • HUN-MED Kft. Fuji Képviselő
Budaörs | • ORIFLAME.
Budapest |
| • ALLEGRO Kft.
Budapest | • GOODWILL Kft.
Budapest | • ORMA 2000 Kft.
Szeged |
| • ANAMED Kft.
Budapest | • IZOTÓP INTÉZET Kft.
Budapest | • RECKITT-BENCKISER Kft.
Budapest |
| • ARAMIS PHARMA KFT.
Budapest | • JANSSEN-CILAG Kft.
Budapest | • PENTACORE LABORATÓRIUM
SEMMEIWEIS KFT.
Budapest |
| • ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | • JOHNSON & JOHNSON Kft.
Budapest | • RICHTER GEDEON Nyrt.
Budapest |
| • BERLIN-CHEMIE / MENARINI
Budaörs | • KPS
Budapest | • ROCHE (Magyarország) Kft.
Budaörs |
| • BRISTOL-MYERS SQUIBB
Budapest | • LUX Hungária Kft.
Budapest | • SAGER PHARMA Kft.
Budapest |
| • COOK MEDICAL HUNGARY Kft.
Budapest | • MEDICINA Könyvkiadó Zrt.
Budapest | • STRATHMANN AG&CO
Budapest |
| • ELEKTRO-OXIGÉN Kft.
Budapest | • MEDIREX Zrt.
Budapest | • SYRINX DIAGNOSTIC SYSTEMS
Kft.
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 |
| • FERRING MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | • MSD PHARMA HUNGARY Kft.
Budapest | • VITAMINKOSÁR Kft.
Budapest |
| • FRESENIUS KABI HUNGARY
KFT.
Budapest | • NOVARTIS HUNGÁRIA Kft.
Budapest | |

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Strathmann GmbH&Co KG	Hegrimarin	BII
Roche (Magyarország) Kft.	Pegasys	6
Janssen-Cilag Kft.	Make Hep C History	12
Janssen-Cilag Kft.	Incivo [®]	18
Olympus - Anamed	Evis Exera III. [®]	21
MSD Pharma Hungary Kft.	Victrelis	24
AbbVie Kft.	AbbVie	26
Medicons Kft.	Salofalk [®] 3g	28
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa	34
Goodwill Pharma Kft.	Normix [®]	46
MSD Pharma Hungary Kft.	Remicade	48
Allegro - Given	PillCam SB 3	52
Reckitt Benckiser Magyarország Kft.	Gaviscon [®]	54
Ferring Magyarország Kft.	Picoprep	56
Berlin-Chemie / A. Menarini Kft.	Gasztroenterológia	60
Berlin-Chemie / A. Menarini Kft.	Spasmomen [®]	64
Teva Gyógyszergyár Zrt.	Refluxon [®]	67
Richter Gedeon Nyrt.	Quamatel [®]	70
Takeda Pharma Kft.	Controlloc	72
Medserv - KPS	Oncompass	74
Strathmann GmbH&Co KG	Lactase - Laluc	76
MSD Pharma Hungary Kft.	Simponi	78
MSD Pharma Hungary Kft.	PegIntron [®] Clearclick	BIII
Takeda Pharma Kft.	Controlloc	BIV

HIRDETÉS
MSD PHARMA HUNGARY KFT.
PEGINTRON® CLEARCLICK
BIII

HIRDETÉS
TAKEDA PHARMA KFT.
CONTROLOC
BIV