

Magyar Gasztroenterológiai
Társaság
Hungarian Society of
Gastroenterology



57. Nagygyűlés

57th Annual Meeting of the
Hungarian Society of Gastroenterology

PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK

Siófok, 2015. május 30. - június 2.

PROGRAM / ABSTRACTS

Siófok, 30 May - 2 June, 2015
Hungary

BII.

HIRDETÉS
STRATHMANN
(LACTASE)

Magyar Gasztroenterológiai Társaság 57. Nagygyűlése

Program / Előadáskivonatokat

Siófok, 2015. május 30 – június 2.

**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.

2015.

TARTALOM

Általános tudnivalók	3
A Nagygyűlés időrendi beosztása	4

Program:

MGT Postgraduális Képzési Programja	6
Finanszírozás	8
Endoszkópos asszisztensek ülése I.	9
Endoszkópos asszisztensek ülése II.	10
Goodwill szimpózium.....	13
MSD szimpózium (Hepatológia)	15
Kiállítók köszöntése	15
Emlékelőadások / Díjátadások / Közgyűlés /.....	16
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság kitüntettjei	17
Endoszkópia I. (előadások).....	21
Ultrahang Képkalkotó (előadások)	25
AbbVie (IBD) szimpózium.....	27
Endoszkópia II. (előadások)	29
Bélbetegségek I (előadások).....	31
Hepatológia (előadások)	35
Motilitás (előadások)	37
Kutatói Fórum (előadások).....	39
Ferring szimpózium.....	45
Kéri Pharma szimpózium	47
AbbVie (Biotech) szimpózium	49
A bél microbiota szerepe a gasztroenterológiában-hepatológiában (fő téma).....	51
Új terápiás célpontok akut pancreatitisben (state of art előadás)	51
MSD (IBD) szimpózium.....	53
Boehringer-Ingelheim szimpózium	55
Kapszula endoszkópia (Endoszkópia III. előadások)	56
Az endoszkópia új világa, a HD-től a virtuális hisztológiáig.....	57
Endoszkópos ultrahang Endoszkópia IV. (előadások).....	58
Pancreas (előadások)	61
Táplálkozástudomány és dietetika (előadások)	67
Onkológia (előadások).....	68
Novelties in Gastroenterology 2014-2015.....	71
Richter szimpózium.....	73
Allegro-Covidien szimpózium.....	75
KPS szimpózium	77
A hepatitis C vírus kezelésének újdonságai (fő téma)	80
Az új anticoaguláns szerek gasztroenterológiai vonatkozásai (state of art előadás).....	81
AbbVie (HCV) szimpózium	81
BMS (HBV) szimpózium	81
Endoszkópia V.	82
Bélbetegségek II. (előadások).....	84
Kihívások és dilemmák/klinikopatológia/etismertetések (posztterek)	85
Előadás kivonatokat.....	90
Szerzők névsora	141
.....	
Kiállítók és hirdetőik	146
Hirdetések listája	147
.....	

57 th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

Program / Abstracts

Siófok, May 30 – 2 June, 2015

Editor:
Hungarian Society of
Gastroenterology

Editor:

Dr. Szalay Ferenc
Executive director

H-1092 Budapest
Kinizsi u. 22.
Tel: +36 1 215-1224
Fax: +36 1 476-0634
E-mail:
gastroent@gmail.com

ISSN: 1417-7013

Publisher:

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

2015.

Contents

General informations	3
Time-table.....	4

Program:

Postgraduate Course	6
Financing	8
Meeting of the GI nurses and endoscopy associates I.	9
Meeting of the GI nurses and endoscopy associates II.	10
Goodwill symposium.....	13
MSD symposium (Hepatology)	15
Exhibitors meeting.....	15
Memorial lectures / Awards / General assembly /	16
List of awarded gastroenterologists of HSG	17
Endoscopy I. (oral presentations)	21
Ultrasound Imaging (oral presentations)	25
AbbVie (IBD) symposium.....	27
Endoscopy II. (oral presentations)	29
Bowel Diseases I (oral presentations).....	31
Hepatology (oral presentations).....	35
Motility (oral presentations)	37
Research Forum (oral presentations)	39
Ferring symposium	45
Kéri Pharma symposium.....	47
AbbVie (Biotech) symposium	49
A role of gut microbiota in gastroenterology and hepatology (main topic).....	51
New targets in the treatment of pancreatitis (state of art lecture)	51
MSD (IBD) symposium.....	53
Boehringer-Ingelheim symposium	55
Capsule endoscopy (Endoscopy III. oral presentations)	56
The new world of endoscopy	57
Endoscopic ultrasound Endoscopy IV. (oral presentations)	58
Pancreas (oral presentations)	61
Nutrition and dietetics (oral presentations).....	67
Oncology (oral presentations).....	68
Novelties in Gastroenterology 2014-2015 symposium.....	71
Richter symposium	73
Allegro-Covidien symposium.....	75
KPS symposium	77
Novelties in the treatment of HCV (main topic)	80
Gastroenterological aspect of the new anticoagulants (state of art lecture).....	81
AbbVie (HCV) symposium	81
BMS (HBV) symposium	81
Endoscopy V.	82
Bowel Diseases II. (oral presentations)	84
Challenges, dilemmas / clinicopathology / case reports (posters)	85
Abstracts	90
Alphabetic list of authors.....	141
.....	
Exhibitors and advertisers.....	146
List of advertisers	147
.....	

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

GENERAL INFORMATION

KONGRESSZUSI IRODA

2015. 05. 30. 10.00 órától működik. A Nagygyűlés többi napján 8.00-tól az aznapi utolsó tudományos program végéig tart nyitva. A résztvevők az absztraktokat tartalmazó 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, a kiállítás megtekintésére

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 30. 05. 2015 at 10.00 a.m. Opening hours from 8.00 a.m. to the last scientific program of each day. Operating hours: from 8.00 a.m. to 20.00 each day. Participants will receive the final program with abstracts at the desk.

REGISTRATION FEES

Registration is mandatory to participate at the Congress.

Registration fee includes admittance to all scientific sessions and to the exhibition.

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.

PROGRAM – 57TH ANNUAL MEETING OF THE HUNGARIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY 30 MAY – 02 JUNE, 2015

30 TH MAY, SATURDAY		31 ST MAY, SUNDAY			1 ST JUNE, MONDAY			2 ND JUNE TUESDAY	
		08.00 Exhibitors meeting						8.00 –8.30 Mounting of posters	
		8.30 - 11.15 ① “Hetényi Géza” memorial lecture (B. Hunyady) "Magyar Imre" memorial lecture Lectures of honorary members Honours (J. Gervain, P. Hegyi) Simor Pál Award, George Weber Award GENERAL ASSEMBLY			8.30 - 9.00 ① AbbVie Biotech symposium			8.30 – 9.00 ① KPS symposium	
					9.00 – 11.00 ① The role of gut microbiota in gastroenterology and hepatology (László HERSZÉNYI, Béla HUNYADY, Zsolt TULASSAY)			9.00 – 11.00 ① Novelties in the treatment of HCV (Alajos PÁR)	
		11.30 – 13.00 Endoscopy I. Oral presentations ① Ultrasound/Imaging Oral presentations ③			11.15 – 11.45 ① New targets in the treatment of pancreatitis (Zoltán RAKONCZAY)			11.15-11.45 ① Gastroenterological aspect of the new anticoagulants (Károly PALATKA)	
					12.00 -13.00 MSD Simponi symposium			12.00-12.30 ① AbbVie HCV symposium	
								12.30-13.00 BMS HBV symposium	
Lunch 12.00 - 14.00									
14.00-17.30 MGT Postgraduate course: ① 1. Evidence Based Management (EBM) guidelines of pancreatitis (Péter HEGYI and Members of HPSG) 2. Optimal monitoring and management of IBD (Tamás MOLNÁR)	14.00-16.00 Meeting of the GI nurses and endoscopy associates I. 16.00-18.00 Meeting of the GI nurses and endoscopy associates II.	14.00-15.00 AbbVie IBD szimpózium			14.00 - 14.30 ① Boehringer-Ingelheim symposium			14.30-15.00 Endoscopy V.	14.00-15.00 Bowel Diseases II.
		15.00 – 16.00 Endoscopy II. 16.00 – 18.00 Bowel Disease I. Oral presentations ①	15.00-16.30 Hepatology Oral presentations 16.30-18.00 ② Motility Oral presentations	15.00-18.00 Research Forum Oral presentations ③	14.30–15.25 Oral presentations ① Capsule Endoscopy (Endoscopy III.) 15.30-16.00 The new world of endoscopy 16.00-18.00 Oral presentations ①Endoscopy IV. Endoscopic Ultrasound	14.30-16.50 Oral presentations ② Pancreas	14.30-16.00 Oral presentations Nutrition sciences and dietetics ③ 16.00-17.50 Oral presentations Oncology ③	15.00 – 18.00 ① CHALLENGES, DILEMMAS, CASE DEPORTS Miscellaneous posters Video commentary Discussion	
17.30 - 18.30 Financing symposium③	②								
18.30 - 19.30 Goodwill Normix Symposium		18.00 – 19.00 Ferring ① symposium			18.00 – 19.00 ① Novelties in Gastroenterology 2014-2015			Learning Center	
		19.00 – 20.00 ① Kéri Pharma symposium			19.00 – 19.30 Richter symposium ①			31 May 13.00-14.00	
19.30- 20.00 MSD Hepatology Symposium					19.30- 20.00 Allegro-Covidien symposium ①			1 June 13.00-14.00	

Lunch: 12.00 - 14.00

○ Numbers in circles indicate the lecture hall:, ① Toscana hall, ② Ibiza hall ③ Marbella hall ④ Adria hall

PROGRAM - MAGYAR GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRSASÁG 57. NAGYGYŰLÉSE 2015.05.30.-06.02.

MÁJUS 30, SZOMBAT		MÁJUS 31, VASÁRNAS			JÚNIUS 1, HÉTFŐ			JÚNIUS 2, KEDD			
		08.00 Kiállítók köszöntése						8.00 –8.30 Poszterek elhelyezése			
		8.30 - 11.15 ① “Hetényi Géza" emlékelőadás (Hunyady B.) "Magyar Imre" emlékelőadás Tiszteletbeli tagok előadásai Kitüntetések (Gervain J., Hegyi P.) Simor Pál alapítvány díj, George Weber díj KÖZGYŰLÉS			8.30 - 9.00 ① AbbVie szimpóziuM Biotech			8.30 – 9.00 ① KPS szimpóziuM			
					9.00 – 11.00 ① A bél microbiota szerepe a gasztroenterológiában-hepatológiában (Hersényi László, Hunyady Béla, Tulassay Zsolt)			9.00 – 11.00 ① A hepatitis C vírus kezelésé- nek újdonságai (Pár Alajos)			
		11.30 – 13.00 Endoszkópia I. Előadások ① UH/képalkotó Előadások ③			11.15 – 11.45 ① Új terápiás célpontok acut pancreatitisben (Rakonczay Zoltán)			11.15-11.45 ① Az új anticoaguláns szerek gasztroenterológiai vonatkozásai (Palatka Károly)			
					12.00 -13.00 MSD SzimpóziuM IBD			12.00-12.30 ① AbbVie szimpóziuM HCV			
								12.30-13.00 BMS szimpóziuM HBV			
Ebéd 12.00 - 14.00											
14.00-17.30 ① MGT Postgraduális képzés: 1. Pancreatitisek bizo- nyítékon alapuló (EBM) kezelési irányelvei (Hegyi Péter és a HPSG tagjai) 2. A gyulladásos bélbe- tegek optimális monitorozása a gondo- zás során (Molnár Tamás)		14.00-16.00 Endoszkópos asszisztensek ülése I. 16.00-18.00 Endoszkópos asszisztensek ülése II. ②		14.00-15.00 AbbVie IBD szimpóziuM			14.00 - 14.30 ① Boehringer-Ingelheim szimpóziuM			14.30-15.00 Endoszkópia V.	14.00-15.00 Bélbetegségek
				15.00 – 16.00 Endoszkópia II. 16.00 – 18.00 Bélbetegségek Előadások ①	15.00-16.30 Hepatológia Előadások 16.30-18.00 ② Motilitás Előadások 17.00-18.00 Hepatológia munka- megbeszélés ④	15.00-18.00 Kutatói fórum Előadások ③	14.30–15.25 Előadások ① Kapszula Endoszkópia (Endoszkópia III.) 15.30-16.00 Az endoszkópia új világa, a HD- tól a virtuális hisztológiáig 16.00-18.00 Előadások ①Endoszkópia IV. Endoszkópos Ultrahang	14.30-16.50 Előadások ② Pancreas 14.30-16.00 Előadások Táplálkozás- tudomány és dietetika ③ 16.00-17.50 Előadások Onkológia ③	15.00 – 18.00 ① KIHÍVÁSOK-DILEMMÁK, ESETMEGBESZÉLÉSEK Vegyes poszterek Video közvetítéses vita		
17.30 - 18.30 Finanszírozás③				18.00 – 19.00 Ferring ① szimpóziuM			18.00 – 19.00 ① Gasztroenterológiai újdonságok 2014-2015			Learning Center ④ 2015.05.31. 13.00-14.00 2015.06.01. 13.00-14.00	
							19.00 – 19.30 Richter szimpóziuM ①				
18.30 - 19.30 Goodwill Normix SzimpóziuM		19.00 – 20.00 ① Kéri Pharma szimpóziuM			19.30- 20.00 Allegro-Covidien szimpóziuM ①						
19.30- 20.00 MSD SzimpóziuM Hepatológia											

Ebéd: 12.00 - 14.00

○ A körökbe írt számok az előadótermeket jelzik, ① Toscana terem, ② Ibiza terem ③ Marbella terem ④ Adria terem

2015. május 30. Szombat
30. May, Saturday
14.00 – 17.30

Toscana Terem
Toscana Hall

MGT POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS / POSTGRADUAL COURSE

14.00 – 15.45

PANCREATITISEK BIZONYÍTÉKON ALAPULÓ (EBM) KEZELÉSI IRÁNYELVEI (2015)

*EVIDENCE BASED MANAGEMENT (EBM) GUIDELINES OF PANCREATITIS
(2015)*

Moderátorok:

Takács Tamás, Szeged

Oláh Attila, Győr
Veres Gábor, Budapest

Pap Ákos, Budapest

14.00 BEVEZETÉS

Az EBM fontossága

The importance of EBM

Hegy Péter, Szeged

14.15 AKUT PANCREATITIS

Az akut pancreatitis EBM alapú kezelési irányelvei

EBM guidelines of acute pancreatitis

Hegy Péter, Szeged – Hritz István, Kecskemét

14.45 KRÓNIKUS PANCREATITIS

A krónikus pancreatitis EBM alapú kezelési irányelvei

EBM guidelines of chronic pancreatitis

Szűcs Ákos, Budapest – Kui Balázs, Szeged

15.15 GYERMEKKORI PANCREATITIS

A gyermekkori pancreatitis EBM alapú kezelési irányelvei

EBM guidelines of pediatric pancreatitis

Lásztity Natália, Budapest – Párniczky Andrea, Budapest



15.45 – 17.30

A GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK OPTIMÁLIS MONITOROZÁSA A GONDOZÁS SORÁN

OPTIMAL MONITORING AND MANAGEMENT OF IBD

(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Moderátorok:

Kovács Ágota, Budapest

Farkas Klaudia, Szeged

Molnár Tamás, Szeged

- 15.45 **BETEGNYILVÁNTARTÁS, ADATRÖGZÍTÉS, VISSZARENDELÉS IDŐZÍTÉSE**
PATIENT'S REGISTRY, DATA CAPTURE AND TIMING OF VISITS
Nagy Ferenc, Szeged
- 16.00 **MILYEN VÉRVIZSGÁLATOKAT VÉGEZZÜNK EL? MIKOR MIT ÉS MILYEN GYAKRAN? SZÉKLETMARKEREK HASZNA A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK GONDOZÁSA SORÁN.**
BLOOD AND FECAL MARKERS IN THE MANAGEMENT OF IBD. WHAT, WHEN AND HOW OFTEN?
Palatka Károly, Debrecen
- 16.15 **SZEROLÓGIA ÉS GENETIKAI VIZSGÁLATOK IBD-BEN. VAN-E GYAKORLATI HASZNUK EZEKNEK A VIZSGÁLATOKNAK?**
GENETICS AND SEROLOGY IN IBD. WHAT IS ITS BENEFIT IN THE DAILY ROUTINE?
Papp Mária, Debrecen
- 16.30 **KÉPALKOTÓ MÓDSZEREK ÉS EZEK IDŐZÍTÉSE IBD-BEN**
IMAGING MODALITIES IN IBD
Miheller Pál, Budapest
- 16.45 **ENDOSZKÓPIA ÉS HISZTOLÓGIA IBD-BEN. MIT VÁR A KLINIKUS A HISZTOLÓGUSTÓL?**
ENDOSCOPY AND HISTOLOGY IN IBD. THE CLINICIAN'S PERSPECTIVE.
Molnár Tamás, Szeged
- 17.00 **ENDOSZKÓPIA ÉS HISZTOLÓGIA IBD-BEN. MIT VÁR A HISZTOLÓGUS A KLINIKUSTÓL?**
ENDOSCOPY AND HISTOLOGY IN IBD. THE PATHOLOGIST'S PERSPECTIVE
Tiszlavicz László, Szeged
- 17.15 Diszkusszió

2015. május 30. Szombat
30 May, Saturday
17.30 - 18.30

Marbella terem
Marbella Hall

FINANSZÍROZÁS SZIMPÓZIUM /
FINANCING SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chair:

Gurzó Zoltán, Gyula
Finanszírozási Munkacsoport,
Szakmai Kollégium Tagozata

Wittmann Tibor, Szeged

Novák János, Gyula

17.30 SZAKMAI KOLLÉGIUM TAGOZATÁNAK KÜZDELMEI AZ ELMÚLT
NÉGY ÉVBEN
Novák János, Gyula

17.50 STRUKTÚRA ÁTALAKÍTÁS KÉRDÉSEI
Dávid Gyula, Veszprém

18.10 AKTUALITÁSOK, JELENLEGI HELYZET
Gurzó Zoltán, Gyula

18.20 MEGBESZÉLÉS

2015. május 30. Szombat
30 May, Saturday
14.00 – 16.00

Ibiza terem
Ibiza Hall

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

Üléselnökök/ Chair:

Vincze Áron, Pécs Paulovicsné Kiss Melinda, Pécs Gárdonyi Mihály, Kaposvár

14.00 **KÖSZÖNTŐ**

14.15 **Simoradik Gyöngyi Endoterápiás (ET) újdonságok**
ANAMED Kft., Budapest

14.30 **PANENDOSZKÓPIA NEM A MEGSZOKOTT KÖRNYEZETBEN. INTRAOPERATÍV GASTROSZKÓPIA.**
Ádám T.¹, Balázs M.¹, Illés A.¹, Bajcsy-Zsiliszky Kórház Budapest Gastroenterologia¹

14.40 **TRANSNASALIS ENDOSZKÓPIA, AVAGY VARIÁCIÓK EGY SPECIÁLIS ENDOSZKÓP KÖRÉ.**
Burai J.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Szmola R.¹, Intervenció Gasztroenterológiai Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹

14.50 **PEG IMPLANTATIO**
Horváth K.¹, Kacska S.², Altörjay I.³, DEOKK 4032 Debrecen Nagyerdei Krt.98¹

15.00 **KORROZÍV SÉRÜLÉSEK ENDOSZKÓPOS ELLÁTÁSA GYERMEKKORBAN**
Tani E.¹, Koráné Patkás C.¹, Lásztity N.¹, Nagy A.¹, Gasztroenterológiai és Nephrológiai Osztály - Endoszkópia, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹

15.10 **HIDROGÉN KILÉGZÉSI TESZT: MIÉRT, MIKOR, HOGYAN?**
Varga-Csuka S.¹, Takáts A.¹, Bakos L.¹, Garai C.¹, Endomedix Diagnosztikai Központ¹

15.20 **SZEMELVÉNYEK ENDOSZKÓPOS ATLASZUNKBÓL, ÚJ TECHNIKÁK, ÉRDEKES ESETEK**
Bábics I.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Andorka M.¹, Vincze L.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház¹

15.30 **VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA, A BIZTONSÁG MINDENK ELŐTT**
Kiss G.¹, Andorka M.¹, Szalai M.¹, Kovács V.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház¹

15.40 **KÉRDÉSEK, MEGBESZÉLÉS**

2015. május 30. Szombat
30 May, Saturday
16.00 – 18.00

Ibiza terem
Ibiza Hall

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

Zsűri elnök: Pakodi Ferenc

Zsűri tagok: Kokas Mariann, Török Éva, Hantó Zsolt, Elek Imre

Üléseelnökök/ Chair:

Pécsi Gyula, Mosonmagyaróvár

Molnár Tiborné, Székesfehérvár

Bacsikainé Beluzsár Adrienn, Miskolc

16.00 **HOGYAN NÖVELHETŐ A BÉL ELŐKÉSZÍTÉS HATÉKONYSÁGA (FERRING)**
Tóth Gábor Tamás, Budapest

16.15 **STOP CRC – PREVENCIÓS LEHETŐSÉGEK NAPJAINKBAN**
Kántor D.¹, Durcsán H.¹, Kárász T.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat -
Gastroenterológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

16.25 **VASTAGBÉL POLYPECTOMIÁK SZÖVŐDMÉNYEINEK MEGELŐZÉSE ÉS ELLÁTÁSUK**
Kádár T.¹, Budai J.¹, Bányainé Bodonyi K.¹, Iszaka A.¹, Balogh E.¹, Gurzó Z.¹, Békés
Megyei Pándy Kálmán Kórház Endoszkópos Labor¹

16.35 **ANALGESIA BIZTOSÍTÁSA COLONOSCOPIA SORÁN LIVOPÁNNAL (DINITROGEN-OXID: 50%, OXIGÉN: 50%). ELSŐ TAPASZTALATOK**
Kokas M.¹, Kovácsné Tomasits K.¹, Csókáné Takács S.¹, Polreisz J.¹, Pécsi G.¹,
Gastroenterológiai Osztály, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

16.45 **A VÉRALVADÁSGÁTLÓ GYÓGYSZEREK ÉS AZ OPERATÍV ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK AZ ASSZISZTENS NÉZŐPONTJÁBÓL**
Langhammer S.¹, Vincze Á.², PTE.KK:I.Belklinika Endoszkópos labor¹

16.55 **AZ ENDOSZKÓPOK HASZNÁLATA SORÁN FELMERÜLŐ HIBÁK ASSZISZTENSI SZEMSZÖGBŐL**
Csicsóné Miklós T.¹, Bosnyák A.¹, Muhi M.¹, Somogyi E.¹, Tóthné Pismán K.¹, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, OMCH Endoszkópia, Kecskemét¹

17.05 **NEM MINDIG AZ ERCP A NEHÉZ**
Molnár T.¹, Fodorné Keserű A.¹, Székely A.¹, Izbéki F.¹, Fejér megyei Szent György
Egyetemi Oktató Kórház I.Belgyógyászat Endoszkópos labor Székesfehérvár¹

17.15 **KETTŐSBALLON ENDOSZKÓPIA ASSZISZTENSI SZEMMEL**
Pikóné Babos G.¹, Kacska S.¹, Altörjay I.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ
Belgyógyászati Intézet Gastroenterológiai Tanszék¹

POSZTER**17.25 AKUT GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK BEMUTATÁSA AZ MH EK SZRI GASZTROENTEROLÓGIAI SZAKRENDELÉSÉN**

Micskó É.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvéd Kórház Szakrendelő Intézet Gasztroenterológia¹

17.35 KÉRDÉSEK, HOZZÁSZÓLÁSOK, EREDMÉNYHIRDETÉS**18.00 KÖZGYŰLÉS**

I. díj Allegro Kft. felajánlása: Pakodi Ferenc – Biri Etelka

II. díj Medirex Kft. felajánlása: Hantó Zsolt – Szalay Edit

III. díj Hun-Med Kft. felajánlása: Elek Imre – Mundi András

Különdíj átadó: Kokas Mariann – Török Éva

HIRDETÉS

GOODWILL PHARMA (NORMIX)

2015. május 30. Szombat
30 May, Saturday
18.30 - 19.30

Toscana Terem
Toscana Hall

GOODWILL NORMIX SZIMPÓZIUM <i>GOODWILL NORMIX SYMPOSIUM</i>

Üléselnökök / Chair:

Szalay Ferenc, Budapest **Tulassay Zsolt**, Budapest

RIFAXIMIN A HEPATICUS ENCEPHALOPATHIABAN
RIFAXIMIN FOR THE TREATMENT OF HEPATIC ENCEPHALOPATHY
Szalay Ferenc, Budapest

A DIVERTIKULÁRIS BETEGSÉG KEZELÉSÉNEK SZEMPONTJAI
THE ASPECTS OF THE TREATMENT OF DIVERTICULAR DISEASE
Hersényi László, Budapest

SIBO –SOK IZGALOM BANÁLIS OKA!
SIBO - BANAL REASONS FOR EXCITEMENT
Molnár Tamás, Szeged

IBS, CÉLKERESZTBEN A BAKTÉRIUMOK
BACTERIA IN IBS: THE TARGET?
Rosztóczy András, Szeged

HIRDETÉS

STRATHMANN

(Lactase)

2015. május 30. Szombat
30 May, Saturday
19.30 - 20.00

Toscana Terem
Toscana Hall

MÚLT, JELEN ÉS JÖVŐ
PAST, PRESENT AND FUTURE
MSD HEPATOLÓGIA SZIMPÓZIUM
MSD HEPATOLOGY SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chair: **Hunyady Béla**, Kaposvár

HOGYAN CSÖKKENTHETŐ A HCV TÁRSADALMI TERHE?
HOW TO REDUCE THE BURDEN OF HCV ON SOCIETY?
Werling Klára, Budapest

HOGYAN TOVÁBB A HCV KEZELÉSÉBEN?
THE WAY FORWARD IN HCV TREATMENT.
Hunyady Béla, Kaposvár

* * *

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
8.00 - 8.30

Ibiza Terem
Ibiza Hall

KIÁLLÍTÁS MEGNYITÁSA
OPENING OF THE EXHIBITION

Altörjay István
elnök

Molnár Tamás
főtitkár

Szalay Ferenc
állandó iroda ügyv. ig.

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
8.30 –11.15

Toscana terem
Toscana Hall

HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "GÉZA HETÉNYI"

Salus aegroti suprema lex est. Harminc év a betegek ellátásában, a betegségek kutatásában.

Salus aegroti suprema lex est. Thirty years in patient care and in exploring diseases.

Hunyady Béla, Pécs-Kaposvár

MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS
MEMORIAL LECTURE "IMRE MAGYAR"

A biohasonló infliximab CT-P13 terápiás hatékonysága és biztonságossága gyulladásos bélbetegségekben: prospektív, multicentrikus obszervációs vizsgálat

Biosimilar infliximab in inflammatory bowel diseases: first interim results from a prospective nationwide observational cohort

Gecse Krisztina, Budapest

GREETING OF THE NEW HONORARY MEMBERS
STATE OF ART LECTURES

Joost Drenth, Netherlands

Liver cysts: cause, symptoms and treatment

Jonas Rosendahl, Leipzig, Germany

Genetics of chronic pancreatitis

Shomron Ben-Horin, Tel-Hashomer, Israel

Beyond drug and anti-drug antibody trough levels - putting all together: An emerging concept of individualized IBD care

Lecture will be presented today at 14.00

Graham Foster, London, United Kingdom

Chronic HCV Infection - What Challenges Remain?

A TÁRSASÁG DÍJAINAK ÁTADÁSA

A legjobb magyar nyelvű gasztroenterológiai tárgyú dolgozat díj,
"Hetényi Géza" emlékérem, "Pro Optimo Merito in Gastroenterologia" emlékérem
Erwin Kunzt 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
- II. Főtitkári beszámoló
- III. Pénztárosi beszámoló
- IV. Ellenőri jelentés
- V. Vita az elhangzott beszámolók felett

- VI. Magyar Gasztroenterológiai Alapítvány
- VII. Zárszó

A TÁRSASÁG A "HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREMBEN" A KÖVETKEZŐ

TISZTELETBELI TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"

Dr. T.CSÁKY	(USA)		Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001
Dr. F.VILARDELL	(E)		Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001
Dr. D. MÜTING	(D)		Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001
Dr. L.DEMLING	(D)		Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001
Dr. H.MANSUROV	(SU)		Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002
Dr. A.UGOLEV	(SU)		Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002
Dr. M.SIURALA	(FL)		Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)		Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002
Dr. L.LAMBLING	(F)		Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. E.GÜLZOW	(D)		Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1985	Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. HERBERT FALK	(D)	1985	Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. SERGE BONFILS	(F)	1985	Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	1986	Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	1986	Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	1986	Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	1987	Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. ROLF MADAUS	(D)	1987	Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	1987	Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. F.G. RENGIER	(D)	1987	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	1988	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. HERIBERT THALER	(A)	1988	Dr. MICHAEL PETER MANNS	(D)	2006
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	1988	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	1989	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	1989	Dr. LÁSZLÓ G BOROS.	(USA)	2007
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	1989	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	1990	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	1990	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	1990	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. HARALD HENNING	(D)	1991	Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	1992	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
Dr. PETER FERENCI	(A)	1992	Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER	(D)	1993	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	1993	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	1993	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	1994	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2010
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	1994	Dr. HERBERT LOCHS	(A)	2010
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	1995	Dr. ÖRDÖG TAMÁS	(USA)	2010
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	1995	Dr. CHRISTOPH RINK	(D)	2010
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	1996	Dr. ANGELS GINÈS	(ES)	2011
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	1996	Dr. HEINZ HAMMER	(A)	2011
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	1997	Dr. MICHAEL A. GRAY	(UK)	2011
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	1997	Dr. URSULA SEIDLER	(D)	2012
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	1997	Dr. ANNA GUKOVSKAYA	(USA)	2013
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	1998	Dr. MARK HULL	(UK)	2013
Dr. P. FUNCH-JENSEN	(D)	1998	Dr. ERWIN SANTO	(IL)	2013
Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998	Dr. ARUN SANYAL	(USA)	2013
Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998	Dr. RAINER SCHÖFL	(A)	2013
Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999	Dr. FRANCESCO DI MARIO	(I)	2014
Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999	Dr. PIERRE DEPREZ	(BE)	2014
Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999	Dr. GRAHAM R FOSTER	(UK)	2014
Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999	Dr. MARKUS M. LERCH	(D)	2014
Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2000	Dr. JOOST DRENT	(NL)	2015
Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000	Dr. JONAS ROSENDAHL	(D)	2015
Dr. A.S. PENA	(NL)	2000	Dr. SHOMRON BEN-HORIN	(IL)	2015
Dr. LIONEL BUENO	(F)	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. SZÉCSÉNY ANDOR	1989
Dr. VARRÓ VINCE	1961	Dr. LAPIS KÁROLY	1990
Dr. FORNET BÉLA	1962	Dr. SIMON LÁSZLÓ	1991
Dr. GÖMÖRI PÁL	1963	Dr. BALOGH ISTVÁN	1992
Dr. PETRI GÁBOR	1964	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	1993
Dr. HÁMORI ARTHUR	1965	Dr. BAJTAI ATTILA	1994
Dr. SÓS JÓZSEF	1966	Dr. KISS JÁNOS	1995
Dr. JULESZ MIKLÓS	1968	Dr. PAPP JÁNOS	1996
Dr. KELEMEN ENDRE	1969	Dr. LONOVICS JÁNOS	1997
Dr. JÁVOR TIBOR	1970	Dr. TULASSAY ZSOLT	1998
Dr. IVANICS GYÖRGY	1971	Dr. PÁR ALAJOS	1999
Dr. CSERNAY LÁSZLÓ	1972	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2000
Dr. RÁK KÁLMÁN	1973	Dr. SZALAY FERENC	2001
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1974	Dr. PAP ÁKOS	2002
Dr. SZARVAS FERENC	1975	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2003
1976-ban nem adtuk ki		Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2004
Dr. WINTER MIKLÓS	1977	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2005
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1978	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2006
Dr. PETRÁNYI GYULA	1979	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2007
Dr. HOLLÁN ZSUZSA	1980	Dr. BANAI JÁNOS	2008
Dr. ECKHARDT SÁNDOR	1981	Dr. WITTMANN TIBOR	2009
Dr. PREISICH PÉTER	1982	Dr. OLÁH ATTILA	2010
Dr. MÓZSIK GYULA	1983	Dr. VARGA GÁBOR	2011
Dr. PAPP MIKLÓS	1984	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2012
Dr. GÁTI TIBOR	1985	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2013
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1986	Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ	2014
Dr. FEHÉR JÁNOS	1987	Dr. HUNYADY BÉLA	2015
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1988		

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
		2015.	Dr. GECSE KRISZTINA

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

EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSBEN A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

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

Dr. VARRÓ VINCE	1982	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. KISS JÁNOS	2004
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. PÁR ALAJOS	2004
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. WITTMANN TIBOR	2005
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. TÁRNOK FERENC	2006
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. VÁRKONYI TIBOR	2006
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. DÁVID KÁROLY	2006
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2007
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. LÍBOR JÁNOS	2007
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2008
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	Dr. NAGY FERENC	2008
Dr. PREISICH PÉTER	1994	Dr. BERÓ TAMÁS	2009
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2009
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	Dr. KUPCSULIK PÉTER	2009
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	Dr. DALMI LAJOS	2009
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2010
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2010
Dr. SZALAY FERENC	1997	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2011
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998	Dr. SOLT JENŐ	2011
Dr. FEHÉR JÁNOS	1998	Dr. OROSZ PÉTER	2012
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999	Dr. TORNAI ISTVÁN	2012
Dr. SZEBENI ÁGNES	1999	Dr. HUNYADY BÉLA	2013
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000	Dr. PÁK GÁBOR	2013
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000	Dr. MOLNÁR TAMÁS	2014
Dr. PAPP JÁNOS	2001	Dr. TOPA LAJOS	2014
Dr. SIMON LÁSZLÓ	2001	Dr. GERVAIN JUDIT	2015
Dr. TULASSAY ZSOLT	2002	Dr. HEGYI PÉTER	2015
Dr. LONOVICS JÁNOS	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

HUN-MED
(FUJIFILM)

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
11.30 – 13.00

Toscana terem
Toscana Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Gyökeres Tibor, Budapest **Rácz István**, Győr

11.30 PHARMACOLOGIC TREATMENT IN VARICEAL BLEEDING

Schäfer Eszter, Budapest

11.40 VARICEAL BLEEDING MANAGEMENT: WHERE WE ARE; AND WHERE ARE WE GOING TO? DO WE NEED TO CHANGE THE GUIDELINES?

Ibrahim Mostafa, Egypt

Üléselnökök/Chair:

Szepes Attila, Kecskemét **Gurzó Zoltán**, Gyula

12.00 THE ROLE OF HEMOSPRAY IN THE ENDOSCOPIC TREATMENT OF NON VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING; INITIAL EXPERIENCES IN A TERTIARY CENTRE GASTROENTEROLOGICAL UNIT

Kiss Z.¹, Szalai M.¹, Kárász T.¹, Szabó A.¹, Csöndes M.¹, Dancs N.¹, Kovács V.¹, Durcsán H.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹

12.10 ANTRAL VASCULAR ECTASIA: LIGATION VERSUS ARGON PLASMA COAGULATION - MULTI-CENTER EXAMINATION

Szabó E.¹, Bor R.¹, Farkas K.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Lőrinczy K.², Gyökeres T.², Banai J.², Kovács V.³, Rácz I.³, University of Szeged, 1st Department of Medicine, Szeged¹, Ministry of Defence, Medical Center, Gastroenterology, Budapest², Petz Aladár County Teaching Hospital, Internal Medicine – Gastroenterology, Győr³

12.20 THE PLACE OF THE LIGATION IN THE VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING MANAGEMENT

Rácz F.¹, Szegedi L.¹, Jóna András County Hospital Nyíregyháza. 1st Department of Internal-Medicine and Gastroenterology¹

12.30 MARÓSZER MÉRGEZETT BETEGEKKEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Bátyi A.¹, Bakos Á.¹, Elek I.¹, Kőrösi G.², Hegede G.², Szabó L.², Fülöp C.², Pap Á.², Bene L.², Klinikai Toxikológia, Péterfy Sándor Utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Péterfy Sándor Utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest²

12.40 UPPER GASTROINTESTINAL POLYPECTOMY IN OUR DEPARTMENT

Lőrinczy K.¹, Rusznayák K.¹, Andrási P.¹, Mályi K.¹, Bíró B.¹, Varsányi M.¹, Tolmácsi B.¹, Visnyei Z.¹, Schäfer E.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Jäckel M.², Gyökeres T.¹,
Dept. of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest¹, Dept.
of Pathology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest²

12.50 TREATMENT OF OESOPHAGEAL PERFORATIONS AND ITS COMPLICATIONS (MEDIASINITIS, ABSCESS) WITH COVERED METAL STENT AND DRAINAGE

Solt J.¹, Horváth Ö.², Sarlós G.³, Mühl D.⁴, Csizmadia C.⁵, Acél P.⁵, Vincze Á.¹, 1st
Department of Medicine of University Pécs¹, Department of Surgery of University
Pécs², Department of Radiology of University Pécs³, Intensive Care Institute of University
Pécs⁴, Departments of Medicine and Gastroenterology of City Hospital Mohács⁵

HIRDETÉS

BERLIN-CHEMIE

(Espumisan)

HIRDETÉS

MED-EN TRADE KFT.

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
11.30 – 13.00

Ibiza terem
Ibiza Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Szebeni Ágnes, Budapest **Gervain Judit**, Székesfehérvár

- 11.30 **ULTRAHANG VEZÉRELT ABLÁCIÓS TECHNIKÁK A MÁJ TÉRFOGLALÓ FOLYAMATAIBAN. AZ RFA HELYE ÉS SZEREPÉNEK VÁLTOZÁSA AZ UTÓBBI 10 ÉV ALATT.**

REGÖLY-MÉREI JÁNOS EMLÉKELŐADÁS

Huszár S.¹, Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház¹

- 12.00 **A MÁJFIBRÓZIS MEGHATÁROZÁS ULTRAHANG ALAPÚ MÓDSZEREI (INVAZÍV ÉS NEM INVAZÍV VIZSGÁLATOK)**

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

- 12.10 **A RECTALIS ENDOMETRIOSISOK ULTRAHANG DIAGNOSZTIKÁJA**

Artner A.¹, Babarczy E.², Szalai K.¹, Astoria Medical Center Budapest¹, Egyesített Szent István és Szent László Kórház Budapest²

- 12.20 **A PORTALIS HYPERTENSIO NON-INVAZÍV VIZSGÁLATA MÁJCIRRHOZISBAN TRANZIENS ELASZTOGRÁFIA ÉS A PORTALIS KERINGÉS MÉRÉSÉNEK EGYÜTTES ALKALMAZÁSÁVAL**

Pusztay M.¹, Szent János Kórház, I. Belgyógyászat, Hepatológia¹

- 12.30 **INVETERÁLT HASI TÁLYOG VAGY TUMOR? ELTÉRŐ ULTRAHANG DIAGNOSZTIKUS MEGKÖZELÍTÉSEK**

Gelley A.¹, Czeródi E.², Bély M.³, Masszi I.⁴, Belgyógyászat, Gastroenterológia, Betégápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest¹, Röntgen osztály, Betégápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest², Patológia, Betégápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest³, Sebészet, Betégápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest⁴

- 12.40 **A TRANSZABDOMINALIS ULTRAHANG VIZSGÁLAT ÉS A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA SZEREPE ATÍPUSOS CROHN BETEGSÉG DIAGNÓZISÁBAN.**

Darvas E.¹, Székelly G.¹, Tóth G. T.¹, Gosztola P.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati-és Gasztroenterológiai Osztály¹

- 12.50 **RITKA EPEÚTI BETEGSÉGEK ULTRAHANGOS DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKÁJA**

Székelly G.¹, Szilvás Á.², Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

13.00-14.00

Adria terem

LEARNING CENTER UH PROGRAM

HIRDETÉS

ABBVIE IBD (HUMIRA)

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
14.00 - 15.00

Toscana terem
Toscana Hall

TÖREKVÉSEK A BIOLÓGIAI TERÁPIA OPTIMALIZÁCIÓJÁRA IBD-BEN

BIOLOGICAL THERAPY OPTIMIZATION STRATEGIES IN IBD
ABBVIE IBD SZIMPÓZIUM / ABBVIE IBD SYMPOSIUM

Üléselnök:

Lakatos Péter, Budapest **Miheller Pál**, Budapest

TÁMPONTOK A STRATÉGIAI DÖNTÉSHOZTALHOZ AZ IBD BIOLÓGIAI TERÁPIÁJA SORÁN: BETEG-PROFILOK, KLINIKAI TÜNETEK ÉS BIOMARKEREK

FACTORS GUIDING STRATEGIC DECISION MAKING IN BIOLOGICAL TREATMENT OF IBD: PATIENT PROFILES, CLINICAL SIGNS AND BIOMARKERS

Lakatos Péter, Budapest

A NYÁLKAHÁRTYA GYÓGYULÁS PREDIKTÍV ÉRTÉKE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBEN

PREDICTIVE VALUE OF MUCOSAL HEALING IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Molnár Tamás, Szeged

BEYOND DRUG AND ANTI-DRUG ANTIBODY TROUGH LEVELS - PUTTING ALL TOGETHER: AN EMERGING CONCEPT OF INDIVIDUALIZED IBD CARE

Shomron Ben-Horin (Tel-Aviv)

HIRDETÉS

TEVA

(RABYPREX)

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
15.00-16.00

Toscana terem
Toscana Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Szepes Zoltán, Szeged Vincze Áron, Pécs

- 15.00 **POPULATION BASED COLORECTAL CANCER SCREENING; PRELIMINARY RESULTS FROM GYŐR**
Durcsán H.¹, Szabó A.¹, Kovács V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Gulyás J.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹
- 15.10 **PILOT COLORECTAL SCREENING PROGRAM IN MOSONMAGYARÓVÁR**
Pécsi D.¹, Tóth L.², Magyarosi D.², Kokas M.², Pécsi G.², Hersényi L.¹, 2nd Dept. of Int. Med., Semmelweis University, Budapest*¹, Dept. of Med. and Gastroent.²
- 15.20 **SAFETY AND EFFECTIVENESS OF ANESTHESIOLOGIST-ADMINISTERED PROPOFOL VERSUS PROPOFOL AND NALBUPHINE FOR DEEP SEDATION DURING AND AFTER OUTPATIENT COLONOSCOPY**
Madácsy L.¹, Gellért B.², Murányi M.³, Lippai D.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem II. Sz. Belgyógyászati Klinika¹, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest², Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár³
- 15.30 **PATIENT-CONTROLLED SEDATION WITH NITROUS OXIDE FOR COLONOSCOPY. FIRST EXPERIENCES**
Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Dept. of Gastroent. and Med., Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár¹
- 15.40 **NICE WITH FICE: THE DIAGNOSTIC VALUE OF FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT (FICE) TECHNOLOGY IN CLASSIFYING COLORECTAL POLYPS - A PROSPECTIVE CONTROLLED STUDY**
Gyimesi G.¹, Hritz I.¹, Gellért B.², Hausinger P.¹, Velkei T.¹, Dubravcsik Z.¹, Tiszlavicz L.³, Madácsy L.⁴, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory¹, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola², Department of Pathology, University of Szeged³, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár⁴
- 15.50 **COMPUTERIZED THREE DIMENSIONAL MAPPING AND ROBOTIC MANEUVERING THROUGH THE HUMAN LARGE INTESTINE TRAJECTORY WITH MAGNETIC CAPSULE ENDOSCOPY USING REFERENCE TRACKING CONTROL**
Fodor E.¹, Huberth B.¹, Csörgő E.¹, Gellért B.², Lippai D.³, Koller M.¹, Földi S.¹, Madácsy L.⁴, Tulassay Z.³, Cserey G.¹, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Információs Technológiai és Bionikai Kar¹, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest², Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest³, Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴

HIRDETÉS

MEDICONS

(SALOFALK 3g)

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
16.00-18.00

Toscana terem
Toscana Hall

BÉLBETEGSÉGEK I./BOWEL DISEASE I.
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Kristóf Tünde, Miskolc

Bene László, Budapest

Patai Árpád, Sopron

16.00 PREDIKTÍV TÉNYEZŐK PROSPEKTÍV VIZSGÁLATA CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉSBEN

Várkonyi I.¹, Misák O.¹, Bodnár Z.², Komáromi E.¹, Kardos L.¹, Rákóczi É.¹, Klinikai Farmakológiai Infektológiai és Allergológiai Intézet, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet¹, Belgyógyászati Osztály, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet²

17.50 ACCELERATED TREATMENT STRATEGY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES; IS IT ASSOCIATED WITH A CHANGE IN THE DISEASE COURSE?

Kürti Z.¹, Rutka M.², Farkas K.², Sipeki N.³, Golovics P.¹, Lovász B.¹, Végh Z.¹, Gecse K.¹, Kiss L.¹, Altörjay I.³, Papp M.³, Molnár T.², Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Institute of Internal Medicine, Department of Gastroenterology, University of Debrecen, Clinical Center, Hungary³

16.20 QUESTIONNAIRE SURVEY OF CELIAC DISEASE AND NON-CELIAC GLUTEN SENSITIVITY IN OUTPATIENTS' COHORTS OF THREE HUNGARIAN GASTROENTEROLOGY REFERRAL CENTRES

Kocsis D.¹, Bajor J.², Papp M.³, Miheller P.¹, Herszényi L.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis University 2nd Department of Internal Medicine, Budapest¹, University of Pécs 1st Department of Internal Medicine, Pécs², University of Debrecen 2nd Department of Internal Medicine, Debrecen³

16.30 CLINICAL CHARACTERISTICS OF MICROSCOPIC COLITIS IN A SINGLE TERTIARY REFERRAL CENTER

Patai V. Á.¹, Csóka C.¹, Csontos Á.¹, Micsik T.², Juhász M.¹, Müllner K.¹, Mihály E.¹, Herszényi L.¹, Tulassay Z.¹, Miheller P.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

16.40 PREGNANCY DOES NOT AFFECT FAECAL CALPROTECTIN CONCENTRATION IN HEALTHY PREGNANT WOMEN – A PILOT STUDY

Bálint A.¹, Berényi A.¹, Farkas K.¹, Márk G.¹, Pallagi-Kunstár É.¹, Altörjay Á.², Csonka A.², Krizsán M.³, Pál A.², Bor R.¹, Milassin Á.¹, Szulcsán Á.¹, Rutka M.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Szeged², Kaáli Institute, Szeged³

16.50 PANKREÁSZ ELLENES ANTITESTEK ÚJRAFELFEDEZÉSE ÉS PROGNOZTIKAI SZEREPÜK MEGHATÁROZÁSA PROSPEKTÍVEN KÖVETETT CROHN-BETEG KOHORSZBAN: A SPECIFIKUS TARGET ANTIGÉNEK JELENTŐSÉGE (GP2 ÉS CUZD1)

Papp M.¹, Sipeki N.¹, Altorjay I.¹, Norman G.², Roggenbuck D.³, Fechner K.⁴, Antal-Szalmás P.⁵, Veres G.⁶, Lakatos P.⁷, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA, United States², Faculty of Natural Sciences, Lausitz University of Applied Sciences, Senftenberg, Germany³, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany⁴, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen⁵, Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest⁶, Semmelweis Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁷

Üléselnökök/Chair:

Varga Márta, Békéscsaba **Palatka Károly**, Debrecen **Szegedi László**, Nyíregyháza

17.00 DESCRIPTIVE ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ALMOST 1000 IBD PATIENTS – OBSERVATIONS FROM A SINGLE CENTER

Farkas K.¹, Nyári T.², Szepes Z.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged²

17.10 TREATMENT STRATEGY, SURGERY AND HOSPITALIZATION RATES DURING THE FIRST YEAR AFTER DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES FROM THE 2011 ECCO-EPICOM INCEPTION COHORT

Végh Z.¹, László L.², EpiCom Group E.³, Péter László L.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky Ferenc Hospital, Veszprem, Hungary², EpiCom Group³

17.20 PRESENCE OF ANAEMIA IS AN INDICATOR OF LONG-TERM DISEASE COURSE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT

Golovics P.¹, Végh Z.¹, Lovász B.¹, Szita I.², Balogh M.³, Vavricka S.⁴, Rogler G.⁴, 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, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Zurich, Switzerland⁴

17.30 RIZIKÓ MÁTRIX MODELL A BETEGSÉG PROGRESSZIÓ ELŐREJELZÉSÉRE IBD CENTRUMBAN GONDOZOTT CROHN-BETEG CSOPORTBAN

Lakatos P.¹, Sipeki N.², Altorjay I.², Norman L.³, Shums Z.³, Antal-Szalmás P.⁴, Veres G.⁵, Papp M.², I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen², INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, California³, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen⁴, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest⁵

17.40 ARE EXTRAINTESTINAL MANIFESTATIONS ASSOCIATED WITH DISEASE OUTCOMES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES? RESULTS FROM THE VESZPREM POPULATION BASED INCEPTION COHORT DATABASE

Lovász B.¹, Golovics P.¹, Végh Z.¹, Szita I.², Balogh M.³, Vavricka S.⁴, Rogler G.⁴, Lakatos L.², Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky Ferenc Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Zurich, Switzerland⁴

16.10 CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFEKCIÓ: HALÁLOZÁSI ÉS EGYÉB VONATKOZÓ STATISZTIKÁK

Fodor D.¹, Nagy N.², Bourgla L.³, Menczel E.⁴, Juhász Z.⁵, Kondász A.⁶, Hajdú E.⁷, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged¹, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged², Szegedi Orvostudományi Egyetem Szeged, orvostanhallgató³, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged⁴, SZTE Anatómiai Intézet, Szeged⁵, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged⁶, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged⁷

HIRDETÉS

FRESENIUS KABI

(FRESUBIN)

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
15.00 – 16.30

Ibiza terem
Ibiza Hall

HEPATOLÓGIA / HEPATOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Lengyel Gabriella, Budapest

Tornai István, Debrecen

15.00 THE DIFFICULT TO TREAT PATIENT WITH HCV INFECTION

Ferenci P., University Wien, Austria

15.20 INTERFERON SENSITIVITY AND COST-EFFECTIVENESS IN NAÏVE CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS IN THE ERA OF INTERFERON-FREE THERAPIES

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

15.30 DOES NORMAL ALT MEAN HEALTHY LIVER IN HCV INFECTION?

Par G.¹, Hajdu H.¹, Vincze A.¹, Gervain J.², Miseta A.³, Par A.¹, First Department of Medicine, University of Pecs, Pecs¹, Szent Gyorgy University Teaching Hospital of County Fejer, Székesfehérvár², Department of Laboratory Medicine, University of Pecs, Pécs³

15.40 A MAKROFÁG AKTIVÁCIÓT JELZŐ SZOLUBILIS CD163 (SCD163) MÁJCIRRHOZISBAN A BAKTERIÁLIS INFEKCIÓ SZEROLÓGIAI MARKERE ÉS AZ AKUT DEKOMPENZÁCIÓ SORÁN A RÖVIDTÁVÚ HALÁLOZÁS FÜGGETLEN KOCKÁZATI TÉNYEZŐJE

Tornai T.¹, Tornai D.², Vitális Z.¹, Antal-Szalmás P.², Tornai I.¹, Papp M.¹, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen¹, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen²

15.50 PRESEPSIN SZEREPE A MÁJCIRRHOZISHOZ TÁRSULÓ BAKTERIÁLIS INFEKCIÓK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS PROGNOSZTIKÁJÁBAN. ÚJ MARKER - RÉGI ELVÁRÁSOK.

Papp M.¹, Tornai T.¹, Tornai D.³, Vitális Z.¹, Tornai I.¹, Lakatos P.², Antal-Szalmás P.³, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen¹, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem Budapest², Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen³

Üléselnökök/Chair:

Pár Gabriella, Pécs

Horváth Gábor, Budapest

16.00 DIFFERENT CLINICAL PRESENTATION OF WILSON'S DISEASE IN IDENTICAL TWINS

Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Krolopp A.¹, László S.¹, Gerlei Z.², Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University¹, Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University²

16.10 LATE DIAGNOSIS OF WILSON'S DISEASE MORE THAN 10 YEARS AFTER THE INITIAL NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN TWO CASES

László S.¹, Németh D.¹, Krolopp A.¹, Folhoffer A.¹, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University¹

POSZTEREK

Poszterbíráló: Pár Alajos, Pécs

1. HEPATITIS CHR C-S BETEGEK KETTŐS (PR) KEZELÉSÉNEK TAPASZTALATAI A SZEGEDI INFÉKTOLÓGIAI OSZTÁLY HEPATOLÓGIAI AMBULANCIÁJÁN

Fodor D.¹, Dankó I.², Kondász A.³, Menczel E.⁴, Hajdú E.⁵, Infektológia Osztály SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Szegedi Orvostudományi Egyetem Szeged, orvostanhallgató², Infektológia Osztály, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged³, Infektológia Osztály, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁴, Infektológia Osztály, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁵

2. MIRNA EXPRESSIONAL DIFFERENCES IN HEPATIC CIRRHOSIS AND FOCAL NODULAR HYPERPLASIA

Lendvai G.¹, Gyöngyösi B.², Schlachter K.², Patonai A.³, Dóra R.², Nagy P.⁴, Schaff Z.², Kiss A.², MTA-SE Tumor Progression Research Group, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Transplantation and Surgery, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Budapest, Hungary⁴

* * *

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
17.00 – 18.00

Adria terem
Adria Hall

HEPATOLÓGIAI MUNKAMEGBESZÉLÉS
HEPATOLOGICAL WORKSHOP

A HEPREG RENDSZER AKTUÁLIS KÉRDÉSEI
HOW TO USE THE NEW HEPREG SYSTEM?

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
16.30-18.00

Ibiza terem
Ibiza Hall

MOTILITÁS/ MOTILITY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Wittmann Tibor, Szeged

Vassilia Theodoru, Toulouse, France

16.30 MEGEMLÉKEZÉS LIONEL BUENO PROFESSZORRÓL

Wittmann Tibor, Szeged

16.35 INTESTINAL MUCUS AND IBS: LESSONS FROM PRECLINICAL MODELS AND FUTURE PERSPECTIVES

Laurent Ferrier, Toulouse, France

16.50 TARGETED EPITHELIAL BARRIER DISRUPTION REVEALS BEHAVIORAL MODIFICATIONS IN CA-MLCK TRANSGENIC ANIMALS

Inczeffi O.¹, Lépinay A.³, Xia L.³, Layé S.³, Turner J.⁴, Róka R.¹, Rosztóczy A.¹, Wittmann T.¹, Darnaudery M.³, Theodorou V.², Ferrier L.², 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, INRA TOXALIM, Equipe Neuro-Gastroentérologie & Nutrition, Toulouse, France², INRA NUTRINEURO, Equipe Psychoneuroimmunologie et Nutrition, Bordeaux, France³, The University of Chicago Medicine, Chicago, USA⁴

16.55 FECAL MMP-9: A POTENTIAL NONINVASIVE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC MARKER OF COLORECTAL CANCER

Annaházi A.¹, Ábrahám S.², Farkas K.¹, Rosztóczy A.¹, Inczeffi O.¹, Rutka M.¹, Földesi I.¹, Szűcs M.³, Theodorou V.⁴, Eutamene H.⁴, Bueno L.⁴, Lázár G.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹, Róka R.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Toxalim UMR 1331 INRA/INP/UPS, Neuro-Gastroenterology & Nutrition Unit, Toulouse, France⁴

17.00 DISCUSSION

Üléselnökök/Chair:

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

Rosztóczy András, Szeged

Czimmer József, Pécs

17.05 DISORDERS ASSOCIATED WITH BARRETT'S ESOPHAGUS

Reisz Z.¹, Inczeffi O.², Róka R.², Rosztóczy A.², Wittmann T.², Csucska M.¹, Volford G.¹, Németh I.¹, Tiszlavicz L.¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary²

17.10 BILE ACID COCKTAIL (BAC) INDUCES SIMILAR CHANGES IN THE EXPRESSION OF ION TRANSPORTER MRNA IN CULTURED ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS (EEC) AS OBSERVED IN BIOPSIES OF BARRETT'S ESOPHAGUS (BE).

Laczkó D.¹, Venglovecz V.², Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Inczeffi O.¹, Róka R.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary²

17.15 DISCUSSION

17.20 THE ROLE OF ESOPHAGEAL FUNCTION TESTING IN PATIENTS WITH LARYNGOPHARYNGEAL SYMPTOMS

Gyorgyev K.¹, Rudas A.¹, Wagner I.¹, Altörjay Á.², Izbéki F.¹, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, 1st Department of Medicine¹, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Department of Surgery, Székesfehérvár²

17.25 GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX (GER) RELATED SYMPTOMS ARE LESS COMMON IN SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS THAN EXPECTED ON THE BASIS OF EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF THE WESTERN COUNTRIES.

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

17.30 6-MONTHS FOLLOW-UP RETROSPECTIVE STUDY OF POSTERIOR TOTAL (NISSEN) FUNDOPLICATION PATIENTS WITH GERD: INFLUENCE OF PSYCHIATRIC CO-MORBIDITY AND ANTIDEPRESSANT CO-TREATMENT IN THERAPEUTIC RESULT OUTCOMES

Varjú P.¹, Horváth Ö.², Papp A.², Czimmer J.¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Clinical Center, University of Pécs¹, Department of Surgery, Clinical Center, University of Pécs²

17.35 DISCUSSION

17.40 EXTRAESOPHAGEAL SYMPTOMS ARE COMMON IN PATIENTS WITH ACHALASIA

Bálint L.¹, Róka R.¹, Izbéki F.¹, Inczeffi O.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹

17.45 KORSZAKVÁLTÓ PILLANAT A FUNKCIONÁLIS NYELÉSZAVAROK TÖRTÉNETÉBEN

Kotsis L.¹, Vadász P.¹, Heiler Z.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet¹

17.50 AZ ORVOS-GYÓGYSZER , AVAGY A FUNKCIONÁLIS GASZTROENTEROLÓGIAI MEGBETEGEDÉSEK ÚJ TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSE

Bíró G.¹, Budapest, II. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, Gasztroenterológiai Szakrendelés¹

17.55 DISCUSSION

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
15.00-18.00

Marbella terem
Marbella Hall

KUTATÓI FÓRUM/ RESEARCH FORUM
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Molnár Béla, Budapest

Varga Gábor, Budapest

15.00 TRANSLOCATION BETWEEN PI(4,5)P2-POOR AND PI(4,5)P2-RICH MICRODOMAINS DURING STORE DEPLETION DETERMINES STIM1 CONFORMATION AND ORAI1 GATING

Maléth J.¹, Choi S.², Ahuja M.², Hegyi P.¹, Muallem S.², First Department of Medicine; University of Szeged; Szeged, Hungary¹, Epithelial Signaling and Transport Section, Molecular Physiology and Therapeutics Branch, NIDCR, NIH, Bethesda, United States²

15.10 A TUMOROS DNS METASZTÁZIST FOKOZÓ HATÁSA HT-29 COLON CARCINOMA SEJTEKEN

Fűri I.², Valcz G.², Kalmár A.¹, Kiss B.¹, Wichmann B.², Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest és Magyar Tudományos Akadémia, Molekuláris Medicina Kutatócsoport, Budapest²

15.20 FLUID AND HCO₃- SECRETION AND CFTR ACTIVITY ARE INHIBITED BY CIGARETTE SMOKE EXTRACT IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCTAL CELLS

Pallagi P.¹, Venglovecz V.², Gál E.¹, Tóth K.¹, Schnúr A.¹, Maléth J.¹, Csupor D.³, 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

15.30 ALPPS ELJÁRÁST KÖVETŐ MORFOLÓGIAI ÉS MIKROCIRKULÁCIÓS VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLATA KISÁLLAT MŰTÉTI MODELL SEGÍTSÉGÉVEL

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

15.40 COMPARISON OF PANCREAS SPECIFIC PROMOTERS FROM MOUSE AND RAT GENOME.

Németh B.¹, Hegyi P.², Sahin-Tóth M.¹, Boston University Medical Campus¹, 1st Department of Medicine University of Szeged²

15.50 ANALYSING THE GASTROINTESTINAL EFFECTS OF NOVEL A₂-ADRENOCEPTOR LIGANDS POSSESSING MIXED A_{2C}-AGONIST/ A_{2A}-ANTAGONIST ACTIVITY

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

16.00 CELL DAMAGE INDUCED BY CHENODEOXYCHOLATE ON PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS CAN BE AMELIORATED BY URSODEOXYCHOLATE PRETREATMENT

Katona M.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay, Jr. Z.¹, Kormányos E.¹, Balla Z.¹, Kui B.¹, Maléth J.¹, Rázga Z.², Venglovecz V.³, First Department of Medicine¹, Department of Pathology², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³

16.10 FUNCTIONAL MEASUREMENTS OF ION-TRANSPORTERS INVOLVED IN PH REGULATION OF AMELOBLAST CELLS

Rácz R.¹, Bori E.¹, DenBesten P.², Bronckers A.³, Steward M.⁴, Varga G.¹, Department of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Orofacial Sciences, UCSF, San Francisco, USA², Department of Oral Cell Biology, ACTA, Amsterdam, The Netherlands³, Faculty of Life Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK⁴

16.20 LACK OF SEROTONIN SIGNIFICANTLY ELEVATES PANCREATIC EPITHELIAL FLUID AND BICARBONATE SECRETION IN MICE

Madácsy T.¹, Pallagi P.¹, Balázs A.¹, Venglovecz V.², ifj. Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Hegyi P.¹, SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika¹, SZTE ÁOK Farmakológiai és Farmakoterápiái Intézet²

16.30 COLORECTAL ADENOMA AND CANCER DETECTION IN PLASMA BY MARKERS HYPERMETHYLATED IN TISSUE SAMPLES

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

16.40 KYNURENIC ACID AND ITS NOVEL ANALOGUE SZR-72 ATTENUATE THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Balla Z.¹, Kui B.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Vécsei L.³, Fülöp F.⁴, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Ifj. Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary², Department of Neurology, University of Szeged, Hungary³, Institute of Pharmaceutical Chemistry, University of Szeged, Hungary⁴

16.50 IDENTIFICATION OF LONG NON-CODING RNAs (LNCrNA) WITH ALTERED EXPRESSION LEVELS IN COLORECTAL ADENOMA AND CARCINOMA

Kalmár A.¹, Nagy Z.¹, Galamb O.², Wichmann B.², Barták B.¹, Tóth K.¹, Kiss B.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences; 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

- 17.00 **THE ROLE OF ENDOGENOUS AND EXOGENOUS CORTICOSTEROIDS IN THE PATHOGENESIS OF ACUTE EXPERIMENTAL PANCREATITIS**
Kui B.¹, Balla Z.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Hegyi P.¹, Ifj. Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary²
- 17.10 **MIRNA EXPRESSION SIGNATURES OF COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE IN TISSUE AND MATCHED PLASMA SPECIMENS**
Nagy Z.¹, Kalmár A.¹, Wichmann B.², Barták B.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Group, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²
- 17.20 **THE EFFECT OF OPIOID ADMINISTRATION IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS**
Molnár A.¹, Kui B.¹, Balla Z.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Takács T.¹, Hegyi P.¹, Ifj. Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary²
- 17.30 **AZ ANADAMID ÉS 2-ARACHYDONOIL-GLYCEROL SZINT EMELÉSE GASZTOPROTEKTÍV HATÁST EREDMÉNYEZ PATKÁNYON**
Tóth V.¹, Zádori Z.¹, Fehér Á.¹, Németh J.², Gyires K.¹, Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet¹, Debreceni Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet²
- 17.40 **IMBALANCE OF MUCUS HOMEOSTASIS IN CHRONIC PANCREATITIS**
Balázs A.¹, Duerr J.², Zhou-Schuckow Z.², Schatterny J.², Tiszlavicz L.³, Kui B.¹, Németh I.⁴, Rakonczay Z.¹, 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, Department of Dermatology University of Szeged, Szeged, Hungary⁴
- 17.50 **INDUKÁLT MÁJREGENERÁCIÓ FUNKCIONÁLIS VÁLTOZÁSAINAK VIZSGÁLATA SZELEKTÍV EPEÚTI DRAINAGE RÉVÉN**
Kovács T.¹, Fülöp A.¹, Koós O.¹, Illés K.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet, Budapest²

POSZTEREK

Üléselnökök/Chair:

Szijártó Attila, Budapest

Pár Gabriella, Pécs

1. ANALYSING THE ROLE OF ALPHA2- AND IMIDAZOLINE RECEPTORS IN THE PATHOMECHANISM OF NSAID-INDUCED INTESTINAL ULCERS

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

2. NON-NEURONAL EXPRESSION OF TRANSIENT RECEPTOR POTENTIAL VANILLOID 1 (TRPV1) AND ANKYRIN 1 (TRPA1) RECEPTORS IN THE HUMAN GASTRIC MUCOSA

Csekő K.¹, Szalontai B.³, Pohóczky K.², Hegedűs I.⁴, Perkecz A.², Illés A.¹, Vincze Á.¹, Czimmer J.¹, Helyes Z.², Szabó I.¹, 1st Department of Internal Medicine, Medical and Health Center, University of Pécs¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs², Szentagothai Research Centre, University of Pécs³, Department of Pathology, University of Pécs⁴

HIRDETÉS

TEVA

(REFLUXON)

HIRDETÉS

FERRING (PENTASA)

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
18.00 - 19.00

Toscana terem
Toscana Hall

A COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉNEK OPTIMALIZÁLÁSA
OPTIMIZING UC TREATMENT
FERRING SZIMPÓZIUM / FERRING SYMPOSIUM

Üléselnök:

Bene László, Budapest

Demeter Pál, Budapest

18.00 **COMPLIANCE, ADHERENCIA, PERZISZTENCIA**

COMPLIANCE, ADHERENCE AND PERSISTENCE

Molnár Márk Péter, Corvinus Egyetem, Budapest

18.20 **ÚJ BUDESONIDE MMX KÉSZÍTMÉNY COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉRE**

NEW BUDESONIDE MMX FOR UC TREATMENT

Miheller Pál, SE II. Belklinika, Budapest

18.40 **AZ UC UPTODATE KEZELÉSE: GUIDELINE, GUIDENCE ÉS A NAPI GYAKORLAT**

UP TO DATE UC TREATMENT: GUIDELINE, GUIDENCE AND DAILY PRACTICE

Lakatos Péter, SE I. Belklinika, Budapest

HIRDETÉS
ARAMIS PHARMA
KÉRI PHARMA CSOPORT
(METADOXIL)

2015. május 31. Vasárnap
31 May, Sunday
19.00 - 20.00

Toscana terem
Toscana Hall

**A METADOXIN SZEREPE AZ ALKOHOLÓS ÉS NEM ALKOHOLÓS
MÁJBETEGSÉG KEZELÉSÉBEN**
*ROLE OF METADOXIN IN THE THERAPY OF ALCOHOLIC AND NON-
ALCOHOLIC LIVER DISEASES*
ARAMIS-KÉRI PHARMA SZIMPÓZIUM / ARAMIS-KÉRI PHARMA SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair: Szalay Ferenc, Budapest

19.00 **BEVEZETŐ**

INTRODUCTION

Szalay Ferenc, Budapest

19.10 **A METADOXIN SZEREPE AZ ALKOHOLÓS MÁJBETEGSÉG
KEZELÉSÉBEN**

ROLE OF METADOXIN IN THE THERAPY OF ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Hunyady Béla, Kaposvár

19.30 **METADOXIN: ÚJ LEHETŐSÉG A NASH TERÁPIÁJÁBAN?**

METADOXIN: NEW OPPORTUNITY IN THE THERAPY OF NASH?

Lengyel Gabriella, Budapest

19.50 **VITA, ÖSSZEFOGLALÁS**

DISCUSSION

HIRDETÉS

ABBVIE (HUMIRA)

2015. június 1. Hétfő
1 Jun, Monday
8.30 - 9.00

Toscana terem
Toscana Hall

A BIOLÓGIAI TERÁPIA IBD-BEN – BIOTECHNOLÓGIAI PERSPEKTÍVÁBÓL <i>BIOLOGICAL TREATMENT IN IBD - FROM A BIOTECHNOLOGICAL PERSPECTIVE</i> ABBVIE BIOTECH SZIMPÓZIUM / ABBVIE BIOTECH SYMPOSIUM
--

Üléselnök: **Palatka Károly**, Debrecen

**A BIOTECHNOLÓGIÁVAL ELŐÁLLÍTOTT KÉSZÍTMÉNYEK
FEJLESZTÉSÉNEK KÉRDÉSEI**
QUESTIONS OF DRUG DEVELOPMENT IN MEDICAL BIOTECHNOLOGY
Gecse Krisztina, Budapest

**BIOLÓGIAI GYÓGYSZEREK A GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK
ELLÁTÁSÁBAN, AKTUALITÁSOK**
BIOTHERAPEUTICS IN IBD, ACTUALS
Molnár Tamás, Szeged

HIRDETÉS

BOEHRINGER INGELHEIM (DULCOLAX/GUTTALAX)

A BÉL MICROBIOTA SZEREPE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN-HEPATOLÓGIÁBAN
THE ROLE OF GUT MICROBIOTA IN GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

ÚJ TERÁPIÁS CÉLPONTOK ACUT PANCREATITISBEN
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
9.00 - 11.00

Toscana terem
Toscana Hall

**A BÉL MICROBIOTA SZEREPE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN-
 HEPATOLÓGIÁBAN**
*THE ROLE OF GUT MICROBIOTA IN GASTROENTEROLOGY AND
 HEPATOLOGY*
 (FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Üléselnökök/Chair:

Hersényi László, Budapest;

Hunyady Béla, Kaposvár; **Tulassay Zsolt**, Budapest

9.00 **GUT: MICROBIOTA AND HYPERSENSITIVITY**
 Vassilia Theodorou, Toulouse, France

9.25 **A BÉL MICROBIOTA HEPATOLÓGIAI VONATKOZÁSAI**
HEPATOLOGICAL ASPECTS OF GUT MICROBIOTA
 Altorjay István, Debrecen

9.50 **A BÉL MICROBIOTA ÉS A VASTAGBÉLRÁK**
GUT MICROBIOTA AND COLORECTAL CANCER
 Hersényi László, Budapest

10.15 **A SZÉKLET TRANSZPLANTÁCIÓ AKTUÁLIS KÉRDÉSEI**
CURRENT ISSUES OF FAECAL TRANSPLANTATION
 Vincze Áron, Pécs

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
11.15 – 11.45

Toscana terem
Toscana Hall

ÚJ TERÁPIÁS CÉLPONTOK ACUT PANCREATITISBEN
NEW TARGETS IN THE TREATMENT OF PANCREATITIS
 (REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

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

Előadó/Lecturer: **Rakonczay Zoltán**, Szeged

A BÉL MICROBIOTA SZEREPE A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN-HEPATOLÓGIÁBAN
THE ROLE OF GUT MICROBIOTA IN GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY
 (FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

ÚJ TERÁPIÁS CÉLPONTOK ACUT PANCREATITISBEN
 (REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

HIRDETÉS

MSD

(SIMPONI)

2015. június 1. Hétfő
1 Jun, Monday
12.00 - 13.00

Toscana terem
Toscana Hall

ÚJ CÉLOK, IRÁNYOK A COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉBEN
NEW GOALS AND APPROACHES IN TREATING ULCERATIVE COLITIS
MSD SIMPONI SZIMPÓZIUM / MSD SIMPONI SYMPOSIUM

Üléselnök:

Banai János, Budapest

Altörjay István, Debrecen

- 12.00 ÉLET COLITIS ULCEROSAVAL ÉS A COLITIS ULCEROSA KEZELÉSE: A BETEG ÉS KEZELŐORVOSÁNAK PERSPEKTÍVÁI**
LIVING WITH ULCERATIVE COLITIS AND TREATING IT: PERSPECTIVES OF THE PATIENT AND THE TREATING PHYSICIAN
 Miheller Pál, Budapest
- 12.15 A TERÁPIÁS CÉLOK EVOLÚCIÓJA IBD-BEN A KLINIKAI VÁLASZTÓL A BETEG SZOROSBEVONÁSÁIG**
THE EVOLUTION OF THERAPEUTIC GOALS IN IBD: FROM CLINICAL RESPONSE TO PATIENT EMPOWERMENT
 Lakatos Péter, Budapest
- 12.30 A FOLYAMATOSAN FENNTARTOTT KLINIKAI VÁLASZ JELENTŐSÉGE A COLITIS ULCEROSA KEZELÉSÉBEN**
THE SIGNIFICANCE OF COMPLETE CONTINUOUS RESPONSE IN THE TREATMENT OF ULCERATIVE COLITIS
 Molnár Tamás, Szeged
- 12.45 KERESZTAL BESZÉLGETÉS**
ROUNDTABLE DISCUSSION

LEARNING CENTER PROGRAM

2015. június 1., Hétfő
13.00- 14.00

Adria terem

ENDOCAM - HUNMED TOVÁBBKÉPZŐ PROGRAM
ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTEK GYAKORLATI ALKALMAZÁSA

Üléselnök: Madácsy László, Székesfehérvár

- 13.00 NAGYÍTÓ ZOOM COLONOSCOPIÁVAL KOMBINÁLT FICE TECHNOLÓGIA ALKALMAZÁSA A COLORECTALIS POLYPOK IN-VIVO KLASSZIFIKÁCIÓJÁBAN**
 Madácsy László, Székesfehérvár
- 13.15 ÖNTÁGULÓ COLORECTALIS FÉMSZTENT ALKALMAZÁSA BENIGNUS COLON SZŰKÜLET KEZELÉSÉBEN**
 Szepes Attila, Kecskemét
- 13.30 MALIGNUS NYELŐCSŐ SZŰKÜLETEK KEZELÉSE SPECIÁLIS TEFLON BEVONATÚ ÖNTÁGULÓ FÉMSZTENTEKSEL**
 Szepes Zoltán, Szeged
- 13.45 ANTIREFLUX SZELEPPSEL ELLÁTOTT EPEÚTI FÉMSZTENTEK ELŐNYEI MALIGNUS EPEÚTI SZŰKÜLETEK KEZELÉSÉBEN**
 Derek Edwards

HIRDETÉS

BOEHRINGER INGELHEIM (DULCOLAX/GUTTALAX)

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
14.00 - 14.30

Toscana Terem
Toscana Hall

BOEHRINGER-INGELHEIM SZIMPÓZIUM <i>BOEHRINGER-INGELHEIM SYMPOSIUM</i>

Üléselnök / Chair: **Szalay Ferenc**, Budapest

A COLONOSCOPOS ELŐKÉSZÍTÉS SIKERESSÉGÉNEK TÉNYEZŐI
THE SUCCESS FACTORS OF THE PREPARING COLONOSCOPOS

Király Ágnes, Pécs

1. Minőségi colonoscopia tényezői
2. Sikeres-e az előkészítésünk?
 - a. Colonoscopus előkészítés sikerességének alapjai
 - b. Elégtelen előkészítés következménye
3. Hogyan készítsünk elő? Személyre szabott előkészítés?
 - a. Hashajtók: Ozmotikus/Purgatív hashajtók
 - b. Megfelelő hashajtó kombinációk
4. Mit tegyünk a rosszul előkészített beteggel, vagy anamnaesis alapján rossz előkészítettség esetén?

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
14.30 - 15.25

Toscana terem
Toscana Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Madácsy László, Székesfehérvár

Rácz István, Győr

- 14.30 **KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA GYERMEKKORBAN – 5 ÉVES BETEGANYAGUNK ÁTTEKINTÉSE**
Lásztity N.¹, Nagy A.¹, Koráné Patkás C.¹, Karoliny A.¹, Gombos E.¹, Lőrincz M.¹,
Gastroenterológiai és Nephrológiai Osztály, Heim Pál Gyermekkórház, Budapest¹
- 14.38 **KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA SZEREPE A COELIÁKIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN**
Kovács M.¹, Dombi S.¹, Pák P.¹, Belgyógyászati osztály- Gassztroenterológiai részleg,
Vaszary Kolos Kórház, Esztergom¹
- 14.46 **COMPUTER ASSISTED SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY VIDEO SEGMENTATION RELATED TO ANATOMICAL LANDMARKS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT**
Gellért B.¹, Karacs K.², Gyöngy M.², Pák P.³, Madácsy L.⁴, Tulassay Z.⁵, Semmelweis
Egyetem Doktori Iskola, Budapest¹, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Információs
Technológiai és Bionikai Kar², Vaszary Kolos Kórház Esztergom³, Endo-Kapszula
Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika⁵
- 14.54 **MASS-LIKE LESIONS INCLUDING A RARE CASE OF MELENA CAUSING MASSON'S HEMANGIOMA AMONG THE CAPSULE ENDOSCOPY CASES OF THE SEMMELWEIS UNIVERSITY-2ND DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE DURING 2014**
Lippai D.¹, Madácsy L.¹, Baló T.², Halász J.³, Nehéz L.⁴, Hagymási K.¹, Papp G.⁵, Németh
A.¹, Máthé Z.⁶, Pápay J.⁷, Mihály E.¹, Sági Z.⁷, Gráf L.², Hersényi L.¹, Tulassay Z.¹,
Semmelweis University - 2nd Department of Internal Medicine¹, Semmelweis University - 3rd
Department of Internal Medicine², Semmelweis University - 2nd Department of
Pathology³, Semmelweis University - 1st Department of Surgery⁴, Uzsoki Hospital -
Department of Surgery⁵, Semmelweis University - Department of Transplantation and
Surgery⁶, Semmelweis University - 1st Department of Pathology⁷
- 15.02 **KAPSZULA ENDOSZKÓPIÁS TAPASZTALATAINK 3 ÉV VIZSGÁLATI ANYAGÁBÓL A DEKK GASZTROENTEROLÓGIAI TANSZÉKÉN**
Kacska S.¹, Vén P.¹, Altörjay I.¹, DEKK, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹
- 15.10 **IMPACT OF SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY IN OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING PATIENTS**
Szalai M.¹, Kovács V.¹, Kiss G.¹, Andorka M.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Dept. of
Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹
- 15.18 **SZEMELVÉNYEK VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ATLASZUNKBÓL**
Kovács V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Andorka M.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Gasztroenterológiai
Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
15.30 - 16.00

Toscana terem
Toscana Hall

**AZ ENDOSZKÓPIA ÚJ VILÁGA, A HD-TŐL A VIRTUÁLIS
HISZTOLÓGIÁIG**

THE NEW WORLD OF ENDOSCOPY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Tulassay Zsolt, Budapest

Rácz István, Győr

15.30 BEVEZETŐ -HIGH DEFINITION COLONOSCOPIA TRÉNING

INTRODUCTION

Tulassay Zsolt, Budapest

15.35 COLON POLYPOK; VIRTUÁLIS HISZTOLÓGIA, KLASSZIFIKÁCIÓK

COLON POLYPS; VIRTUAL HISTOLOGY, CLASSIFICATIONS

Rácz István, Győr

15.43 AZ NBI TECHNIKA CSODÁJA

THE MARVEL OF NBI TECHNIQUE

Mihály Emese, Budapest

15.51 COLON POLYPOK; MI A JOBB? NICE, A SZEM VAGY A SZOFTVARE?

COLON POLYPS; WHAT IS BETTER? NICE, THE EYE OR A SOFTWARE?

Szalai Milán, Győr

15.59 ZÁRSZÓ

CLOSING REMARKS

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
16.00 - 18.00

Toscana terem
Toscana Hall

ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG (ENDOSZKÓPIA IV.)
ENDOSCOPIC ULTRASOUND
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg

Szepes Zoltán, Szeged

16.00 **KÖZGYŰLÉS**

16.10 **RE-STAGING RECTAL CANCER – A LIMITATION TO ERUS**

Fábián A.¹, Bor R.¹, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

16.20 **RECTALIS ENDOSONOGRAPHIA SZEREPE A VÉGBÉL PREMALIGNUS ÉS MALIGNUS TÉRFOGLALÓ FOLYAMATAINAK KEZELÉSÉBEN**

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Zaránd A.², Gasztroenterologia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹, Semmelweis Egyetem 1. sz. Sebészeti Kliika²

16.30 **LAPAROSZKÓPOS ULTRAHANG SZEREPE A FELSŐ TÁPCSATORNAI DAGANATOK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN**

Mersich T.¹, Mészáros P.¹, Dubóczki Z.¹, Sztiptits T.¹, Tarpay Á.², Szmola R.², Pozsár J.², Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum Hasi Sebészeti Osztály¹, Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum Invazív Gastroenterológiai Részleg²

16.40 **THE EXAMINATION OF GASTRIC SUBMUCOSAL PROTRUDING LESIONS WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS)**

Rédei C.¹, Sahin P.¹, Zolnai Z.², Máté M.³, Topa L.¹, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Oktatókórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Szent Imre Oktatókórház, Budapest², Sebészeti Profil, Szent Imre Oktatókórház, Budapest³

16.50 **THE ROLE OF ENDOSONOGRAPHY IN A RARE SUBMUCOSAL TUMOR'S LAPAROSCOPIC SURGERY.**

Takács R.¹, Benedek G.², Bányász Z.², Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest dept of Gastroenterology¹, Bajcsy-Zsilinszky Hospital Budapest dept of Surgery²

Üléselnökök/Chair:

Czakó László, Szeged

Hamvas József, Budapest

Szepes Attila, Kecskemét

- 17.00 **FELKÉSZÜLÉS AZ ENDOSCOPOS ULTRAHANG LICENCE VIZSGÁRA**
Dancs N.¹, Szepes A.², Czakó L.³, Rácz I.¹, I.Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹, Gasztroenterológiai osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét², I.sz. Belklinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged³
- 17.10 **THE VALUE OF CA 19-9 AND ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY (EUS) IN THE DETECTION OF PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA (PDAC)**
Ivány E.¹, Zsóri G.¹, Illés D.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, Czakó L.¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹
- 17.20 **ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) IN THE DIAGNOSIS OF SOLID PANCREATIC TUMORS**
Bor R.¹, Czakó L.¹, Szepes A.³, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Hamar S.², Vasas B.², Szepes Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 2Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Bács-Kiskun Country Hospital, Kecskemét, Hungary³
- 17.30 **SAFETY AND EFFECTIVENESS FOR ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) OF PANCREATIC SOLID AND/OR CYSTIC LESIONS**
Topa L.¹, Sahin P.², Rédei C.³, Igaz I.⁴, Zolnai Z.⁵, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Gasztroenterológia¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Patológia²
- 17.40 **ABDOMINAL PARAGANGLIOMA: EUS APPEARANCE AND RISK ASSOCIATED WITH EUS-GUIDED FNA. A CASE-REPORT.**
Szanyi S.¹, Reismann P.³, Le N.³, Burai J.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Mészáros P.⁴, Mersich T.⁴, Bak M.², Szmola R.¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹, Department of Cytopathology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Department of Abdominal Surgery, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary⁴
- 17.50 **THE DIAGNOSTIC YIELD OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN PATIENTS WITH SUSPECTED CHOLEDOCHOLITHIASIS**
Hritz I.¹, Basha J.², Kalapala R.², Ramchandani M.², Gupta R.², Reddy D. N.², Lakhtakia S.², Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét, Hungary¹, Asian Institute of Gastroenterology, Hyderabad, India²

HIRDETÉS

BERLIN-CHEMIE

(PANGROL)

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
14.30 – 16.50

Ibiza terem
Ibiza Hall

PANCREAS
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

MAGYARORSZÁGI KOHORT VIZSGÁLATOK

Üléselnökök/Chair:

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

Kelemen Dezső, Pécs

14.30 MAGYAR HASNYÁLMIRIGY MUNKACSOPORT (HPSG) 2015 UPDATE

Hegyi Péter

14.40 VITAL IMPORTANCE OF THE DISSEMINATION OF IAP/APA GUIDELINES: DRAMATIC RESULTS DURING THE VALIDATION STUDY ON A NATIONWIDE COHORT

Párniczky A.¹, Hritz I.^{2,13}, Balázs A.², Gódi Sz.³, Halász A.⁴, Kui B.², Mosztbacher D.⁵, Szűcs Á.⁶, Sümegi J.⁷, Bod B.⁸, Novák J.⁹, Crai S.⁹, Hamvas J.¹⁰, Kiss T.¹⁰, Varga M.¹¹, Csefkó K.¹¹, Sarlós P.³, Bajor J.³, Szabó I.³, Izbéki F.⁴, Gervain J.⁴, Takács T.², Czakó L.², Szepes Z.², Bor R.², Szidor V.², Hegyi P.^{2,12} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹Heim Pál Children's Hospital, Budapest, ²First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, ³First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, ⁴First Department of Medicine, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, ⁵János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Szekszárd, ⁶First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, ⁷B-A-Z County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, ⁸Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, ⁹Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, ¹⁰Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, ¹¹Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, ¹²Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, ¹³Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét

14.48 CHRONIC PANCREATITIS. MULTICENTRE PROSPECTIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP

Szűcs Á.¹, Gódi Sz.², Halász A.³, Kui B.⁴, Nagy Gy.⁵, Párniczky A.⁶, Izbéki F.³, Pár G.², Szmola R.⁷, Kelemen D.⁸, Takács T.⁴, Czakó L.⁴, Szepes Z.⁴, Hegyi P.^{4,9} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, ²First Department of Internal Medicine, University of Pécs, ³First Department of Medicine, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, ⁴First Department of Medicine, University of Szeged, ⁵Institute of Internal Medicine, Clinical Center, University of Debrecen, ⁶Heim Pál Children's Hospital, Budapest, ⁷Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, ⁸Department of Surgery, University of Pécs, ⁹Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group

14.56 PANCREATIC CANCER. MULTICENTRE PROSPECTIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP.

Lakatos G.¹, Balázs A.², Kui Balázs.², Gódi Sz.³, Szűcs Á.⁴, Szentesi A.², Szentkereszty Zs.⁵, Szmola R.⁶, Kelemen D.⁷, Papp R.⁷, Vincze Á.³, Czimmer J.³, Izbéki F.⁸, Halász A.⁸, Leindler L.⁹, Farkas Gy. jr.⁹, Takács T.², Czakó L.², Szepes Z.², Hegyi P.^{2,10}, Kahán Zs.¹¹ on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹Department of Oncology, St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Out-Patient Department, Budapest, ²First Department of Medicine, University of Szeged, ³First Department of Internal Medicine, University of Pécs, ⁴First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, ⁵Institute of Surgery, Clinical Center, University of Debrecen, ⁶Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, ⁷Department of Surgery, University of Pécs, ⁸First Department of Medicine, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, ⁹Department of

Surgery, University of Szeged, ¹⁰Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, ¹¹Department of Oncotherapy, University of Szeged

15.04 **PEDIATRIC PANCREATITIS. MULTICENTRE PROSPECTIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP**

Párniczky A.¹, Lásztity N.¹, Mosztbacher D.², Tóth A.³, Szucs D.³, Vass N.³, Czelecz J.⁴, Andorka Cs.⁵, Veres G.⁵, Guthy I.⁶, Szmola R.⁷, Németh B.⁸, Balázs A.⁸, Sahin-Tóth M.⁹, Hegyi P.^{8, 10} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary, ²János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Szekszárd, Hungary, ³University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Szeged, Hungary, ⁴Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary, ⁵Semmelweis University, First Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Budapest, Hungary, ⁶Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jósa András University Teaching Hospital, Nyíregyháza, Hungary, ⁷Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary, ⁸University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Medicine, Szeged, Hungary, ⁹Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, Massachusetts 02118, USA, ¹⁰Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group

NEMZETKÖI PROSPEKTÍV MULTICENTRIKUS KLINIKAI VIZSGÁLATOK

Üléselnökök/Chair:

Czakó László, Szeged

Pap Ákos, Budapest

15.12 **EARLY ACHIEVABLE SEVERITY (EASY) INDEX FOR SIMPLE AND ACCURATE EXPEDITE RISK STRATIFICATION IN ACUTE PANCREATITIS**

István Hritz^{1,2} and Péter Hegyi^{1,3} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group

¹ 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, ² Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét, Hungary, ³ MTA-SZTE Lendület Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary

15.20 **PROTOCOL AND EARLY RESULTS OF A RETROSPECTIVE CLINICAL TRIAL IN PEDIATRIC PANCREATITIS (PINEAPPLE-R - PAIN IN EARLY PHASE OF PEDIATRIC PANCREATITIS)**

Mosztbacher D.¹, Tóth A.², Zsoldos F.³, Szentesi A.⁴, Tóth G.¹, Bereczki Cs.² and Hegyi P.^{4,5}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group.

¹ János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Szekszárd, ² University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, ³ Heim Pál Children's Hospital, Budapest, ⁴ University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Medicine, ⁵ Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group

15.28 **PROTOCOL AND EARLY RESULTS OF A PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL IN PEDIATRIC PANCREATITIS (PINEAPPLE-P - PAIN IN THE EARLY PHASE OF PEDIATRIC PANCREATITIS).**

Tóth A.¹, Mosztbacher D.², Zsoldos F.³, Szentesi A.⁴, Tóth G.², Bereczki Cs.¹ és Hegyi P.^{4,5}, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group., ¹University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, ²János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Szekszárd, ³Heim Pál Children's Hospital, Budapest, ⁴University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Medicine, ⁵Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group

GENETIKA

Üléselnökök/Chair:

Szmola Richárd, Budapest

Varga Gábor, Budapest

15.56 **GENETIC VARIATIONS OF THE BICARBONATE SECRETING ANION EXCHANGER SLC26A6 ARE NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS**

Anita Balázs¹, Claudia Ruffert², Eszter Hegyi^{1,3}, István Hritz¹, László Czakó¹, Tamás Takács¹, Zoltán Szepes¹, Balázs Csaba Németh⁴, Judit Gervain⁵, Ferenc Izbéki⁵, Adrienn Halász⁵, Dezső Kelemen⁶, Richárd Szmola⁷, János Novák⁸, Stefan Crai⁸, Anita Illés⁹, Áron Vincze⁹, Zsolt Molnár¹⁰, Márta Varga¹¹, Barnabás Bod¹², Gyula Farkas Jr¹³, János Sümegi¹⁴, Attila Szepes¹⁵, Zsolt Dubravcsik¹⁵, Natália Lásztity¹⁶, Andrea Párniczky¹⁶, József Hamvas¹⁷, Csilla Andorka¹⁸, Gábor Veres¹⁸, Zsolt Szentkereszt¹⁹, Zoltán Rakonczay Jr¹, József Maléth¹, Miklós Sahin-Tóth^{4#}, Jonas Rosendahl^{2#} and Péter Hegyi^{1,20#} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, ²Department of Internal Medicine, Neurology and Dermatology, Division of Gastroenterology and Rheumatology, University of Leipzig, Leipzig, Germany, ³2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia, ⁴Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, Massachusetts 02118, USA, ⁵Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary, ⁶Department of Surgery, University of Pécs, Hungary, ⁷Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary, ⁸Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary, ⁹First Department of Medicine, University of Pécs, Hungary, ¹⁰Department of Anesthesiology and Intensive Care, University of Szeged, Szeged, Hungary, ¹¹Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary, ¹²Dr. Bugyi István Hospital, Szenté, Hungary, ¹³Department of Surgery, University of Szeged, Hungary, ¹⁴B-A-Z County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary, ¹⁵Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, Hungary, ¹⁶Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary, ¹⁷Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary, ¹⁸1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary, ¹⁹Institute of Surgery, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen Hungary, ²⁰MTA-SZTE Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary

16.04 **ROLE OF CHYMOTRYPSIN C(CTRC) MUTATIONS IN IDIOPATHIC RECURRENT ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS IN CHILDREN**

Lásztity N.¹, Párniczky A.¹, Mosztbacher D.², Tóth A.³, Andorka C.⁵, Veres G.⁵, Celecz J.⁶, Szmola R.⁷, Németh B.⁴, Balázs A.⁴, Hegyi E.⁴, Hritz I.⁸, Sahin-Tóth M.⁹, Hegyi P.⁵, on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza Gyermekosztály, Szekszárd², Általános Orvostudományi Kar, Szegedi Tudományegyetem³, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged⁴, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest⁵, MRE Bethesda Gyermekkorház, Budapest⁶, Intervenció Gasztroenterológia Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁷, Gasztroenterológia Osztály, Bács-Kiskun Megyei Oktatókórház, Kecskemét⁸, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, United States⁹, Magyar Tudományos Akadémia- Szegedi Tudományegyetem, Lendület Gasztroenterológiai Multidiszciplináris Kutatócsoport¹⁰

16.12 **MICRORNA EXPRESSION PROFILING SIGNATURES TO SEPARATE CHRONIC INFLAMMATION FROM PANCREATIC CANCER. PRELIMINARY RESULTS.**

Le N.¹, Nagy Z.¹, Szanyi S.², Szűcs Á.³, Borka K.⁴, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Szmola R.², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

16.20 **A COMMON CCK-B RECEPTOR INTRONIC VARIANT DOES NOT PREDICT RISK FOR OR SURVIVAL IN PANCREATIC ADENOCARCINOMA**

Anita Balázs^{1*}, Balázs Csaba Németh^{2*}, Balázs Ördög³, Eszter Hegyi^{1,4}, István Hritz¹, László Czakó¹, József Czimmer⁶, Szilárd Gódi⁶, Adrienn Csiszkó⁷, Zoltán Rakonczay Jr.¹, Andrea Párniczky⁹, Ferenc Izbéki⁸, Adrienn Halász⁸, Zsuzsanna Kahán¹⁰, Péter Hegyi^{1,5*#} and Miklós Sahin-Tóth^{2#} on behalf of the

Hungarian Pancreatic Study Group, ¹First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, ²Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, Massachusetts 02118, USA, ³Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, ⁴2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia, ⁵MTA-SZTE Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary, ⁶First Department of Internal Medicine, University of Pécs, Hungary, ⁷Institute of Surgery, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen Hungary, ⁸First Department of Medicine, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary, ⁹Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary, ¹⁰Department of Oncotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary

KLINIKAI VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI

Üléselnökök/Chair:

Takács Tamás, Szeged

Szentkereszti Zsolt, Debrecen

16.28 FOSZFODIÉSZTERÁZGÁTLÓK ÉS NITROGÉN-MONOXID EGYÜTTES ALKALMAZÁSA EPEÚTI OBSTRUCTIO KEZELÉSÉRE

Pap Á.¹, I.Bel-Gastroenterologia, Péterfy S.Utcai Kh-Ri és Baleseti Központ, Budapest¹

16.36 THE EVOLUTION OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS IN OUR HOSPITAL

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Csintalan Z.¹, Pepa K.¹, Varga M.¹, Department of Gastroenterology, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹

16.44 PANCREATOJEJUNOSTOMIA, DOHÁNYZACSKÓÖLTÉSSEL KOMBINÁLVA

Papp R.¹, Kaszás B.¹, Vereczkei A.¹, Kelemen D.¹, Pécsi tudományegyetem, Klinikai Központ, Sebészeti Klinika¹

16.52 PANCREATIC EXOCRINE FUNCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Illés D.¹, Zsóri G.¹, Terzin V.¹, Holzinger G.¹, Kosár K.¹, Czakó L.¹, Szegedi Tudományegyetem I. számú Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

17.00 THE CHANGES IN THE INDEXES OF ENDOHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS AFTER CHOLECYSTECTOMY

Szircsák E.¹, Kurcsák N.², Ruszin L.³, Ungvári Nemzeti Egyetem, Orvosi kar, belgyógyászati tanszék¹, Ungvári Nemzeti Egyetem, Orvosi kar, belgyógyászati tanszék², Ungvári Nemzeti Egyetem, Orvosi kar, sebészeti tanszék³

17.08 LIVER ENZYMES ARE NOT RELIABLE PARAMETERS TO REVEAL LIVER FIBROSIS IN CHRONIC PANCREATITIS

Zsóri G.¹, Czepán M.¹, Illés D.¹, Pálvölgyi A.¹, Nagy I.¹, Czakó L.¹, Szegedi Tudományegyetem I. számú Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

HIRDETÉS

STRATHMANN

(LACTASE)

HIRDETÉS

FRESENIUS KABI

(FRESUBIN)

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
14.30 – 16.00

Marbella terem
Marbella Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Figler Mária, Pécs

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

14.30 TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT MARKEREI: BMI, FFMI, FMI (TESTÖSSZETÉTEL ANALIZÁLÁS: MISZTIKUM VAGY VALÓSÁG?)

Molnár A.¹, Csontos Á.², Kovács I.³, Török É.⁴, Pálfi E.⁵, Miheller P.², Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest², Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest³, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest⁴, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest⁵

14.40 NUTRITIONAL SUPPORT IN CANCER ANOREXIA-CACHEXIA SYNDROME: THE REALITY IN LIGHT OF THE FACTS

Harisi R.¹, Department of Oncology, Péterfy Sándor Hospital, Budapest¹

15.00 ÉRTELMI FOGYATÉKKAL ÉLŐK DIÉTÁS ELLÁTÁSÁNAK BIZTOSÍTÁSA EGY BENTLAKÁSOS INTÉZMÉNYBEN

Breitenbach Z.¹, Farkas D.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Gubicskóné Kisbenedek A.¹, Polyák É.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet¹

15.10 HOGYAN KERÜL A HISZTAMIN AZ ASZTALRA?

Hidvégi E.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest¹

15.20 LAKTÓZ INTOLERANCIA FELMÉRÉSE A MAGYAR LAKOSSÁG KÖRÉBEN, A TÁPLÁLKOZÁS MEGVÁLTOZTATÁSÁNAK LEHETSÉGES KÖVETKEZMÉNYEI

Bajor J.¹, Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹

15.30 PROBIOTIKUS JOGHURT HUMÁN ÉLETTANI HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA

Horváth Z.¹, Kudron E.¹, Csajbók R.¹, Tátrai-Németh K.¹, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Semmelweis Egyetem ETK, Budapest¹

15.40 LACTOBACILLUS RHAMNOSUS AZ IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMA KEZELÉSÉBEN

Székely G.¹, Szilvás Á.², Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

15.50 VITA

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
16.00 – 17.50

Marbella terem
Marbella Hall

ONKOLÓGIA
ONCOLOGY
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Schwab Richárd, Budapest

Tihanyi Balázs, Budapest

16.00 DRIVER MUTATIONS IN COLORECTAL CANCER: ANALYSIS OF 136 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Kohánka A.¹, Ágota A.¹, Péntek R.¹, Félegyházi F.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology³

16.10 GENETICAL ALTERATIONS IN HEPATOCELLULAR AND CHOLANGIOCELLULAR CANCER: ANALYSIS OF 26 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Félegyházi F.¹, Kohánka A.¹, Ágota A.¹, Péntek R.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology, Budapest³

16.20 DRIVER MUTATIONS IN GASTRIC CANCER: ANALYSIS OF 18 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Péntek R.¹, Kohánka A.¹, Ágota A.¹, Félegyházi F.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology³

16.30 DRIVER MUTATIONS IN PANCREATIC CANCER: ANALYSIS OF 44 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Ágota A.¹, Kohánka A.¹, Péntek R.¹, Félegyházi F.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology³

16.40 A REVERSIBLE DNA METHYLATION SIGNATURE PRECEDE SPORADIC MUTATIONS IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CANCER DEVELOPMENT

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

17.00 CIRCADIAN RHYTHM OF METHYLATED SEPTIN 9, CELL-FREE DNA AMOUNT AND TUMOR MARKERS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS

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

17.10 CA CONCENTRATION AND CA/MG RATIO OF ERYTHROCYTES IN COLECTOMISED PATIENTS

Kleiner D.¹, Süle K.², Szentmihályi K.², Dank M.³, Vizer A.³, Blázovics A.¹, Department of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest¹, Institute of Materials and Environmental Chemistry Research Centre for Natural Sciences of the HAS², 1st Department of Internal Medicine Division of Oncology, Semmelweis University, Budapest³

17.20 HISTOLOGICAL CHARACTERIZATION OF TRADITIONAL SERRATED ADENOMAS COMPARED TO CONVENTIONAL ADENOMAS

Horváth R.¹, Sumánszki C.¹, Micsik T.¹, Vass L.², Horváth I.², Román E.², Tulassay Z.³, Patai V. Á.³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary.¹, MD Ltd., Flór Ferenc Hospital of Pest County, Kistarcsa, Hungary², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³

17.30 COMPARISON OF SESSILE SERRATED ADENOMA (SSA) HISTOPATHOLOGIC DIAGNOSTIC CRITERIA AND THEIR EFFECT ON RECLASSIFICATION RATE OF MICROVESICULAR HYPERPLASTIC POLYPS TO SSA

Sumánszki C.¹, Horváth R.¹, Micsik T.², Tulassay Z.³, Patai V. Á.³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary.², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.³

17.40 TRANSZNAZÁLIS GASZTROSZKÓP (TN) ASSZISZTÁLT RUSSEL, VAGY TROKÁR MÓDSZERREL VÉGZETT PEG IMPLANTÁCIÓJA

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

HIRDETÉS
TAKEDA
(CONTROLOC MAGNA)

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
18.00 - 19.00

Toscana Terem
Toscana Hall

ÚJDONSÁGOK A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN 2014-2015 <i>NOVELTIES IN GASTROENTEROLOGY 2014-2015</i>

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

SAVFÜGGŐ BETEGSÉGEK

ACID RELATED DISEASES

Hersényi László, Budapest

ONKOLÓGIA A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN

ONCOLOGY IN GASTROENTEROLOGY

Altörjay István, Debrecen

INTERVENCIÓS ENDOSZKÓPIA

INTERVENTIONAL ENDOSCOPY

Szepes Attila, Kecskemét

HEPATOLÓGIAI ÚJDONSÁGOK

NOVELTIES IN HEPATOLOGY

Szalay Ferenc, Budapest

HIRDETÉS

RICHTER GEDEON

(QUAMATEL / LUDEA)

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
19.00 - 19.30

Toscana terem
Toscana Hall

ÉRVÉNYESÜL-E A „STEP-DOWN” ELV A GERD KEZELÉSÉBEN?
HOW SHOULD THE „STEP-DOWN” PRINCIPLE BE APPLIED IN GERD
THERAPY?

RICHTER GEDEON SZIMPÓZIUM / RICHTER GEDEON SYMPOSIUM

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

Előadó/Lecture: **Hersényi László**, Budapest

HIRDETÉS

ALLEGRO (SIGNAVISC)

2015. június 1. Hétfő
1 June, Monday
19.30 - 20.00

Toscana terem
Toscana Hall

**KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA A VÉKONYBÉLBEN;
A VÉRZÉSTŐL A CROHN-IG**
*SMALL BOWEL CAPSULE ENTEROSCOPY: EXPANDING INDICATIONS
FROM BLEEDING TO CROHN'S DISEASE*
ALLEGRO-COVIDIEN SZIMPÓZIUM / ALLEGRO-COVIDIEN SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chair:

Kovács Márta, Esztergom

Rácz István, Győr

Előadó/Lecture:

Toth Ervin, Malmö, Sweden

HIRDETÉS

KPS (ONCOMPASS)

2015. június 2. Kedd
2 June, Tuesday
8.30 – 9.00

Toscana terem
Toscana Hall

**ONCOMPASS ONLINE: FELHŐ ALAPÚ IT MEGOLDÁS A BETEG
ONKOGENEJEI ÉS KLINIKAI PARAMÉTEREI ALAPJÁN
SZEMÉLYRESZABOTT ONKOLÓGIAI KEZELÉS-TERVEZÉSHEZ.**

*ONCOMPASS ONLINE: A CLOUD BASED IT SOLUTION TO PROVIDE
PERSONALIZED CANCER THERAPY BASED ON THE DRIVER
ONCOGENES AND CLINICAL PARAMETERS OF INDIVIDUAL PATIENTS*
KPS-ONCOMPASS SZIMPÓZIUM / KPS-ONCOMPASS SYMPOSIUM

Üléselnökök/Chair: **Pap Ákos**, Budapest

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

A szimpózium szponzora: Oncompass Medicine Corp.

HIRDETÉS
ABBVIE
(VIEKIRAX + EXVIERA)

HIRDETÉS

ABBVIE

(VIEKIRAX + EXVIERA)

2015. június 2. Kedd
2 June, Tuesday
9.00 – 11.00

Toscana terem
Toscana Hall

A HEPATITIS C VÍRUS KEZELÉSÉNEK ÚJDONSÁGAI
NOVELTIES IN THE TREATMENT OF HCV
(FŐTÉMA / MAIN TOPIC)

Moderátorok: **Pár Alajos**, Pécs, **Hunyady Béla**, Kaposvár

BEVEZETÉS / INTRODUCTION

Pár Alajos, Pécs

9.00 **A HEPATITIS C PATOLÓGIÁJA**

THE PATHOLOGY OF HEPATITIS C

Schaff Zsuzsa dr.¹, Gógl Alíz dr.¹, Dóra Réka dr.¹, Horváth Tünde dr.²

¹Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, II. Patológiai Intézet, Budapest;

²Honvéd Kórház, Patológiai Osztály, Budapest.

9.20 **KORSZAKVÁLTÁS A HCV TERÁPIÁBAN – AZ ÚJ DIREKT HATÓ ANTIVIRALIS SZEREK**

NEW ERA IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEPATITIS C – THE NEW DIRECT ACTING ANTIVIRALS

Horváth Gábor dr.¹, Halász Tünde dr.², Makara Mihály dr.³, Hunyady Béla dr.⁴

¹Budai Hepatológiai Centrum, Budapest; Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak, Hepatológiai Szakambulancia, Budapest, ²Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvédkórház, Patológiai Osztály, Budapest ³Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest, ⁴Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Belgyógyászati Osztály, Kaposvár; Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs

9.40 **A HEPATITIS C VÍRUS BÁZIS POLYMORPHISMUS JELENTŐSÉGE A KEZELÉSBEN**

SIGNIFICANCE OF HEPATITIS C VIRUS BASELINE POLYMORPHISM DURING THE ANTIVIRAL THERAPY

Tornai István dr.

Debreceni Egyetem, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai tanszék, Debrecen

10.00 **NEM INVAZIV FIBROSIS DIAGNOSZTIKA HCV INFEKCIÓBAN: SZEREPE A KEZELÉS INDIKÁCIÓJÁBAN, KÖVETÉSÉBEN ÉS A PROGNÓZIS MEGÍTÉLÉSÉBEN**

NON INVASIVE DIAGNOSIS OF FIBROSIS IN HCV INFECTION: ROLE IN THE TREATMENT INDICATION, FOLLOW-UP, AND THE ASSESSMENT OF THE PROGNOSIS

Pár Alajos dr, Vincze Áron dr, Pár Gabriella dr.

Pécsi Tudományegyetem, I. Belgyógyászati Klinika, Pécs

10.20 **A HEPATITIS C VÍRUS FERTŐZÉS ÉS KEZELÉSÉNEK KÖLTSÉGVONZATA**
FINANCIAL BURDEN OF HEPATITIS C INFECTION AND ITS TREATMENT

Hunyady Béla dr.¹, Makara Mihály dr.²

¹Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia Osztály, Kaposvár és Pécsi Tudományegyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Pécs, ²Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Budapest,

2015. június 2. Kedd
2 June, Tuesday
11.15 – 11.45

Toscana terem
Toscana Hall

**AZ ÚJ ANTICOAGULÁNS SZEREK GASZTROENTEROLÓGIAI
VONATKOZÁSI**
GASTROENTEROLOGICAL ASPECT OF THE NEW ANTICOAGULANTS
(REFERÁTUM / STATE OF ART LECTURE)

Üléselnök / Chair:

Előadó/Lecturer: Palatka Károly, Debrecen

* * *

2015. június 2. Hétfő
2 Jun, Tuesday
12.00 - 12.30

Toscana terem
Toscana Hall

A TUDOMÁNYTÓL A GYÓGYULÁSIG
FROM THE SCIENCE TO THE HEALING
ABBVIE HCV SZIMPÓZIUM / ABBVIE HCV SYMPOSIUM

* * *

12.30 - 13.00

HEPATITISZ B ÉS A GASZTROINTESTINÁLIS BETEGSÉGEK
HBV AND GASTROINTESTINAL DISEASES
BMS HBV SZIMPÓZIUM / BMS HBV SYMPOSIUM

Üléselnök/Chair: Szalay Ferenc, Budapest

**HEPATITIS B REAKTIVÁCIÓJA IMMUNSZUPRESSZÍV KEZELÉS MELLETT,
KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A GASZTROINTESTINÁLIS BETEGSÉGEKRE
(M.CROHN, COLITIS ULCEROSA, GI TUMOROK)**

*REACTIVATION OF HEPATITIS B DURING IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY, ESPECIALLY
IN GI DISORDERS (CROHN DISEASE, ULCERATIVE COLITIS, GI TUMORS)*

Varga Márta, Békéscsaba

2015. június 2. Kedd
2 June, Tuesday
14.30-15.00

Toscana terem
Toscana Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Orosz Péter, Miskolc

Topa Lajos, Budapest

13.30 QUALITY ASSURANCE ASSESSMENT OF ERCP LABORATORY WITH SPECIAL REGARDS TO THE ENDOSCOPIC TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

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

13.40 PREVENTIVE PANCREATIC STENTS IN THE MANAGEMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (PREPAST TRIAL): STUDY PROTOCOL FOR A MULTICENTER, PROSPECTIVE, RANDOMIZED, INTERVENTIONAL, CONTROLLED TRIAL

Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.², Gyökeres T.³, Vincze Á.⁴, Szepes Z.⁵, Hegyi P.⁵, Hritz I.¹, Szepes A.¹, Department of Gastroenterology and Endoscopy, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Strate Health Centre, Budapest³, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs⁴, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged⁵

13.50 COMPLICATIONS OF PROPHYLACTIC PANCREATIC STENT INSERTION IN PATIENTS WITH INCREASED RISK OF POST-ERCP PANCREATITIS

Gódi S.¹, Pakodi F.¹, Solt J.¹, Szabó I.¹, Vincze Á.¹, First Department of Medicine, University of Pecs¹

14.00 ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY – OUR EXPERIENCES

Gyökeres T.¹, Lőrinczy K.¹, Bíró B.¹, Schäfer E.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Jäckel M.², Banai J.¹, Dept. of Gastroenterology,¹ Dept. of Pathology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest²

Üléselnökök/Chair:

Gyökeres Tibor, Budapest

Madácsy László, Székesfehérvár

14.10 COST-EFFECTIVENESS TRIAL OF SELF-EXPANDABLE METAL STENTS AND PLASTIC BILIARY STENTS IN MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION

Szepes Z.¹, Bor R.¹, Daróczi T.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Fábián A.¹, Szabó E.¹, Nagy F.¹, Szűcs M.², Molnár T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary²

14.20 PROTON PUMP INHIBITORS MIGHT BE ASSOCIATED TO AN INCREASED RISK OF CHOLANGITIS IN BILIARY-STENTED PATIENTS

Igaz I.¹, Sahin P.¹, Tóth L.¹, Theisz J.¹, Forró G.¹, Topa L.¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Gasztroenterológia Profil, Budapest¹

14.30 ERCP SORÁN EL NEM TÁVOLÍTHATÓ DUCTUS CHOLEDOCHUS KÖVEK ESWL KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Pósfai G.¹, Bányász Z.², Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsiliszky Kórház Budapest Gastroenterológia¹, Bajcsy-Zsiliszky Kórház Budapest Sebészet²

14.40 PANCREATIC DUCT LEAKAGE FOLLOWING EMERGENCY SPLENECTOMY TREATED BY ENDOSCOPIC PANCREATIC STENTING THROUGH THE MINOR PAPILLA

Bodnár Z.¹, Krajczár P.¹, Gerdán J.¹, Plósz J.¹, Kincses Z.², Dept. of Medicine, Kenézy Gyula Teaching Hospital, Debrecen¹, Dept. of General Surgery, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen²

14.50 AIR EMBOLISM CASE FOLLOWING ERCP

Theisz J.¹, Igaz I.¹, Tóth L.¹, Topa L.¹, Szent Imre Hospital, Budapest¹

2015. június 2. Kedd
2 Jun, Tuesday
14.00-15.00

Ibiza terem
Ibiza Hall

BÉLBETEGSÉGEK II./BOWEL DISEASE II.
(ELŐADÁSOK / ORAL PRESENTATIONS)

Üléselnökök/Chair:

Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg **Szamosi Tamás**, Budapest **Gurzó Zoltán**, Gyula

14.00 AZ INDUKCIÓS ANTI-TNF TERÁPIA HATÁSA A TESTÖSSZETÉTEL PARAMÉTEREIRE GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN

Csontos Á.¹, Molnár A.², Piri Z.¹, Katona B.¹, Miheller P.¹, Semmelweis Egyetem, II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest²

14.10 WHICH BIOLOGICAL THERAPY IS PREFERRED BY PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN HUNGARY?

Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Csontos Á.², Miheller P.², Palatka K.³, Szűcs M.⁴, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴

14.20 AZ ADALIMUMAB TROUGH SZINTEK ÁLLANDÓSÁGÁT BEFOLYÁSOLHATJA A TESTFELÜLET ÉS TESTÖSSZETÉTEL

Miheller P.¹, Molnár A.², Piri Z.¹, Katona B.¹, Farkas K.³, Kui R.⁴, Molnár T.³, Csontos Á.¹, Semmelweis Egyetem, II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest², Szegedi Tudományegyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika,³ Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika⁴

14.30 A KÜLÖNBÖZŐ SZÉKLETTESTEK ÉRTÉKE VASTAGBÉL POLYPOK ÉS DAGANATOK ESETÉBEN

Rutka M.¹, Farkas K.¹, Bor R.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Szűcs M.², Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Orvosi Fizikai és Orvosi Informatikai Intézet, Szeged²

14.40 CHANGES IN THE CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CANCER IN THE LAST 15 YEARS

Molnár S.¹, Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Sipos F.¹, Székely H.¹, Lippai D.¹, Kocsis D.¹, Péter Z.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Herszényi L.¹, 2nd Department of Medicine; Semmelweis University, Budapest, Hungary;¹

14.50 ÚJ SEBÉSZI ELJÁRÁS A KORAI RECTUM TUMOROK KEZELÉSÉBEN: TRANSZANÁLIS MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZET (TAMIS)

Ábrahám S.¹, Molnár T.², Lázár G.¹, Sebészeti Klinika, SZTE ÁOK¹, I. sz. Belgyógyászati Klinika, SZTE ÁOK²

2015. június 2. Kedd
2 June, Tuesday
15.00 – 18.00

Toscana terem
Toscana Hall

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

Üléselnökök/Chair:

Bene László, Budapest

Pap Ákos, Budapest

Poszterbírálók:

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

1. **RUTIN ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLAT, AVAGY DILEMMA**

Kovács Z.¹, Szinku Z.¹, Hunyady B.¹, Horváth G.², Látrányi B.³, Somodi K.³, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia Osztály¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológia Osztály², Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Sebészeti Osztály³

2. **KAPSZULAEKADÁS! SZÖVŐDMÉNY?**

Kovács Z.¹, Gárdonyi M.², Haragh A.², Hunyady B.², Kander K.³, Almuhtadi K.⁴, Rajnic P.⁵, Siófoki Kórház–Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Siófok¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia Osztály², Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológia Osztály³, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Sebészeti Osztály⁴, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Haematológia Osztály⁵

3. **ENDOSCOPIC NEEDLE-KNIFE STRICTUROPLASTY IN ESOPHAGEAL CROHN'S DISEASE – CASE REPORT**

Pálinkás D.¹, Lőrinczy K.¹, Banai J.¹, Gyökeres T.¹, Department of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest Hungary¹

4. **THE SURVIVOR. AMPULLARY ADENOMA CHANGING TO ADENOCARCINOMA - LONG TERM OBSERVATION OF A PATIENT REFUSING SURGERY AND HAVING TWO MORE PRIMARY MALIGNANCY (CASE REPORT)**

Csefkó K.¹, Varga M.¹, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba¹

5. **SOMATOSTATINNAL KEZELT NEUROENDOCRIN GYOMORCARCINOMA, ESETBEMUTATÁS.**

Magyarosi D.¹, Ruzsa Á.², Gyórfy K.², Egyházi Z.³, Veress G.³, Szalai K.³, Oláh T.⁴, Somodi K.⁴, Moró Z.⁵, Garbera I.⁶, Tóth G.⁶, Hunyady B.¹, Gasztroenterológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár¹, Onkológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár², Patológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár³, Általános-, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár⁴, Radiológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár⁵, Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum, Toponár⁶

6. **VENA PORTAE THROMBOSIS ÉS ANTIKOAGULÁNS KEZELÉSE A SZÖVŐDMÉNYEK SZEMSZÖGÉBŐL**
Czuczor V.¹, Kovács J.¹, Czirják K.¹, Rácz F.¹, Szegedi L.¹, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Jósa András Oktató Kórház I.Belgyógyászat Gasztroenterológiai Részleg¹
7. **HEYDE-SZINDRÓMA MINT KRÓNIKUS ANAEMIÁHOZ VEZETŐ OCCULT GASTROINTESTINALIS VÉRZÉS LEHETSÉGES OKA**
Chamdin S.¹, Pálfi E.¹, Takács R.¹, Bányász Z.², Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászat, Gasztroenterológiai Osztály¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészeti Osztály²
8. **RARE CAUSES OF LIVER METASTASIS**
Kiss I.¹, Szabó E.¹, Tiszlavicz L.², Kiss I.³, Ábrahám G.¹, First Department of Medicine University of Szeged¹, Department of Pathology University of Szeged², Department of Radiology University of Szeged³
9. **SPECIALIZED, LUMEN- APPOSING STENT FOR EUS-GUIDED TRANSGASTRIC DRAINAGE OF A PANCREATIC PSEUDOCYST. CASE REPORT.**
Pozsár J.¹, Tarpay Á.¹, Burai J.¹, Szmola R.¹, Div. of Gastroenterology, Center of Surgical Oncology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹
10. **KRÓNIKUS MESENTERIALIS ISCHAEMIA KEZELÉSE RADIOLÓGIAI INTERVENTIOVAL KÉT ESETÜNK KAPCSÁN**
Czirják K.¹, Vén L.¹, Suták M.¹, Pócsi A.¹, Szakál T.², Rácz F.¹, Szegedi L.¹, Jósa András Oktatókórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Nyíregyháza¹, Jósa András Oktatókórház, Radiológiai Osztály, Nyíregyháza²
11. **AUTOIMMUN PANCREATITIS – A RARE FORM OF CHRONIC PANCREATITIS**
Márk L.¹, Kovács A.¹, Döbrönte Z.¹, Patai Á.¹, Markusovszky Teaching Hospital Szombathely¹
12. **A FAMILIÁRIS ADENOMATOSUS POLYPOSIS SZINDRÓMA SEBÉSZI KEZELÉSÉNEK IDŐZÍTÉSE ÉS DILEMMÁI**
Ábrahám S.¹, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Molnár T.², Szepes Z.², Tajti J.¹, Lázár G.¹, Sebészeti Klinika SZTE ÁOK¹, 1 sz. Belgyógyászati Klinika SZTE ÁOK²
13. **NE ÍTÉLJÜNK ELSŐ LÁTÁSRA! – AVAGY NEM MINDEN CROHN, AMI ANNAK LÁTSZIK**
Visnyei Z.¹, Lőrinczy K.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, MH Egészségügyi Központ Honvédkórház, Budapest¹
14. **ENDOSZKÓP ASSZISZTÁLT VARRÓGÉP DIVERTIKULOSTOMIA (ESD). ESETTANULMÁNY.**
Gieszer B.¹, Tarpay Á.², Farkas A.¹, Szmola R.², Radezcky P.¹, Ghimessy Á.¹, Gyugos M.¹, Török K.¹, Mészáros L.¹, Bogyó L.¹, Pozsár J.², Agócs L.¹, Rényi-Vámos F.¹, Lang G.¹, Kocsis Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg²

15. **EOSINOPHIL OESOPHAGITIS AZ ÉVEK ÓTA FENNÁLLÓ NYELÉSZAVAR HÁTTÉRÉBEN**
Kocsis D.¹, Csontos Á.¹, Miheller P.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹

16. **REFRACTER COELIAKIA TALAJÁN KIALAKULÓ T-SEJTES LYMPHOMA**
Kocsis D.¹, Székely H.¹, Hagymási K.¹, Papp J.², Nijeboer P.³, Mulder C.³, Harsányi L.⁴, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest², VU University Medical Center, Department of Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam³, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest⁴

17. **CROHN COLITISHEZ TÁRSULÓ RITKA EXTRAINTESZTINALIS MANIFESZTÁCIÓ – PULMONALIS VASCULITIS – EGY ESET KAPCSÁN**
Kovács G.¹, Kacska S.¹, Altorjay I.¹, Palatka K.¹, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológia Tanszék¹

18. **AZ IGAZSÁG (MÁR) ODAÁT VAN. PRIMER HEPATICUS ANGIOSARCOMA SPONTÁN RUPTÚRÁJA - ESETBEMUTATÁS**
Tóth I.¹, Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Herr G.¹, Nagy E.², Nagy G.², Tóth Z.³, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg¹, Zala Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Zalaegerszeg², Zala Megyei Kórház Patológiai Osztály, Zalaegerszeg³

19. **IZOLÁLT JEJUNALIS CROHN BETEGSÉG HÁROM ESETÜNK KAPCSÁN**
Palatka K.¹, Dávida L.¹, Kacska S.¹, Haraszi B.¹, Tornai I.¹, Altorjay I.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹

20. **MAGISTRAL DEVELOPMENT OF MEDICAMENTS IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE DIGESTIVE TRACT**
Birinyi P.¹, Mikszáth Pharmacy¹

21. **DAGANATOS BETEGEK TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOTÁNAK ÉS TÁPLÁLKOZÁSI NEHÉZSÉGEINEK FELMÉRÉSE**
Galló N.¹, Varga M.², Tátrai-Németh K.³, Pálfi E.³, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, IV. éves hallgató, Budapest¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Dietetikai Szolgálat, Budapest², Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományi Intézet Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest³

22. **A BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI HEPATITIS "A" JÁRVÁNY TANULSÁGAI EGY FATÁLIS KIMENETTEL VÉGZŐDŐ BETEG KAPCSÁN – ESETBEMUTATÁS**
Csilek A.¹, Pap T.¹, Horváth G.², Lombay B.³, Fazekas A.⁴, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Infektológiai osztály¹, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, I. Belgyógyászat, Gasztroenterológia², Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai Rehabilitációs Osztály³, Miskolci Nefrológiai Központ⁴

23. **TREATMENT OF HOME PARENTERAL NUTRITION RELATED CATHETER INFECTIONS WITH CATHETER RETENTION**
Udvarhelyi G.¹, Bíró I.¹, Mészárosné T.², Straub É.², Fejér C.², Futó J.², Topa L.¹, Sahin P.¹,
 Department of Gastroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹, Intensive Care, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University²
24. **SPONDYLITIS ANKYLOPOETICAHOZ TÁRSULÓ GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK VIZSGÁLATA**
Dávida L.¹, Szántó S.², Kovács G.¹, Kacska S.¹, Haraszi B.¹, Brúgós B.³, Altörjay I.¹, Szekanecz Z.², Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Reumatológiai Tanszék², Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Ritka Betegségek Tanszék³
25. **OTSC (OVER THE SCOPE CLIP) – ESETBEMUTATÁS**
Tóth L.¹, Theisz J.², Topa L.³, Varga P.⁴, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest¹, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest², Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest³, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest⁴
26. **CO-INFECTION WITH HELICOBACTER PYLORI AND EPSTEIN-BARR VIRUS IN BENIGN UPPER DIGESTIVE DISORDERS: A PROSPECTIVE ENDOSCOPIC-SEROLOGIC PILOT STUDY**
Buzás G.¹, Konderák Judit J.², Ferencváros Health Centre, Gastroenterology, Budapest¹, Synlab Ltd, Budapest²
27. **GASTROINTESTINAL MANIFESTATIONS OF MALIGNANT MELANOMA – OBSERVATIONS FROM A SINGLE CENTER STUDY**
Csóka C.¹, Patai V. Á.¹, Miheller P.¹, Micsik T.², Müllner K.¹, Tulassay Z.¹, Herszényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²
28. **CHANGE OF EXOSOME MARKER EXPRESSION IN EPITHELIAL, EPITHELIAL-ORIGIN CARCINOMA AND BLAST-LIKE CELLS DURING COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE**
Valcz G.¹, Kalmár A.², Krenács T.³, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University Budapest & MTA-SE Tumor Progression Research Group³
29. **A GASTRO-ENTERO-PANCREATICUS NEUROENDOKRIN DAGANATOK DIAGNÓZISA KÉT ESET TÜKRÉBEN**
Herr G.¹, Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Nagy G.², Szekeres I.³, Gasztonyi B.¹, Belgyógyászati Osztály Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹, Radiológiai Osztály Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg², Patológiai Osztály Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg³
30. **A MCKITTRICK-WHEELOCK SYNDROMA: ESETBEMUTATÁS**
Horvát G.¹, Makai G.¹, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös, Gasztroenterológia¹

31. **OESOPHAGO-JEJUNOSTOMIA UTÁN KIALAKULT AFFERENS KACS INSUFFICIENCIA SIKERES KEZELÉSE ÖNTÁGULÓ NYELŐCSŐ FÉMSTENTTEL. ESETISMERTETÉS.**

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

32. **AZ ENDOSZKÓPIÁK GYAKORISÁGA, OKAI ÉS AZ ENDOSZKÓPIA SORÁN TALÁLT ELTÉRÉSEK AZ I. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKÁN 2010-BEN**

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

33. **KAPSZULA ENDOSZKÓPIA 4 ÉVE**

Grenda A.¹, Orosz P.², B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Miskolc, II. Belgyógyászat¹

57. Nagygyűlés

57th Annual Meeting of the Hungarian Society of Gastroenterology

ELŐADÁSKIVONATOK

Abstracts of Lectures and Posters

2015.

Siófok, 30 May - 2 June, 2015.
Siófok, Hotel Azúr, Hungary

ELNÖK
PRESIDENT

Altorjay István

FŐTITKÁR
SECRETARY-GENERAL

Molnár Tamás

ÜGYVEZETŐ
IGAZGATÓ

Szalay Ferenc

A bíráló bizottság tagjai

Dr. Altorjay István
Dr. Bajor Judit
Dr. Bálint András
Dr. Bene László
Dr. Bodoky György
Dr. Czakó László
Dr. Czimmer József
Dr. Figler Mária
Dr. Gervain Judit
Dr. Gyökeres Tibor
Dr. Hamvas József
Dr. Hegyi Péter

Dr. Hersényi László
Dr. Horváth Gábor
Dr. Hunyady Béla
Dr. Lengyel Gabriella
Dr. Molnár Tamás
Molnár Tiborné
Paulovicsné Kiss Melinda
Dr. Pap Ákos
Dr. Pár Alajos
Dr. Rácz István
Dr. Rosztóczy András
Dr. Szőnyi Mihály

Dr. Schwab Richárd
Dr. Szalay Ferenc
Dr. Szepes Attila
Dr. Székely György
Dr. Tihanyi Balázs
Dr. Tornai István
Dr. Tulassay Zsolt
Dr. Varga Gábor
Dr. Venglovecz Viktória
Dr. Vincze Áron

1 ÚJ SEBÉSZI ELJÁRÁS A KORAI RECTUM TUMOROK KEZELÉSÉBEN: TRANSZANÁLIS MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZET (TAMIS)

Ábrahám S.¹, Molnár T.², Lázár G.¹, Sebészeti Klinika, SZTE ÁOK¹, I. sz. Belgyógyászati Klinika, SZTE ÁOK²

Számos lehetőség kínálkozik a rectum endoszkóppal nem/vagy csak nehezen eltávolítható adenomáinak, illetve korai tumorainak kezelésére. Ezen elváltozások eltávolítása történhet endoszkóppal mucossectomia (EM)/submucosa dissectio (ESD) révén, vagy hagyományos per anum excisióval, illetve az évek óta kiváló eredménnyel alkalmazott transzanális endoszkópos mikrosebészeti (TEM) módszerrel. A minimálisan invazív eljárásoktól elvárható, hogy biztonságosak, olcsók, gyorsak és a beteg számára minél kevésbé megterhelők legyenek.

A sebészeti technika fejlődése lehetővé tette a TAMIS módszer bevezetését. A módszer során a haladó laparoscopus sebészethet használ, több laparoscopus eszköz bevezetésére alkalmas „single-port” segítségével képezünk pneumo-rectumot. Hagyományos laparoscopus instrumentáriummal képesek vagyunk a rectum laesioinak teljes falvastagsággal történő eltávolítására, majd a defektus tova futó öltéssel történő zárására. A módszer alkalmas az anus nyílásától 5-15(20) cm között lokalizált, 3 cm-nél kisebb, a lumen maximum 2/3-t érintő T1, Grade 1 tumorok, vagy bizonytalan dignitású adenomák resectiójára. Tapasztalataink alapján megállapítható, hogy a TAMIS műtét eleget tesz a haladó, minimálisan invazív sebészeti követelményeinek. Emellett, hogy biztonságos és olcsó, a módszer a laparoscopiában jártas sebész számára is viszonylag könnyen elsajátítható és gyorsan kivitelezhető.

2 A FAMILIÁRIS ADENOMATOSUS POLYPOSIS SZINDRÓMA SEBÉSZI KEZELÉSÉNEK IDŐZÍTÉSE ÉS DILEMMÁI

Ábrahám S.¹, Paszt A.¹, Simonka Z.¹, Molnár T.², Szepes Z.², Tajti J.¹, Lázár G.¹, Sebészeti Klinika SZTE ÁOK¹, I. sz. Belgyógyászati Klinika SZTE ÁOK²

Bevezetés: A familiáris adenomatous polyposis (FAP) szindróma olyan örökletes, családi halmozódást mutató rák megelőző állapot, melyben a colorectalis rák kialakulásának esélye 100 %. A sebészeti beavatkozás időzítése a beteg 40 éves kora előtt ajánlott (malignizálódáskor hamarabb). A beteg döntésétől illetve a rectum érintettségétől függően total colectomiát vagy proctocolectomiát végezhetünk.

Beteganyag: Az SZTE Sebészeti Klinikán 2004. január és 2014. januárja között 9 esetben történt műtét FAP miatt. Retrospektív módon elemeztük a műtét indikációját, az elvégzett műtétek típusát, a szövettani eredményeket illetve a műtét utáni rövid és hosszú távú szövődményeket.

Eredmények: 9 betegnél (5 férfi; 4 nő) történt műtét, 6 esetben proctocolectomiát és J- pouch reservoir-t képeztünk (ileostoma védelmében). 2 esetben total colectomiát ileo-rectostomiával és 1 esetben jobb colonfelet érintő, attenuált FAP miatt jobb oldali hemicolectomiát végeztünk. Az átlag életkor 28,6 év (18-50 év) volt. 6 esetben laparoscopus (LAP csoport), 3 betegnél (1 konverzió) nyitott műtét (NY csoport) történt.

A LAP és a NY csoport átlagos műtét ideje között nem volt szignifikáns különbség (195,83 perc vs. 206,66 perc). A specimennek szövettani vizsgálata 6 betegnél igazolt malignitást (T1-3, N0-1). Az átlagos kórházi ápolási idő 9,1 és 8 nap volt (LAP és NY csoport). Pouchitis 1 betegnél alakult ki. Korai vagy késői szövődményt egyik csoportban sem észleltünk.

Összefoglalás: A J-pouch reservoir-képzés megfelelő rekonstrukciós lehetőség proctocolectomiát követően. A laparoscopusan végzett proctocolectomia biztonságos műtét eljárás. A FAP-ban szenvedő betegek 65 %-ában a műtétkor a malignus átalakulás már bekövetkezett, mely felveti a még korábbi, preventív műtét elvégzésének lehetőségét.

3 PANENDOSCÓPIA NEM A MEGSZOKOTT KÖRNYEZETBEN. INTRAOPERATÍV GASTROSCÓPIA.

Ádám T.¹, Balázs M.¹, Illés A.¹, Bajcsy-Zsilizsly Kórház Budapest Gastroenterológia¹

Az endoszkópos laborban dolgozóknak nem meglepő amikor más osztályon kell elvégeznünk a vizsgálatot. Ezen esetek túlnyomó részében a beteg állapota nem teszi lehetővé az endoszkópiára való

szállítását. Ilyen esetekben mi megyünk a helyszínre és viszünk magunkkal mindent. Az intenzív osztályon telepített tornyunkat, tudjuk a műtőblokkot a sürgősségi és Intenzív osztályt magában foglaló épületen belül szállítani. Leggyakrabban az intenzív, sürgősségi és coronaria őrző osztályra hívnak minket. Amikor a műtőbe kell mennünk mindig nagy izgalommal készülünk, mert tudjuk, megint valami érdekesség vár ránk. A műtő világa más, mint amit laborunkban megszoktunk. Tudnunk kell hová mehetünk, hová nyúlhatunk, hogyan pakoljunk, hogy az anesztezia is elférjen. Intraoperatív gastroscopiára vagy colonoscopiára általában azért van szükség, hogy pontosan rámutassunk az eszközzel a sebésznek a tumorra vagy polipra. Jelen esetben egy laparoscopus kettős gyomor excisio műtét megoldását mutatnánk be GIST miatt, intraoperatív gastroscopus kontroll mellett.

Esetbemutató: 75 éves nőbeteg gavis anaemia miatti kivizsgálásra került osztályunkra. Gastroscopia során a bulbus hátsó falán 1.5cm polip látható, mely a gyomorba liftezik. A betegnél EUS vizsgálatot is végeztünk, mely során 19mm-es kétfejú submucosából kiinduló choszegény, homogén képlet, mely egyik feje 21 másik 23mm-es, egyik fejen felszínesen exulcerált terület látható. A beteget hasi CT-t követően sebészetre irányítottuk. Intraoperatív gastroscopia során a bulbusban láttuk a kettős polypust, mely az antrum hátsó faláról becsúszott. Hurokkal az antrumba húztuk, pozicionáltuk a polypot, majd a laparoscopus gyomormegnyitás és a ligasure falresectio után a polypust a nyelősővön át a felszínre hoztuk. A laparoscopus zárás után ismételt lejutattuk az eszközt, a gyomor záróvarratot vizuálisan ellenőriztük, levegővesztést nem észleltünk. Örömkre szolgált, hogy egy érdekes, szép műtét részesei lehettünk.

4 DRIVER MUTATIONS IN PANCREATIC CANCER: ANALYSIS OF 44 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Ágota A.¹, Kohánka A.¹, Péntek R.¹, Félegyházi F.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology³

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 44 pancreatic cancer patients. Sanger and Next Generation Sequencing (NGS) methods were used to assess a set of driver mutations and polymorphisms of 58 oncological genes. In addition Fluorescent In Situ Hybridization (FISH) was used to detect amplifications of 7 different genes. **RESULTS:** Mutation was detected in 41 of the 44 pancreatic samples (93,00%). The most frequent mutations were in KRAS (81,82%), TP53 (43,18%), SMAD4 (27,27%), APC (11,36%). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 40 cases. 28 of the KRAS mutant patients carried genetic alternations in at least one other oncogene. The results of FISH assays proved amplification in FGFR1 (1/24 case).

Conclusion: Our initial data demonstrate that driver mutation analysis is a useful and clinically meaningful tool to assess patients for targeted onco-therapies. The presence of more than one mutation – in most cases appearing besides a KRAS driver mutation - per sample and the relative low success rate of KRAS targeting therapies draws attention to the importance of multi-gene mutation analysis of pancreas tumor samples.

5 GENETIC VARIATIONS OF THE BICARBONATE SECRETING ANION EXCHANGER SLC26A6 ARE NOT ASSOCIATED WITH CHRONIC PANCREATITIS

Anita Balázs¹, Claudia Ruffert², Eszter Hegyi^{1,3}, István Hritz¹, László Czako¹, Tamás Takács¹, Zoltán Szepes¹, Balázs Csaba Nemeth⁴, Judit Gervain⁵, Ferenc Izbéki⁵, Adrienn Halász⁵, Dezső Kelemen⁶, Richárd Szmola⁷, János Novák⁸, Stefan Crai⁸, Anita Illés⁹, Áron Vincze⁹, Zsolt Molnár¹⁰, Márta Varga¹¹, Barnabás Bod¹², Gyula Farkas Jr¹³, János Sümegei¹⁴, Attila Szepes¹⁵, Zsolt Dubravcsik¹⁵, Natália Lásztity¹⁶, Andrea Párniczky¹⁶, József Hamvas¹⁷, Csilla Andorka¹⁸, Gábor Veres¹⁸, Zsolt Szentkereszty¹⁹, Zoltán Rakonczay Jr¹, József Maléth¹, Miklós Sahin-Tóth^{4#}, Jonas Rosendahl^{2#} and Péter Hegyi^{1,20**} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, ²Department of Internal Medicine, Neurology and Dermatology, Division of Gastroenterology

and Rheumatology, University of Leipzig, Leipzig, Germany, ³2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia, ⁴Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, Massachusetts 02118, USA, ⁵Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary, ⁶Department of Surgery, University of Pécs, Hungary, ⁷Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary, ⁸Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, Hungary, ⁹First Department of Medicine, University of Pécs, Hungary, ¹⁰Department of Anesthesiology and Intensive Care, University of Szeged, Szeged, Hungary, ¹¹Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary, ¹²Dr. Bugyi István Hospital, Szentes, Hungary, ¹³Department of Surgery, University of Szeged, Hungary, ¹⁴B-A-Z County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary, ¹⁵Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, Hungary, ¹⁶Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary, ¹⁷Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, Hungary, ¹⁸1st Department of Pediatrics, Semmelweis University, Faculty of Medicine, Budapest, Hungary, ¹⁹Institute of Surgery, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen Hungary, ²⁰MTA-SZTE Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary

Background: Pancreatic ductal HCO₃⁻ secretion is critically dependent on the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator chloride channel (CFTR) and the solute-linked carrier 26 member 6 anion transporter (SLC26A6). Deterioration of HCO₃⁻ secretion is observed in chronic pancreatitis (CP), and CFTR mutations increase CP risk. Therefore, SLC26A6 is a reasonable candidate for a CP susceptibility gene, which has not been investigated in CP patients so far.

Methods: As a discovery cohort, 96 subjects with CP and 99 control subjects with no pancreatic disease were recruited from the Hungarian National Pancreas Registry. In 30 non-alcoholic CP cases the entire SLC26A6 coding region was sequenced. Variants c.616G>A (p.V206M) and c.1191C>A (p.P397=) were further genotyped by restriction fragment length polymorphism analysis. A German replication cohort of 321 CP cases and 171 controls was analyzed by sequencing.

Results: Sequencing of the SLC26A6 coding region revealed four common variants: intronic variants c.23+71_103del, c.183-4C>A, c.1134+32C>A, and missense variant c.616G>A (p.V206M) which were found in linkage disequilibrium indicating a conserved haplotype. The distribution of the haplotype did not show a significant difference between patients and controls in the two cohorts. A synonymous variant c.1191C>A (p.P397=) was detected in a single case.

Conclusion: Our data show that SLC26A6 variants do not alter the risk for the development of CP.

6

FECAL MMP-9: A POTENTIAL NONINVASIVE DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC MARKER OF COLORECTAL CANCER

Annaházi A.¹, Ábrahám S.², Farkas K.¹, Rosztóczy A.¹, Inczeffi O.¹, Rutka M.¹, Földesi L.¹, Szűcs M.³, Theodorou V.⁴, Eutamene H.⁴, Bueno L.⁴, Lázár G.², Wittmann T.¹, Molnár T.¹, Róka R.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary², Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary³, Toxalim UMR 1331 INRA/INP/UPS, Neuro-Gastroenterology & Nutrition Unit, Toulouse, France⁴

Background: Our previous studies demonstrated the diagnostic value of fecal matrix-metalloproteinase-9 (MMP-9) in ulcerative colitis and in pouchitis. While fecal MMP-9 levels were elevated in active ulcerative colitis patients, it was undetectable in controls and diarrhea predominant irritable bowel syndrome (IBS) patients. MMP-9 plays a role not only in inflammatory processes, but also in the progression and metastasis formation of colorectal cancer (CRC), and its level is elevated in biopsies from these tumors. However, fecal MMP-9 levels in CRC patients have never been measured. Aims: To assess fecal MMP-9 levels in patients undergoing total colonoscopy for CRC screening according to endoscopic and histological diagnosis.

Methods: 109 patients provided fecal samples for MMP-9 analysis. A total colonoscopy was performed, and suspicious lesions were evaluated by histology. Fecal MMP-9 levels were measured by ELISA. Results: The number of patients allocated to different groups based on endoscopic and histological findings were: negative/diverticulosis: 34 (referred to as controls); hyperplastic polyps: 15; adenomas: 32; CRC:

28. Fecal MMP-9 was significantly increased in CRC compared to all other groups (p<0.001). 22 out of the 32 adenomas were classified as high risk adenomas. Fecal MMP-9 levels were suitable to distinguish CRC patients from controls (sensitivity: 89.3%; specificity: 91.2%). By means of a lower cut-off level, fecal MMP-9 was suitable to identify high risk adenomas besides CRC (sensitivity: 76%; specificity: 85.3%). This lower cut-off level screened 59% of high risk adenomas. Fecal MMP-9 did not correlate with localization and Dukes stage in cancer, and could not distinguish low risk polyps and hyperplastic polyps from controls.

Conclusions: Fecal MMP-9 can be a promising new non-invasive marker in CRC screening. Based on our previous findings in inflammatory bowel disease and IBS patients, it could be a useful tool in the differential diagnosis of organic and functional bowel disorders.

7

A RECTALIS ENDOMETRIOSISOK ULTRAHANG DIAGNOSZTIKÁJA

Artner A.¹, Babarczy E.², Szalai K.¹, Astoria Medical Center Budapest¹, Egyesített Szent István és Szent László Kórház Budapest²

Bevezetés: A végbél vérzések között mindenképpen szükséges gondolni az endometrium szigetek meglepedésére a bél falon. Sok esetben az endoszkópia kapcsán nem látunk eltérést a nyálkahártyán, miközben a beteg panaszai fennállnak. Ilyenkor a transzrectalis ultrahang segít a diagnózis megerősítésében, illetve kizárásában. A differenciál diagnosztikai szempontokat figyelembe véve legfontosabb morfológiai hasonlóságot a kiterjedt rectum tumorokkal mutatják.

Anyag és módszer: 2012 márciusa és 2014 december között központunkban 11 transzrectalis ultrahang vizsgálatot végeztünk a bél falra terjedő endometriosist kizárása miatt. A betegek közül 9 esetben bebizonyosodott az endometriosist diagnózis, 1 esetben GIST tumorának megfelelő képet találtunk, valamint szintén egy esetben perirectalis tályognak bizonyult a panaszok hátterében meghúzódó elváltozás. Az endometriosist felállítását az ultrahang morfológia, valamint a klinikai tünetek bizonyították, vékonytűs mintavételekkel bizonyítottuk, azonban az atipusos morfológiát mutató eltéréseket a rectalis régióban.

Eredményeink: Az alhasi görcsök fájdalma mellett jelentkező rectum vérzések között, a ciklus második felében végzett transzrectalis UH vizsgálatok során a bél fal valamennyi rétegét érintő elváltozás echoszegény szerkezet mellett hypovascularisált környezeti reakció nélkül. Az echoszegény terimék a méhnyakat vongálják. A négy esetben végzett FNAC közül két esetben találtunk más betegséget GIST tumort, illetve perirectalis tályogot. A másik két esetben a pathológus endometriosist igazolt.

Megbeszélés: A rectum vérzések mögött nők esetében az endometriosist jelenlétére mindig kell gondolni, mely diagnosztikájában a transzrectalis ultrahang vizsgálatnak differenciál diagnosztikai szerepe van. A vizsgálatot a ciklus második felében érdemes végezni a diagnózis megerősítése, vagy kizárása miatt.

8

SZEMMELVÉNYEK ENDOSZKÓPOS ATLASZUNKBÓL, ÚJ TECHNIKÁK, ÉRDEKES ESETEK

Bábics I.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Andorka M.¹, Vincze L.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház¹

A gasztroenterológiai endoszkópia technikája robbanásszerű fejlődésen ment át az elmúlt évtizedben. Egyre szélesebb körben rendelkezésre áll a high definition (HD) kép felbontás, mód van az endoszkópos képek elektronikus rögzítésére, továbbítására. Megjelent a miniatűr elváltozásokat, szövettani észleléseket is megközelítő endoszkópos nagyító és virtuális chromoendoszkópia is. Az utóbbi eljárások közül 3 éve a narrow band imaging (NBI) technikát alkalmazzuk egyre gyakrabban.

A vékony kapszulás endoszkópia képminősége és felbontási képessége különösen az általunk használt SB 3 módszerrel kitűnő.

A terápiás endoszkópia eszköztára is bővült. Az endoszkópos vérzéses csillapító eljárások közül a leghatékonyabb a thermoszonda és hemoclipp eljárás önálló vagy kombinált alkalmazása. Képes bemutatásunkban a fenti technikák értékeit igyekszünk demonstrálni.

1. Az ismert Peutz-Jeghers szindrómás fiatal nőbetegünket többször kezeltük. Első alkalommal a gyomorból nagyméretű polypokat távolítottunk el, enteroscoppal a jejunum felső szakaszán számos közepméretű polypot láttunk. Később végzett vékonybél kapszulás endoszkópiával nagyméretű (nagyobb mint 1.5 cm) polypokat észleltünk és ezek műtéti eltávolítása megtörtént, de felkészültek voltunk

intraoperatív enteroscopiára is. Esetünk a kapszulás endoszkópia és enteroscopya, továbbá az NBI technika és a sebészettel történő együttműködést példázza.

2. A haematemesis felvételre került vérző nyombélfekélyes betegünk első endoszkópiája során többfészű Forrest II/C-III stádiumú nyombélfekélyt találtunk. Az 5 nap múlva végzett ellenőrzéskor a legnagyobb fekély Forrest II/Aérszonkos típusúnak látszott Doppler pozitivitással. Video felvételekkel demonstráljuk az ezt követő hőszondás és clippes endoterápiát.

3. Egy középkorú nőt beteget heveny hasi fájdalommal irányították osztályunkra. Leképező eljárások, így hasi UH és CT a jejunum fal megvastagodást mutattak. Korai, narcosisban végzett ballonos enteroscopyával a jejunumban megtaláltuk a kb. 20 cm-es necroticus belfalat, amit a későbbi sikeres műtéttel resecálták. Az elváltozás véna mesenterica thrombosis miatt alakult ki.

4. Bemutatjuk nagyító endoszkóppal és NBI technikával végzett képsorozatunkat különböző méretű vastagbél polypokról. A nagyító és NBI technika adataink szerint is alkalmas arra, hogy már az endoszkópia során nagy biztonsággal megkülönböztessük a hyperplasticus (non-neoplasticus) és adenomatosus (neoplasticus) polyp képleteket.

9

LAKTÓZ INTOLERANCIA FELMÉRÉSE A MAGYAR LAKOSSÁG KÖRÉBEN, A TÁPLÁLKOZÁS MEGVÁLTOZTATÁSÁNAK LEHETSÉGES KÖVETKEZMÉNYEI

Bajor J.¹, Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék¹

Céltűzés: Egészségvédelmi szűrőprogram keretében a laktóz intolerancia gyakoriságának felmérése. Anyag és módszer: 2014-ben a szűrőprogram keretében 196 helyszínen történt a lakosság hajlamlakmérő kérdőíves felmérése. Eredmények: 15187 fő (7525 férfi, 7659 nő) vett részt a vizsgálatban. A válaszok alapján egyértelműen laktóz intolerancia tüneteit mutatók aránya 268 fű (3,56%), 434 nő (5,67%). A tünetek alapján valószínűsíthetően laktóz intoleranciások arány még magasabb (fű: 708 eset, 9,41%, nő: 983 eset, 12,83%). A diagnosztizált/ismert laktóz intoleranciások, akik már diéta ill. enzimpótlás következtében panaszmentesek, a kérdőív alapján nem voltak beazonosíthatók.

Következtetések: A felmérés eredménye alapján a diagnosztizálatlan laktóz intolerancia előfordulása a magyar lakosság körében magas. Problémát jelent, hogy a kivizsgálatlan esetekben tüneti terápia történik az oki kezelés (laktáz pótlás) helyett). A vizsgálat felhívja a figyelmet a laktózmentes diéta következményeként kialakuló alacsony tej/tejtermék fogyasztására, mely a szerves Ca kiiktatásával fokozza az osteoporosis veszélyét. A laktóz intolerancia diagnosztizálásának javulásával a megfelelő enzimpótlás biztosítható, így a tünetek oki kezelése történhet meg. A Ca pótlás diétás biztosítására fokozott figyelmet kell fordítani az osteoporosis megelőzése céljából, ezért a diétás tanácsadás kiemelt jelentőségű.

10

A COMMON CCK-B RECEPTOR INTRONIC VARIANT DOES NOT PREDICT RISK FOR OR SURVIVAL IN PANCREATIC ADENOCARCINOMA

Anita Balázs^{1*}, Balázs Csaba Németh^{2*}, Balázs Ördög³, Eszter Hegyi^{1,4}, István Hritz¹, László Czako¹, József Czimmer⁵, Szilárd Gódi⁶, Adrienn Csizsók⁷, Zoltán Rakonczay Jr.¹, Andrea Párniczky⁹, Ferenc Izbéki⁸, Adrienn Halász⁸, Zsuzsanna Kahán¹⁰, Péter Hegyi^{1,5*} and Miklós Sahin-Tóth^{2#} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, ²Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, Massachusetts 02118, USA, ³Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Faculty of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary, ⁴2nd Department of Pediatrics, Comenius University Medical School, University Children's Hospital, Bratislava, Slovakia, ⁵MTA-SZTE Translational Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary, ⁶First Department of Internal Medicine, University of Pécs, Hungary, ⁷Institute of Surgery, University of Debrecen, Clinical Center, Debrecen Hungary, ⁸First Department of Medicine, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary, ⁹Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary, ¹⁰Department of Oncotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary

Background & Aims: Cholecystokinin-B receptor (CCKBR) is often over-expressed in pancreatic ductal adenocarcinoma; stimulation of the receptor promotes tumor growth. Single nucleotide polymorphism

c.811+32C>A in intron 4 of CCKBR was previously reported to correlate with higher cancer risk and poorer survival. The variant was suggested to induce retention of intron 4, resulting in a new spliceform with enhanced receptor activity. Our objective was to validate the c.811+32C>A variant as an emerging biomarker for pancreatic cancer risk and prognosis. **Patients & Methods:** We genotyped variant c.811+32C>A in 122 pancreatic adenocarcinoma cases and 106 controls by sequencing and examined its association with cancer risk and patient survival. To test the functional effect of variant c.811+32C>A on pre-mRNA splicing, we constructed minigenes, harboring the CCKBR coding sequence and intron 4 with or without the variant. Transcription and splicing of CCKBR was evaluated in transiently transfected HEK 293T cells.

Results: We found the intronic variant in 35 heterozygous and 5 homozygous cases and in 32 heterozygous and 3 homozygous controls (allele frequency 18.4% and 17.9%, respectively). Survival analysis showed no significant difference between median survival of patients with the C/C genotype (266 days) and patients with the A/C or A/A genotypes (257 days). CCKBR minigenes with or without variant c.811+32C>A exhibited no difference in expression of the intron-retaining splice variant.

Conclusion: These data indicate that variant c.811+32C>A in CCKBR does not have a significant impact on pancreatic cancer risk or survival in a Hungarian cohort.

11

IMBALANCE OF MUCUS HOMEOSTASIS IN CHRONIC PANCREATITIS

Balázs A.¹, Duerr J.², Zhou-Schuckow Z.², Schatterny J.², Tiszlavicz L.³, Kui B.¹, Németh I.⁴, Rakonczay Z.¹, 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, Department of Dermatology University of Szeged, Szeged, Hungary⁴

Introduction: Qualitative and/or quantitative changes of mucus in the pancreas are important factors both in the initiation and progression of chronic pancreatitis (CP), however, the underlying defective mucus phenotype is poorly understood. Therefore, our objectives were to (i) investigate the mucus content both in human CP and experimental pancreatitis models and (ii) to correlate the mucus changes with ductal fluid secretion and pancreatic fibrosis.

Methods: Human CP tissue samples were collected from surgically resected pancreata, whereas murine CP was induced by administration of 6x50µg/kg cerulein 3 series/week for 4 weeks. Morphometric analysis of mucus and fibrosis was carried out. Gene expression of mucin subtypes was investigated. Fluid secretion into the closed luminal space of the cultured pancreatic ducts was analysed using swelling method.

Results: The 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). Gene expression of muc6 was ~1000-fold upregulated in mouse and 17-fold upregulated in human CP. Ductal fluid secretion of cerulein treated mice was impaired after 3 weeks of treatment. Analysis of time course changes showed association between tissue damage and impaired epithelial mucus and fluid secretion.

Conclusion: There is a clear imbalance of mucus homeostasis during development of CP. Our data suggest that these changes are in association with decreased fluid secretion and increased fibrosis, however, the cause-and-effect relationship needs to be determined. This study was supported by MTA, OTKA, TAMOP and EPC fellowship.

12

PREGNANCY DOES NOT AFFECT FAECAL CALPROTECTIN CONCENTRATION IN HEALTHY PREGNANT WOMEN – A PILOT STUDY

Bálint A.¹, Berényi A.¹, Farkas K.¹, Márk G.¹, Pallagi-Kunstár É.¹, Altörjay Á.², Csonka A.², Krizsán M.³, Pál A.², Bor R.¹, Milassin Á.¹, Szulcsán Á.¹, Rutka M.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged¹, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Szeged², Kaáli Institute, Szeged³

Introduction: Fecal calprotectin (CP) is a promising activity marker in the differentiation of inflammatory bowel diseases (IBD) vs. functional gastrointestinal diseases. Non-invasive activity markers are extremely important in conditions, like pregnancy, when endoscopy is considered, the symptoms are not obvious and the laboratory markers are influenced by the pregnancy itself. No data is available on the alteration of fecal CP concentration during pregnancy. The aim of this study was to determine fecal CP concentrations in healthy non-pregnant and pregnant women and in patients with IBD.

Patients and methods. Healthy women planning pregnancy [waiting for in vitro fertilisation (IVF) treatment], pregnant women and patients with active and inactive IBD were prospectively enrolled in the study. Demographic and clinical parameters, clinical disease activity scores in case of patients with IBD were recorded. Blood and stool samples were obtained from every patient to determine C-reactive protein (CRP) and fecal CP levels. Fecal CP concentration was quantified by use of enzyme-linked immunosorbent assay.

Results. Between January 2013 and February 2015, 19 healthy women who were preparing for IVF cycles (mean age: 36, max: 44, min: 30 year), 20 healthy pregnant women in the first, 8 in the second and 17 in the third trimester (mean age: 32, max: 44, min: 21 year) were enrolled in this prospective study. The control group consisted of 40 women with active IBD (mean age: 33, max: 56, min: 18) and 23 women with IBD in sustained clinical remission (mean age: 36, max: 51, min: 21 year). FC was significantly higher in active and inactive IBD patients compared to pregnant ($p<0,001$, $p=0,001$) and non-pregnant healthy women ($p<0,001$, $p=0,001$). No difference was detected in the fecal CP concentrations between pregnant and non-pregnant healthy women in any trimester.

Discussion. Since fecal CP levels did not change during pregnancy, it seems to be useful noninvasive diagnostic tool in pregnancy and maybe beneficial in the future for monitoring disease activity in pregnant patients suffering from IBD. Further studies are necessary to confirm these results.

13 EXTRAESOPHAGEAL SYMPTOMS ARE COMMON IN PATIENTS WITH ACHALASIA

Bálint L.¹, Róka R.¹, Izbéki F.¹, Inczei O.¹, Wittmann T.¹, Rosztóczy Á.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹

Unexplained respiratory symptoms are most commonly explained by extra-esophageal manifestations of gastro-esophageal reflux disease and such patients are often submitted to prolonged proton pump inhibitor therapy. It is less well known, that similar symptoms may occur in patients with achalasia secondary to food retention in the dilated esophagus and subsequent micro-aspiration, or to the compression of the airways by the food filled dilated esophagus.

The aim of the study was to determine the prevalence of respiratory symptoms in our patients with achalasia.

Methods: Two hundred and three (M/F: 94/113, mean age: 58 (17-90) years) consecutive patients with achalasia were retrospectively evaluated. The diagnosis of achalasia was established by standard water perfusion manometry between 1992 and 2015. Symptom analysis was carried out on the basis of the patient's data file.

Results: One hundred and thirty-five patients (66,5%) had only esophageal symptoms such as dysphagia, regurgitation, esophageal burning and chest pain. The remaining 68 patients (33,5%) reported the occurrence of at least one respiratory symptom, including cough in 40 patients (19,70%), nocturnal cough in 14 patients (6,9%), hoarseness in 10 patients (4,93%). Ten patients (4,93%) had bronchial asthma. Other respiratory symptoms like wheezing, sore throat, choking, stridor, recurrent pulmonary or upper airway infections, croaking, etc. were observed in 33 (16,26%).

Conclusions: Similarly to gastro-esophageal reflux disease, a wide variety of respiratory symptoms may occur and are common in patients with achalasia. This observation highlights the importance of esophageal function testing in patients with suspected extra-esophageal reflux disease and failure to the initial proton pump inhibitor therapy.

14 KYNURENIC ACID AND ITS NOVEL ANALOGUE SZR-72 ATTENUATE THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Balla Z.¹, Kui B.¹, Kormányos E.¹, Iványi B.², Vécsei L.³, Fülöp F.⁴, Wittmann T.¹, Hegyi P.¹, Ifj. Rakonczay Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary², Department of Neurology, University

of Szeged, Hungary³, Institute of Pharmaceutical Chemistry, 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 blood brain barrier (BBB) permeable L-kynurenic acid (KYN) analogue SZR-72 has immune modulatory roles in several inflammatory diseases.

Aim: We investigated the effects of KYN and SZR-72 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) (n=6-8) or 30-300 mg/kg SZR-72 (n=6-8) or KYN (n=6-8). Control animals were injected i.p. with PS instead of L-ornithine or 30-300 mg/kg SZR-72 or KYN (n=6-8). Animals were sacrificed at 24 hours. Laboratory [serum amylase-, pancreatic myeloperoxidase activity, pancreatic dry/wet weight ratio] and histological parameters were measured to evaluate disease severity.

Results: The injection of rats with L-ornithine significantly increased the measured laboratory and histological parameters vs. the control groups. The administration of 30-300 mg/kg SZR-72 or KYN did not influence the examined parameters in the control groups. Pre-treatment of AP rats with 30 mg/kg SZR-72 or KYN 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 or KYN.

Conclusions: Our experiments demonstrated that SZR-72 and KYN have a dose-dependent protective effect on L-ornithine-induced AP. Since KYN is non BBB permeable and both KYN and SZR-72 exerted a beneficial effect on AP severity, this beneficial effect seems to peripheral. Further investigations are needed to determine the mechanism of SZR-72 action.

This study was supported by OTKA, TÁMOP and MTA.

15 THE EVOLUTION OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS IN OUR HOSPITAL

Balla E.¹, Csefkó K.¹, Pink T.¹, Gaál A.¹, Csintalan Z.¹, Pepa K.¹, Varga M.¹, Department of Gastroenterology, Réthy Pál Hospital, Békéscsaba¹

Introduction: The treatment of acute pancreatitis has changed a lot in recent years. Nowadays we apply enteral feeding in acute pancreatitis more successfully. Previously, on the contrary, intravenous fluid therapy was used.

Methods: We compared the results of patients treated with acute pancreatitis in 2004 and in 2014.

Results: In 2004, 125 patients were treated with acute pancreatitis in our hospital, out of which 80 patients in the Department of Internal Medicine (78 mild acute pancreatitis, 2 severe), 33 patients in the Department of Surgery due to moderate to severe acute pancreatitis and 12 patients in the Intensive Care Unit due to severe acute pancreatitis. In the first four weeks after the onset of symptoms, operation was needed in 24 cases (20% of all cases, 51% of the severe cases). Three patients received enteral feeding (2.4% of all cases, 6.4% of the severe cases). Ten patients died during hospitalization (8% of all cases, 21.2% of the severe cases). The patients with moderate to severe acute pancreatitis lost 10-18% of their weight and spent 18 - 62 days in the hospital. In 2014, 101 patients were treated with acute pancreatitis in our hospital (41 mild, 60 moderate to severe), out of which 41 patients in the Department of Internal Medicine due to mild acute pancreatitis, 56 patients in the Department of Gastroenterology due to moderate to severe acute pancreatitis, 2 patients in the Department of Surgery and 1 patient in the Intensive Care Unit due to severe acute pancreatitis. In the first four weeks after the onset of symptoms, operation wasn't needed. Forty eight patients received enteral feeding (47.5% of all cases, 80% of the moderate to severe cases). One patient died during hospitalization, who was 94 years old (0.99% of all cases, 0.6% of the moderate to severe cases). The patients with moderate to severe acute pancreatitis lost 2-10 % of their weight (80% received enteral feeding) and spent 14-30 days in the hospital. Enteral feeding was continued even after discharge in 20 cases.

Conclusions: In acute pancreatitis we use enteral feeding more often than 10 years ago, because it reduces weight loss, allows faster recovery, better comfort and shorter hospitalization of the patients. It is a more efficient treatment than intravenous fluid therapy which also lowers treatment costs.

16

COLORECTAL ADENOMA AND CANCER DETECTION IN PLASMA BY MARKERS HYPERMETHYLATED IN TISSUE SAMPLES

Barták B.¹, Péterfia B.¹, Kalmár A.¹, Patai V. Á.¹, Wichmann B.², Tóth K.¹, Kiss B.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary²

introduction: Investigation of aberrant DNA methylation pattern of several genes may serve as a diagnostic marker for colorectal cancer (CRC) in tissue samples. Cell-free DNA in the circulatory system originates from tumor tissue; therefore the evaluation of tumor-related methylated DNA in plasma fraction can be a simple and promising method for cancer screening.

Aims: Our aims were to determine the DNA methylation profile of tissue samples from patients with colorectal neoplasia and to analyse the methylation pattern in 4 selected candidate markers in plasma samples.

Methods: Biopsies were collected from healthy (n=15), adenoma (AD, n=15) and CRC (n=15) patients. Pyrosequencing was performed by PyroMark and GS Junior System to determine the methylation levels of 19 genes. Furthermore, EpiTect Methyl qPCR Array was used to characterize the methylation patterns of 96 genes in healthy (n=10), low-grade dysplasia (LGD, n=17), high-grade dysplasia (HGD, n=6), and CRC (n=17) samples. 4 potentially hypermethylated markers (SDC2, PRIMA1, SFRP1, SFRP2) were selected for DNA methylation analysis from plasma fraction of independent normal (n=20), AD (n=20) and CRC (n=20) samples. Multiplex preamplification was developed using bisulfite-specific primers and quantitative methylation specific PCR was optimized for the determination of the methylation levels of candidate genes in plasma fraction.

Results: 6 genes were found to be hypermethylated (p<0.05) in both adenoma and CRC groups (e.g. SDC2, SFRP1) by pyrosequencing. We identified 10 genes that were hypermethylated in more than 85% of tumour samples (e.g. SFRP1, SFRP2, SLIT2). Interestingly, the highest mean DNA methylation was found in HGD, followed by LGD and CRC samples. In plasma samples, methylation of SDC2, PRIMA1, SFRP1, SFRP2 was observed in 95%(19/20), 95%(19/20), 80% (16/20), 80%(16/20) of patients with CRC; 75%(15/20), 80% (16/20), 85%(17/20), 85%(17/20) of adenoma samples; and 20%(4/20), 20%(4/20), 25%(5/20), 30%(7/20) of the healthy controls. Using combined analysis, at least 3 markers were methylated in 95% of CRC, 80% of AD and only 10% of normal samples.

Conclusion: Hypermethylation of tumor-specific genes was detected in tissue samples and 4 selected markers were used as combined epigenetic markers from high-volume plasma samples for CRC screening successfully. This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

17

MARÓSZER MÉRGEZETT BETEGEKKEK SZERZETT TAPASZTALATAINK

Bátyi A.¹, Bakos Á.¹, Elek I.¹, Kőrösi G.², Hegede G.², Szabó L.², Fülöp C.², Pap Á.², Bene L.², Klinikai Toxikológia, Péterfy Sándor Utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Péterfy Sándor Utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központ, Budapest²

Bevezetés: Az akut marószér mérgezés a felső gasztrointesztinális traktus, elsősorban a nyelőcső és a gyomor kémiai károsodásához, akut illetve késői szövődmények, striktúrák kialakulásához vezethet, évekként az expozíció után pedig jelentősen magasabb nyelőcső- és gyomorrák kockázattal kell számolni. Jelen munkánkban összegezzük az elmúlt 5 évben (2010-2015) osztályunkon kezelt marószér mérgezett betegekkel szerzett tapasztalatainkat.

Betegek és módszerek: A nemzetközi irányelveknek megfelelően, a marószér mérgezett betegeknél 24 órán belül felső panendoszkópos vizsgálatot (OGD) végzünk, mely során a Zargar-féle klasszifikációt alapul véve meghatározható a mukóza károsodás súlyossága és a terápia. Szükség esetén ellenőrző vizsgálatra 2, majd 4 hét után kerül sor. Az ekkorra már manifesztálódó szűkületek endoszkópos megoldása (ballonos vagy Savary sorozattal tágítás) az expozíciót követő 6. héten optimális. A tágítást általában ismételni kell, különösen ha az első beavatkozásra késve került sor. Másik lehetőség a terápia rezisztens korrozív nyelőcső szűkületek endoszkópos kezelése fedett öntáguló sztenttel. Ez utóbbi kevésbé alkalmazott módszer.

Eredmények: Öt év alatt 317 beteget vettünk fel marószér mérgezéssel, 169 nőt (53%), 148 férfit (47%). A betegek átlagéletkora 48,2 év (14-101 év). Döntő többségük lúgot (n=169, 53%), vagy savat (n=90, 28%), néhányan (n=31, 10%) oxidálószerrel, illetve egyéb maró hatású anyagot (n=27,9%) ittak. OGD-t 202 betegnél (63%) végeztünk, szövödménymentesen. A makroszkópos kép alapján 70 (25%) páciensnél igazolódott súlyos felmaródás. Szűkületes szövődményt - nyelőcső, antrum, pylorus- 18 betegnél (5,6%) észleltünk, közülük hétél endoszkópos tágítás történt. Egy beteg kapott reguláris tágítások után rekuráló magas nyelőcső szűkületének megoldására részlegesen bevont öntáguló fémszentet. Ajánlásoknak megfelelően műtetre (GEA, gasztrektomia) a betegek leghamarabb 6 hónap után kerültek.

Következtetés: Tapasztalataink szerint az urgens gasztroszkópia jelentős szerepet játszik a marószér mérgezett betegek ellátásában. A klinikum nem korrelál a mukóza károsodással ezért alapvetően az endoszkópos kép határozza meg a terápiát. Kellő elővigyázattal a vizsgálat biztonságosan, szövödménymentesen elvégezhető.

18

MAGISZTRÁLIS GYÓGYSZERFEJLESZTÉSEK AZ EMÉSZTŐRENDSZERI BETEGSÉGEK KEZELÉSÉBEN

Birinyi P.¹, Mikszáth Gyógyszertár¹

Gyakorló gyógyszerészként számos esetben szembesülök azzal a ténnyel, hogy a betegek teljes körű gyógyszeres terápiája nem megoldott, a gyógyszeres kezelésük hiányos. Ezen probléma hátterében az indikációjában egyedülálló gyógyszer hazai forgalmazásának megszűnése, illetve a gyógyszer hazai forgalmazásának hiánya állhat. Ezért célul tűztük ki, hogy a kezelő orvosokkal együttműködve a Mikszáth Gyógyszertárba (1088 Bp. Mikszáth tér 4.) érkező betegek gyógyszerelési problémáira megoldást keressék. Így biztosítva a gyógyszerellátás folyamatosságát, segítve ezáltal a betegeink gyógyulását.

Számos esetben a legkézenfekvőbb megoldásnak a magisztrális gyógyszerkészítés lehetősége mutatkozott. A minőségi és a reprodukálható gyógyszerkészítést egyedi körülmények és speciális berendezések biztosításával valósítom meg (steril gyógyszerkészítés, tablettázás, kapszulázás). Fontos számomra, hogy a Mikszáth Gyógyszertárban készült valamennyi gyógyszer minősége garantált legyen. Ezért gyártási egységenként, a kész gyógyszert a VIII. Magyar Gyógyszerkönyv útmutatása alapján teljes körűen bevizsgáltam. Így lehetőségem nyílik arra, hogy az esetlegesen előforduló gyógyszerkészítési hibákat szűrjem.

A kezelő orvosokkal együttműködve, az elmúlt évek tapasztalatai alapján kijelenthetjük, hogy számos betegség gyógyszeres kezelésében értünk el kimagasló eredményeket. Név szerint az alábbiakban: Helicobacter pylori második vonalbeli terápiája (Capsula bismuthi citras), Clostridium difficile terápiája (Capsula vancomycini), colonoscopia előkezelése (Solutio drasticum), Wilson kór terápiája (Comprimata zinci acetat), uveitis terápiája (Oculogutta prednisoloni, Oculentum prednisoloni), nephropathiás cystinosis szemészeti kezelése (Oculogutta cysteamini), szemszárazság terápiája (Lipidpótló szemcsepp). A készítményekhez felhasznált újonnan bevezetett magisztrális hatóanyagok (vancomycin, zinci acetat, bismuthi citras) mindenesetben TTT kódot, közfinanszírozást és közgyógyellátást kaptak.

Összefoglalva tehát, megállapítható, hogy a Mikszáth Gyógyszertárban kivitelezett magisztrális gyógyszerfejlesztéssel számos esetben sikerült megoldani az expedíálási gyakorlat során felmerült gyógyszerelési problémát. Mindezt oly módon, hogy az Egészségügyi Szakmai Kollégium állásfoglalásával összhangban, a szakma szabályainak, illetve a hatóság szigorú követelményeinek (OGYÉI) minden esetben, maradéktalanul eleget tegyek.

19

MAGISTRAL DEVELOPMENT OF MEDICAMENTS IN THE TREATMENT OF DISEASES OF THE DIGESTIVE TRACT

Birinyi P.¹, Mikszáth Pharmacy¹

As a practising pharmacist I often experience that the general medication of patients is far from being perfect, their treatment is deficient. The cessation or the lack of the distribution of indicationally unique medication in Hungary must be responsible for this fact.

So, in accordance with their treating doctors, I decided to find a solution for the medication of patients coming to the Mikszáth Pharmacy (Budapest, Mikszáth Square 4.), thus guaranteeing the continuity of the distribution of medicines, and helping the recovery of our patients.

In many cases the obvious solution seemed to be the magistral production of medications. I realize the qualitative and reproductive

production of medicines by providing special equipments and unique conditions.

I find it important to safeguard the quality of all medicines produced in the Mikszáth Pharmacy. So I have the ready made magistral medicines fully tested, by production units, according to the instructions of the Hungarian Pharmacopoeia. Thus I have the opportunity to sort out all the possible mistakes in producing the medicines, and change the protocol of production if necessary. Collaborating with their doctors I can declare that we have achieved very good results in the treatment of our patients with the experience of recent years, namely the following: in the second line therapy of *Helicobacter pylori* (Capsula bismuthi citras), in the therapy of *Clostridium difficile* (Capsula vancomycini), in the preparational treatment of colonoscopy (Solutio drasticum), in the therapy of the Wilson's disease (Comprimata zinci acetatis), in the therapy of uveitis (Oculogutta prednisoloni, Oculentum prednisoloni), in the ophthalmological treatment of nephropatic cystinosis (Oculogutta cysteamini), in the therapy of eye dryness (Lipid substituting eyedrops). In every case we provided with public financing and N.H.S. treatment the recently introduced and utilized magistral agents (vancomycin, zinci acetatis, bismuthi citras).

All in all I can say that by the magistral development of medicines in the Mikszáth Pharmacy I could solve the problems of distributing medicines, problems that cropped up many times during the expeditious practice, in such a way that I could entirely keep myself to the strict rules of our profession, and fulfill the demands of the authorities in keeping with the standpoint of the Professional College of Public Health.

20

AZ ORVOS-GYÓGYSZER, AVAGY A FUNKCIONÁLIS GASZTROENTEROLÓGIAI MEGBETEGEDÉSEK ÚJ TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉSE

Bíró G.¹, Budapest, II. Kerületi Önkormányzat Egészségügyi Szolgálat, Gasztroenterológiai Szakrendelés¹

Vitathatatlan tény, hogy a funkcionális gasztroenterológiai megbetegedések kialakulásában, lefolyásában a lelki tényezőknek nagy szerepe van. A terápiás lehetőségek közötti felsorolásban rendre szerepel a pszichoterápia, de a jelen hazai egészségügyi helyzetben erre a megfelelő kapacitás nem áll a rendelkezésre. Kevés betegnek van lehetősége pszichiáterhez, pszichológushoz, pszichoterapeutához eljutni. Ezen hatalmas beteganyagot nyújthatna komplexebb kezelést az a gasztroenterológus, aki képes lenne saját magát adni gyógyszerként betegek számára. Ahhoz azonban, olyanná kell alakítania és képeznie magát szakmailag, emberileg egyaránt, hogy egyre jobb gyógyszer váljon belőle. Ehhez a folyamathoz nyújt segítséget a Bálint-csoport, ami gyakorlati problémákon keresztül egyfajta, mélyebb megértéshez képes eljuttatni az orvosokat, segítő foglalkozásúakat.

Előadásomban szeretném bemutatni Bálint Mihályt, akinek munkássága a magyar orvostársadalom előtt kevésbé ismert, holott ő a világon a legtöbbet idézett magyar orvos. Méltán lehetnénk büszkéek rá, hisz hazánk szülötte, korszakalkotó munkássága innen indult világhódító útjára. Kiváló belgyógyász, pszichoanalitikus és pszichoterapeuta volt, aki a nevével fémjelzett csoport- módszer kidolgozásával elérte, hogy a pszichoszomatikus betegek kezelését végző szomatikus orvos egyben a beteg pszichoterapeutája is lehessen. Az előadás részeként ismertetem, hogy hogyan is működik egy Bálint-csoport, és a bálinti szemlélet hogyan járulhat hozzá ahhoz, hogy a funkcionális gasztroenterológiai kórképekben szenvedő betegek legalább szupportív pszichoterápiában részesülhessenek. A Bálint munka eredményeképpen az orvosok bizonyos fokú pszichológiai iskolázottságra tesznek szert, javulhat a saját stressz-terhelésük feldolgozása, ami nem elhanyagolható szempont a kiégés elleni harcban, és nem utolsó sorban az életminőségük is javul, ezáltal egyre jobban képesek lesznek nem csak a betegséget, hanem magát a beteget is gyógyítani. A Bálint-csoport nem klinikopathológiai-, nem esetmegbeszélő-, nem önismereti-, nem terápiás csoport, de mindegyikből tartalmaz elemeket annak az alapvető bálinti gondolatnak a jegyében, mely szerint a beteg számára a legfontosabb gyógyszer maga az orvos.

21

PANCREATIC DUCT LEAKAGE FOLLOWING EMERGENCY SPLENECTOMY TREATED BY ENDOSCOPIC PANCREATIC STENTING THROUGH THE MINOR PAPILLA

Bodnár Z.¹, Krajczár P.¹, Gerdán J.¹, Plósz J.¹, Kincses Z.², Dept. of Medicine, Kenézy Gyula Teaching Hospital, Debrecen¹, Dept. of General Surgery, Kenézy Teaching Hospital, Debrecen²

A case of a 30 year-old woman is presented who underwent emergency termination of her pregnancy due to placental abruption.

The life threatening bleeding provoked cardiac arrest which required complete cardiopulmonary resuscitation preoperatively. Also an emergency splenectomy was performed because of bleeding from the spleen. After long term intensive care she improved significantly when transferred to our hospital.

A fluid collection found at the previous splenectomy site with high amylase level in the aspirate was drained by percutaneous US guided intervention. Pancreatic duct (PD) damage related to the previous splenectomy was suspected in the background. ERCP revealed contrast leak at the tail of PD suggesting the need of pancreatic stenting. The guide wire couldn't be advanced to the body of pancreas due to an acute angle but came back to the duodenum through the minor papilla. An approach via the minor papilla needed to be performed allowing good access to the body and tail of PD. 5 F 7 cm pancreatic plastic stent was inserted after minor papillotomy while a 5 F 5 cm stent draining the pancreatic head was placed through the major papilla. The yield of the percutaneous drain decreased significantly after the ERCP procedure. A small collection in the abdominal wall at the laparotomy site was aspirated percutaneously and required antibiotic and antifungal treatment. Otherwise she improved significantly and was discharged without repeated abdominal surgery.

22

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

Bor R.¹, Czako L.¹, Szepes A.³, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Molnár T.¹, Nagy E.¹, Hamar S.², Vasas B.², Szepes Z.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 2Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary², Bács-Kiskun Country Hospital, Kecskemét, Hungary³

Introduction: Endoscopic ultrasound (EUS) is an accurate imaging modality in the diagnosis and staging of pancreatic cancers. The EUS-guided fine needle aspiration (FNA) gives an opportunity for cytological diagnosis. Current guidelines recommend the EUS-guided FNA as first-line sampling-procedure in patients with suspected unresectable pancreatic malignancy. However, in Hungary it has not used widely in the routine clinical practice due to limited availability. The aim of this study was to determine the diagnostic yield of the EUS-guided FNA in cytohistological diagnosis of pancreatic tumors.

Methods: 39 patients with suspected unresectable solid pancreatic tumor were retrospectively enrolled who underwent EUS-guided FNA from April 2011 to March 2015 in University of Szeged. The diagnostic yield was determined by the appropriate cytohistological samples having diagnostic and therapeutic relevance. We also evaluated the complications rate of the investigations and the learning curve.

Results: EUS-guided FNA confirmed cytologically the solid pancreatic lesions in 27 cases (69.2%): ductal adenocarcinoma (17; 43.6%) and the neuroendocrine tumor 5; 12.8) were identified the most frequently, but in two from the five patients with neuroendocrine tumor the histological examination of postmortem and surgical samples shown undifferentiated ductal adenocarcinoma. In two cases benign lesion were found: autoimmune pancreatitis and chronic pancreatitis. In every third case only atypical epithelial cells were detectable in the EUS-guided FNA sample which could not rule out the presence of malignancy. The learning curve of EUS-guided FNA sampling depends on gastroenterologist who performs the examinations and takes the FNA samples, and on the pathologist who assess the smears. The learning curve was relatively short: after 20 and 30 examinations the diagnostic accuracy increased from 40% to 63.6% and to 100%. The complication rate of EUS-guided FNA was very low, after sampling acute pancreatitis developed in only one case.

Conclusion: Our results confirmed that EUS-guided FNA is an accurate imaging modality in the diagnosis of solid pancreatic lesions. Considering the accuracy, relative low the burden of patients and the short learning curve we recommend EUS-guided FNA as a first-line sampling-procedure in the suspected unresectable pancreatic cancer.

23

ÉRTELMI FOGYATÉKKAL ÉLŐK DIÉTÁS ELLÁTÁSÁNAK BIZTOSÍTÁSA EGY BENTLAKÁSOS INTÉZMÉNYBEN

Breitenbach Z.¹, Farkas D.¹, Szekeresné Szabó S.¹, Gubicskóné Kisbenedek A.¹, Polyák É.¹, Figler M.¹, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Táplálkozástudományi és Dietetikai Intézet¹

Bevezetés: Hazánkban az értelmi fogyatékkal élők jelentős részének gondozása intézményi keretek között történik. Komplex ellátásuk érdekében nagyobb figyelmet kell fordítani dietoterápiájukra is, mely hatással van egészségi állapotukra és életminőségükre.

Céltűzés: A vizsgálat célja felmérni egy adott intézményben lakó értelmi fogyatékkal élők diétás ellátásának megvalósulását, a szükséges diéta betartásának lehetőségét, valamint megvizsgálni életmódbeli, táplálkozási szokásaikat és tápláltsági állapotukat.

Vizsgálati anyag és módszer: A döntően kvantitatív jellegű kutatásban az intézmény általános működéséről az intézményvezetővel, az egészségügyi ellátásról és az ételmezésről a főnővérrel és az ételmezésvezetővel készített nem strukturált interjúból informálódtunk. Étlapelemzéssel vizsgáltuk a biztosított étkezés megfelelőségét. A lakókról (n=144) az egészségügyi dokumentációkból és a velük felvett saját szerkesztésű táplálkozási kérdőívől nyertünk adatokat. A statisztikai elemzések SPSS 20.0 és Microsoft Excel programokkal készültek khi-négyzet próba, Fisher-féle egzakt teszt és páros t-próba elvégzésével p<0,05 szignifikancia szint mellett.

Eredmények: Az értelmi fogyatékoság mértéke szerint a lakók enyhe (n=53), középsúlyos (n=86) és súlyos (n=5) kategóriákba sorolandók. Testtömegindexük alapján 10 fő alultáplált, 73 fő normál testtömegű, 44 fő túlsúlyos és 17 fő elhízott volt. Az egy éves adatokkal összehasonlítva elmondhatjuk, hogy nőtt az intézményben élők testtömegindexe (p=0,02). Az értelmi fogyatékoság súlyosbodásával emelkedett az emésztőrendszeri betegségek előfordulása (p=0,035). Az étlapelemzés alapján magas zsír és szénhidrátbevitel, valamint a teljes kiőrlésű termékek, tejtermékek, zöldségek és gyümölcsök hiánya jellemzi az intézményben élők étrendjét, a diétára nincs lehetőségük.

Következtetés: A vizsgált intézményben élők diétás ellátása nem biztosított, az étrendjük nem felel meg az előírásoknak. Fontos feladat lenne a lakók betegségei és tápláltsági állapotuk figyelembevételével kialakítani az egészséges és a diétás étkeztetés lehetőségét.

24

TRANSNASALIS ENDOSZKÓPIA, AVAGY VARIÁCIÓK EGY SPECIÁLIS ENDOSZKÓP KÖRÉ.

Burai J.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Szmola R.¹, Intervenció Gasztroenterológiai Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest¹

Bevezetés: A transnasalis endoszkópia (TNE) az orális úton végzett diagnosztikus felső panendoszkópia alternatívája, amelyet az orrnyíláson át vezetve egy ultravékony (4.9mm) endoszkóppal végzünk. A technika Kelet-Ázsiában, különösképpen Japánban, széles körben elfogadott, ahol az esetek közel felében alkalmazzák, hiszen könnyen tanulható, a hagyományos gastroscopiához képest jól tolerálható premedikáció nélkül is, valamint kevesebb kardiopulmonális szövődémmel jár hasonló képminőség mellett. A vizsgálat hátrányaként a szűkebb munkasatorna (2mm) okán a gyengébb szívó/fújó funkciókat, illetve az előkezeléssel urálható orrfájdalmat említik. A TNE számos előnye és költséghatékonyasága ellenére Európában széles körben nem terjedt el, amely nagyrészt arra vezethető vissza, hogy a módszer előnyei és jó alkalmazhatósága nem ismertek. Előadásomban szeretném bemutatni a TNE-hez szükséges felszerelést, a TNE technikáját, előnyeit és hátrányait, rávilágítva az eszköz intervenció alkalmazási lehetőségeire is gasztrointesztinális szűkületekben. Betegek, módszerek: Az elmúlt 15 hónapban az Országos Onkológiai Intézet Intervenció Gasztroenterológiai Részlegén 136 TNE vizsgálatot végeztünk [nő n=53, átlagéletkor 52 év (19é-83é), férfi n=83, átlagéletkor 61 év (24é-86é)], diagnosztikus és/vagy terápiás céllal.

Eredmények: Az eszközt minden esetben sikeresen vezettük le transnasalis úton. A vizsgálati periódusban két betegnél enyhe, spontán szűnő epistaxis (1.5%) jelentkezett, más szövődémmel nem regisztráltunk. A vizsgálat 25 esetben az onkoterápiás kezelés megkezdéséhez nélkülözhetetlen citológiai/szövettani diagnózishoz segített hozzá (1 hangszalag tumor, 1 nasopharynx, 17 nyelöcső, 2 cardia, 4 gyomor). TNE intervenciók céllal 34 esetben történt: 9 esetben „push” PEG, 18 esetben nyelöcső öntáguló fémstent (SEMS) behelyezés, 7 esetben nasojejunális tápszonda behelyezés történt. A betegek részére kiadott elégedettség kérdőív alapján vizsgáltuk a módszer tolerálhatóságát is, amely előzetes adatok alapján kedvezőnek mutatkozott.

Konklúzió: A diagnosztikus céllal alkalmazott TNE biztonságos, jól tolerálható, ugyanakkor a hagyományos gastroscopiával képminőségben és költséghatékonyaságban is egyenértékű beavatkozás, amely csökkenti a szedációs igényt. A módszer terápiás céllal is nagy sikerrel hasznosítható, különösképpen tápszatnau szűkületekben.

25

CO-INFECTION WITH HELICOBACTER PYLORI AND EPSTEIN-BARR VIRUS IN BENIGN UPPER DIGESTIVE DISORDERS: A PROSPECTIVE ENDOSCOPIC-SEROLOGIC PILOT STUDY

Buzás G.¹, Konderák Judit J.², Ferencváros Health Centre, Gastroenterology, Budapest¹, Synlab Ltd, Budapest²

Introduction. About 10-30% of gastric carcinomas are associated with Epstein-Barr virus. The prevalence of Helicobacter pylori + Epstein-Barr virus co-infection in benign upper digestive disorders is unknown.

Method. 104 patients were included in this prospective endoscopic-serologic study. Helicobacter pylori IgG was determined by chemiluminescent assay, Epstein-Barr virus IgG, IgM and viral capsid antigen titers were determined from serum samples by ELISA and expressed as a cut off index. Helicobacter pylori was also determined from 2 antrum and 2 corpus biopsies collected during endoscopies, by the modified Giemsa stain. The prevalence of bacterial and viral infection and that of any co-infection with both agents was calculated in peptic ulcer, functional dyspepsia and reflux patients. There was no case of acute Epstein-Barr virus infection.

Results. The prevalence of Helicobacter pylori was 72.5 %, in peptic ulcer, 33.3% in functional dyspepsia (p=0.0008) and 25.8% reflux patients (p=0.0001). Epstein-Barr virus IgG was found in 75% peptic ulcer patients, 51.2% in functional dyspepsia (p= 0.04) and 51.6% in reflux disease (p=0.04). Co-infection with Helicobacter pylori + Epstein-Barr virus was detected in 60% of peptic ulcer patients, 18.1% in functional dyspepsia (p=0.00014) and 12.9 in reflux disease (p=0.00012) Anti-viral IgG titer was of 31.7 ± 3.0 in peptic ulcer, 20.5±3.5 in functional dyspepsia (p=0.01) and 21.4±3.6 in reflux cases (p=0.03). Viral capsid antigen was found in 72.1% of Helicobacter positive patients and 55.3% in those were negative (p=0.006); it was found in 75% of the peptic ulcer cases, 60.6% (p=0.12) of dyspeptic patients and 51.3% (p=0.02) in reflux cases-.

Conclusions. Both Helicobacter pylori, Epstein-Barr virus and co-infection with these agents were significantly more prevalent in peptic ulcer patients than in dyspeptic or reflux cases. The level of IgG and viral capsid antigen were also higher in peptic ulcer cases than in dyspepsia or reflux cases. The clinical significance of the co-infection with Helicobacter pylori and Epstein-Barr virus must be further investigated by search for local presence of the virus in gastric and duodenal mucosa using appropriate methods, to see if this association is causal or casual.

26

HEYDE-SZINDRÓMA MINT KRÓNIKUS ANAEMIÁHOZ VEZETŐ OCCULT GASTROINTESTINALIS VÉRZÉS LEHETÉSEGEK

Chamdin S.¹, Pálfi E.¹, Takács R.¹, Bányász Z.², Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház I. Belgyógyászat, Gasztroenterológiai Osztály¹, Bajcsy-Zsilinszky Kórház Sebészeti Osztály²

Bevezetés: Az angiodysplasiák a diverticulosis követően a második leggyakoribb okai a haematochesiának a 60 év feletti populációban. Leggyakrabban a caecumban és colon ascendensben fordulnak elő. Gastrointestinalis angiodysplasia és aortastenosis együttes előfordulását a szakirodalomban Heyde-szindrómának nevezik, aminek hátterében szerzett von Willebrand faktor hiány áll.

Esetismertetés: A 82 éves férfibeteg távolabbi anamnézisében ulcus ventriculi, hypertonia, krónikus szívelégtelenség, szignifikáns aortastenosis, thrombocytaaggregáció-gátló kezelés, polypus coli miatt polypectomia szerepel. 2012 óta több alkalommal vizsgáltuk anaemia és haematochesia miatt. Három év alatt kilenc alkalommal történt gastroscopia és colonosopia, valamint egy alkalommal CT-enterographia vizsgálat. Vértáplálékként gastritis erosiva acuta, ulcus pyloricus, nodusok véleményeztünk, azonban több alkalommal előfordult, hogy egyértelmű vértáplálék nem igazolódott. 2015. januárban tünetes aortabillentyű stenosis miatt került felvételre Kardiológia osztályra preoperatív előkészítés céljából. A kivizsgálás alatt jelentkező haematochesia miatt osztályunkra helyezték. Colonosopia vizsgálat során a caecumban angiodysplasiát találtunk, argonplazma koagulációt végeztünk. 2015. februárban ismét haematochesia miatt került felvételre osztályunkra. Masszív vérzés miatt CT-angiographia vizsgálatot végeztünk, melyen a korábban diagnosztizált angiodysplasiából eredő vérzés igazolódott. Sebészeti osztályra helyeztük, sürgősséggel jobb oldali hemicolecomia történt.

Összefoglalás: Esetünk kapcsán igazolódott, hogy a gastrointestinalis tractusban előforduló angiodysplasiából eredő vérzés diagnosztikájában fontos az anaemia megfelelő szintű rendezése a

colonoscopia vizsgálat előtt. Elsődleges terápia endoszkópos argon plazma koaguláció, de ismételt fellépő vérzés esetén sebészeti terápia javasolt. A kórlefolys alapján Heyde-szindróma fennállását véleményeztük. A Heyde-szindróma definitív terápiája műbillentyű implantáció, amely az irodalom alapján a vérzés megszűnését eredményezi.

27

THE SURVIVOR. AMPULLARY ADENOMA CHANGING TO ADENOCARCINOMA - LONG TERM OBSERVATION OF A PATIENT REFUSING SURGERY AND HAVING TWO MORE PRIMARY MALIGNANCY (CASE REPORT)

Csefkő K.¹, Varga M.¹, Réthy Pál Kórház, Békéscsaba¹

Introduction. Ampullary adenomas are dysplastic lesions of the Vater papilla. They can be sporadic or can occur as the part of FAP. It is important to distinguish this two types with respect to management and surveillance. Papillary adenomas have pre-malignant potential. They can undergo through an adenoma-carcinoma sequence. In our case an ampullary adenoma was diagnosed in 2004 but the patient refused treatment. In nine years he developed an adenocarcinoma. The curiosity of the case is that during this nine years he underwent a nephrectomy due to adenocarcinoma and was diagnosed with a pulmonary adenocarcinoma, which was not removed as well as the ampullary tumor.

Case report. 69 year old man was referred to our department in 2004 with abdominal pain and elevated liver enzymes. Ultrasound: dilated bile ducts, gallstones in the cholecyst and suspected malignancy in the left kidney. ERCP: ampullary lesion and choledocholithiasis. Stone removal and biopsy of the papilla was done. Histology proved tubular adenoma, low grade dysplasia. The left kidney was removed and its tumor proved to be a clear cell adenocarcinoma, not breaking through the renal capsule. In 2006 pulmonary screening detected a novel mass in the lung. Histology verified an adenocarcinoma (T2NXM1), which was independent from the former kidney adenocarcinoma. The patient was referred again in 2013 with fever and elevated liver enzymes. His common bile duct had been double stented in 2006, and the obturated stents caused cholangitis. We removed stents, repeated biopsy from the papilla. The former adenoma has been transformed into in situ adenocarcinoma. Surgical treatment was disapproved by the surgeon due to coexistent diseases. In July, 2014, he lost weight, his pulmonary tumor showed progression.

Conclusions: in line with our case we reviewed the clinical appearance, the diagnostic and therapeutic modalities of the ampullary lesions. Endoscopic papillectomy is a good therapeutic modality in most of the ampullary adenomas. It is less invasive than surgery but only in experienced hands. The complications are high compared to other endoscopic therapies. Surgery remains the standard curative procedure for the suspected or confirmed adenocarcinomas, but endoscopy can provide proper palliation in cases where patients have high risk for surgery.

28

NON-NEURONAL EXPRESSION OF TRANSIENT RECEPTOR POTENTIAL VANILLOID 1 (TRPV1) AND ANKYRIN 1 (TRPA1) RECEPTORS IN THE HUMAN GASTRIC MUCOSA

Csekő K.¹, Szalontai B.³, Pohóczky K.², Hegedűs I.⁴, Perkecz A.², Illés A.¹, Vincze Á.¹, Czimmer J.¹, Helyes Z.², Szabó I.¹, 1st Department of Internal Medicine, Medical and Health Center, University of Pécs¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Pécs², Szentagothai Research Centre, University of Pécs³, Department of Pathology, University of Pécs⁴

The importance of sensory-immune interactions in gastritis have recently been emphasized with special focus on Transient Receptor Potential ion channels, such as Vanilloid 1 and Ankyrin 1 (TRPV1, TRPA1) localized predominantly on capsaicin-sensitive peptidergic sensory nerves. They are activated by a variety of exogenous spices and endogenous inflammatory mediators and play an important role in thermo and pain sensation, as well as neurogenic inflammation. They have also been described on several non-neuronal cells, but their functional relevance is unknown. Therefore, we investigated the mRNA expressions of these TRP receptors related to their local, non-neuronal synthesis in the human gastric mucosa and their alterations in chronic gastritis.

Gastric mucosal biopsy samples were collected during upper gastrointestinal endoscopy. Non-inflamed control, chronic gastritis samples with (IM+) or without intestinal metaplasia (IM-), chronic active gastritis and chronic reactive gastropathy samples were selected

after histopathological evaluation. TRPV1 and TRPA1 relative gene expressions were measured by quantitative polymerase chain reaction (RT-qPCR), while the localizations of the receptors were determined using immunohistochemistry.

TRPV1 and TRPA1 were both detectable in the human gastric mucosa at mRNA and protein levels confirming their non-neuronal localization. TRPV1 showed higher expression by both RT-qPCR and immunohistochemistry compared to TRPA1. TRPV1 and TRPA1 immunopositivities were localized to the epithelial cells of the mucosal glands. TRPV1 relative gene expressions were significantly lower in chronic active gastritis and reactive gastropathy (relative quantities were 0,24 and 0,62, respectively), whereas in IM+ and IM- gastritis TRPV1 expression was not significantly decreased. Alterations in the gene expression of TRPA1 were not detectable. We have already started further experiments using a mouse model of gastritis to elucidate the functional relevance of these locally expressed ion channels.

Supported by Richter Gedeon Talentum Foundation; SROP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0024 and KTIA_NAP_13-1-2013-0001 National Brain Research Program, Sandoz Hungary Ltd.

29

AZ ENDOSZKÓPOK HASZNÁLATA SORÁN FELMERÜLŐ HIBÁK ASSZISZTENSIS SZEMSZÖGBŐL

Csicsóné Miklós T.¹, Bosnyák A.¹, Muhi M.¹, Somogyi E.¹, Tóthné Pizsmán K.¹, Dubravcsik Z.¹, Szepes A.¹, OMCH Endoszkópia, Kecskemét¹

Napjainkban Magyarországon három gyártó forgalmaz gastroenterológiai endoszkópos műszereket. A műszerek felépítésében lényegi eltérés nincs, a működési elv mindegyiknél azonos. Ezen műszerek használata során jelentkezhetnek hibák, melyeket különböző szempontok szerint lehet osztályozni. A csoportosítás történhet a műszer felépítése, vagy a műszerek típusa szerint, és egyéb szempontok alapján. A műszerek használata során jelentkező hibák, hibalehetőségek a teljesség igénye nélkül a következők: bowden szakadása, a munkacsatorna sérülése, a külső burkolat ároosodása, vagy a műszer eldugulása.

A hibák kivédésének néhány lehetősége az asszisztensek részéről a megfelelő tárolás, a rendszeres leakage teszt, valamint a fertőtlenítőszeres megfelelő ismerete, együttes használata. A jól kiválasztott fertőtlenítési eljárás is növeli a műszerek élettartamát és nem utolsósorban, hogy költséghatékony is lehet, azonban minden óvintézkedés ellenére is előfordulhatnak különleges hibák, sérülések. Előadásomban az elmúlt egy évben és az azt megelőző időszakban észlelt hibákról és azok okairól, valamint azok kivédési lehetőségeiről szeretnék beszélni.

Az elmúlt évben műszerparkunk teljes felújításra került, de hibák mégis előfordulnak.

A hibák kivédése orvosi és asszisztens szempontból is lényeges, hiszen csak jól működő és biztonságos műszerekkel tudunk minőségi ellátást nyújtani.

A műszerek hibátlan állapotának hosszú távú megőrzéséhez elengedhetetlen az orvos-asszisztens és az adott műszerekkel foglalkozó szerviz közötti jó és folyamatos kapcsolat.

30

A BORSOD-ABAÚJ-ZEMPLÉN MEGYEI HEPATITIS "A" JÁRVÁNY TANULSÁGAI EGY FATÁLIS KIMENETTEL VÉGZŐDŐ BETEG KAPCSÁN – ESETBEMUTATÁS

Csilek A.¹, Pap T.¹, Horváth G.², Lombay B.³, Fazekas A.⁴, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Infektológiai osztály¹, Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, I. Belgyógyászat, Gasztroenterológia², Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Gasztroenterológiai Rehabilitációs Osztály³, Miskolci Nefrológiai Központ⁴

A hepatitis A vírus járványos terjedését segíti az általa okozott betegség hosszú lappangási ideje, a tünetmentes esetek nagy száma, a faecalis terjedési mód, a rossz higiénés viszonyok, a vírus környezeti hatásokkal szemben ellenálló tulajdonságai. A populáció összehasonlító szintjének csökkenése, az alacsony oltottsági szint miatt a magyarországi hepatitis A járványok 7-10 éves ciklusokban jelentkeznek. A 2004-es BAZ megyei hepatitis járvány után 2014-ben újra jelentkezett egy komolyabb esetszámmal járó epidémia. Míg 2013-ban 62 beteget kezeltünk a Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Infektológiai osztályán hepatitis A diagnózissal, 2014-ben már 525 beteget hospitalizáltunk ugyanezen fertőzés miatt, és 680 beteget ambulánsan láttunk el. A hatalmas esetszám okán csak a kifejezetten icterusos, vagy a kockázati csoportba tartozó betegek esetében szorítottunk kórházi felvételt. Az esetek döntő többségében

a betegség szövődésmenyes lefolyást mutatott. Több betegnél azonban a transaminase szintek javulása mellett elhúzódóan magas, lassú csökkenést mutató szérumbilirubin értékeket detektáltunk. 2014 novemberében vettük fel osztályunkra a 64 éves beteget hepatitis epidemica iránydiagnózissal. Kórelőzményében methotrexattal kezelt reumatoid arthritis, spondylosis, hypertonia szerepeltek. Methotrexat kezelését azonnal leállítottuk. Magas transaminase értékkel induló májgyulladás hátterében szerológiailag hepatitis A fertőzés igazolódott. Gyorsan mélyülő icterusa miatt parenteralis folyadékpótlást, majd ursodeoxycholic sav kezelést indítottunk, hepaticus encephalopathia elkerülése céljából aminosteril-N-hepa, hashajtó, rifaximin kezelést alkalmaztunk. Extrém magas bilirubin szintjének csökkentése érdekében az Aferezis Társaság engedélyével BAZ Megyei Kórház Nefrológiai Központjában többször plazmaferézis és hemodialízis történt. A plazmaferézis és dialízis hatására bilirubin szintje csak átmeneti csökkenést mutatott, majd újra progresszíven emelkedett. A végeredményében fatális májelégtelenséghez autoimmun betegsége és az arra alkalmazott immunszuppresszáns terápia mellett kialakult súlyos akut vírusos májgyulladás vezetett. Felmertül a kérdés, hogy a betegnél máj transzplantáció gyógyulást eredményezhetett volna, de ehhez figyelembe kell venni az előkészítés hosszát és nehézségeit is.

31

GASTROINTESTINAL MANIFESTATIONS OF MALIGNANT MELANOMA – OBSERVATIONS FROM A SINGLE CENTER STUDY

Csóka C.¹, Patai V. Á.¹, Miheller P.¹, Micsik T.², Müllner K.¹, Tulassay Z.¹, Hersényi L.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: Gastrointestinal manifestation of malignant melanoma (GMM) is a rare entity. It usually occurs as a metastasis of extra-intestinal malignant melanoma (MM), but rarely no primary tumor can be detected. Histopathological differentiation from other gastrointestinal (GI) malignant tumors is challenging.

Methods: All GMM cases diagnosed between 2004 and 2014 were retrieved from the histopathological database of the 1st Department of Pathology and demographic, clinical and pathological parameters were analyzed.

Results: During the 11-year study period 14 GMM cases were found. In 4 cases, despite extensive diagnostic workup, no primary tumor could be detected. The most common location of GMM was small intestine in 6 cases, followed by rectum in 4 cases, upper GI tract in 3 cases and colon in 2 cases. In 2 cases multiple locations were affected, simultaneous liver metastases were present in 6 cases. Age at diagnosis was ranging from 26 to 75, gender distribution was similar (7 males, 7 females), females (mean age: 67 years) tended to be older than males (mean age: 62 years). Cases in the upper GI tract and small intestine were younger than cases in the colorectum. Immunohistochemical stainings (S-100, Melan-A, HMB-45) for MM were highly positive.

Conclusions: MM can manifest in the entire GI tract either as a primary or as a metastatic malignancy. It affects both genders equally. Small intestine and rectum seems to be the most common location. Although a rare entity, GMM should be considered as a differential diagnostic possibility of GI tumors, especially in cases with a history of MM. This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

32

AZ INDUKCIÓS ANTI-TNF TERÁPIA HATÁSA A TESTÖSSZETÉL PARAMÉTEREIRE GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN

Csontos Á.¹, Molnár A.², Piri Z.¹, Katona B.¹, Miheller P.¹, Semmelweis Egyetem, II. Sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest²

Háttér: A tápláltsági állapot, különösen a sarcopenia befolyásolhatja a krónikus betegségek lefolyását. Célunk volt, hogy felmérjük milyen hatást gyakorol az anti-TNF terápia indukciós fázisa a gyulladásos bélbeteg (IBD) testösszetételére.

Módszerek: Vizsgálatunkba 40 IBD beteget (33 Crohn [CD], 7 colitis ulcerosa [UC]) vontunk be. 24 páciens adalimumab kezelést kapott (ADA: 160/80mg a 0 és 2. héten, majd 40mg kéthetente), míg 16 beteg infliximab kezelésben részesült (IFX 5 mg/kg a 0., 2. és 6. héten, majd 8 hetente). A testösszetétel vizsgálatot a kezelés kezdetén

bioimpedancia analízis (BIA) segítségével, InBody720 készülékkel végeztük és 3 hónappal később ismételtük. A testösszetétel indexeket a BIA értékekből számoltuk (fat-free mass index [FFMI], skeletal muscle index [SMI], body fat mass index [BFMI]).

Eredmények: Méréseink szerint a kezdeti BMI és izomparaméterek jelentősen javultak a megfigyelt időszakban (BMI: 23,81±7,19 kg/m² vs. 24,52±7,34 kg/m², p<0,001; FFMI: 17,64±3,00 kg/m² vs. 18,14±3,08 kg/m², p<0,001; SMI: 9,81±1,83 kg/m² vs. 10,05±1,90 kg/m²; p=0,003; a 0 és 12. héten). Ezzel szemben a zsírpáraméterekben nem észleltünk szignifikáns változást (BFMI: 6,21±5,20 kg/m² vs. 6,44±5,27 kg/m²; Zsír%: 23,24±11,34 vs. 23,56±11,71). Nem találtunk eltérést az ADA és IFX testösszetételre kifejtett hatása között (ΔFFMI: 0,55±0,82 vs. 0,43±0,69; ΔSMI: 0,51±0,78 vs. 0,11±0,42; ΔBFMI: 0,23±0,85 vs. 0,21±1,01). A CD betegek izomparaméterei jelentősen nagyobb javulást mutattak, az UC pácienseké (ΔFFMI: 0,61±0,74 vs. -0,04±0,69, p=0,038; ΔSMI: 0,34±0,44 vs. -0,24±0,33, p=0,002). A testösszetétel változását nem befolyásolta szignifikánsan a biológiai kezelés előtt alkalmazott kortikoszteroid terápia (ΔFFMI: 0,44±0,84 vs. 0,59±0,72; ΔSMI: 0,17±0,48 vs. 0,31±0,47; ΔBFMI: 0,36±1,12 vs. 0,09±0,71, a szteroid kezelésben részesülők [n=15] vs. nem részesülők [n=25]).

Következtetések: A biológiai kezelés kezdetéhez képest a 12. héten jelentős javulást észleltünk a BMI és izomparaméterek terén. Csökkent az FFMI és SMI alapján számított sarcopenia rizikója, míg a testzsír értékekben nem figyeltünk meg jelentős változást. Az anti-TNF kezelés a szteroid terápia elhagyásától függetlenül kedvezően befolyásolta betegeink tápláltsági állapotát és testösszetételét. Az ADA és IFX testösszetételre gyakorolt hatásában nem találtunk jelentős különbséget.

33

KRÓNIKUS MESENTERIALIS ISCHAEMIA KEZELÉSE RADIOLÓGIAI INTERVENTIOVAL KÉT ESETÜNK KAPCSÁN

Czirják K.¹, Vén L.¹, Suták M.¹, Pócsi A.¹, Szakál T.², Rácz F.¹, Szegedi L.¹, Jósza András Oktatókórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Nyíregyháza¹, Jósza András Oktatókórház, Radiológiai Osztály, Nyíregyháza²

Bevezetés Az intestinalis ischaemia acut és krónikus formára különíthető el. A beleket ellátó erek proximális szakaszának idült részleges vagy teljes stenosisa krónikus mesenterialis ischaemia (CMI) kialakulásához vezethet. Érintett lehet a truncus coeliacus (TC), az arteria mesenterica superior (AMS) és az arteria mesenterica inferior. A CMI az esetek túlnyomó részében jelentős systemas atherosclerosis mellett alakul ki. Tüneteire jellemző az étkezést követő fájdalom, mely órák múlva oldódik, a fogyás, mivel az étkezéshez köthető fájdalom miatt a táplálkozás korlátozott. A betegség diagnosztikájában elsődleges az intervencios radiológiai eljárások használata. A percutan transluminális angioplastica (PTA) során a szűkült érszakasz stenttel történő áthidalásával a CMI kezelhető lehet, ezáltal kiváltva nagyobb rizikójú és megterhelést jelentő sebészeti beavatkozásokat.

Eseteink Első betegünk 84 éves nőbeteg, aki anamnézisében hypertonia, atherosclerosis, fibrillatio auricularis, ennek következtében kialakult cerebralis emollitio szerepel. Hasi panaszok miatt indult kivizsgálása, mely során panaszait magyarázó eltérés nem igazolódott, az alkalmazott terápia mellett panaszai nem szűntek. Hasi angina miatt angiographia történt, ennek során az AMS szignifikáns stenosisa igazolódott. Ballon dilatatio után a szűkült szakasz stenttel történő áthidalása is megtörtént. Második esetünk egy 64 éves nőbeteg. Anamnézisében ischaemias szívbetegség, bal arteria carotis interna szűkülete szerepel. Néhány hónapja fennálló hasi fájdalom miatt indult kivizsgálása. Az elvégzett vizsgálatokkal panaszai okát nem találtuk. Tekintettel anamnézisére angiographia történt, mely során a TC stenosisa volt észlelhető, emellett a bal arteria renalis szignifikáns szűkülete is. Technikai okokból csak ezen ér stentelésére volt lehetőségünk. Majd ismételt hospitalizáció során a TC stenosis PTA kezelése is megtörtént. A beavatkozásokat követően mindkét betegünk hasi panaszai megszűntek.

Következtetések Eseteinket a mesenterialis ischaemia viszonylag ritka előfordulása miatt tartjuk bemutatásra érdemesnek. Hangsúlyozandó, hogy bizonytalan, elhúzódó hasi fájdalom esetén, az egyéb vizsgálatokkal nem igazolható esetekben a CMI lehetőségére is gondolnunk kell, különösen ha ezt anamnesztikus adatok is támogatják. A CMI kezelésében a PTA kisebb invazivitással járó eljárás, mint a műtéti megoldások.

34
VENA PORTAE THROMBOSIS ÉS ANTIKOAGULÁNS KEZELÉSE A SZÖVŐDMÉNYEK SZEMSZÖGÉBŐL
 Czuczor V.¹, Kovács J.¹, Czirják K.¹, Rácz F.¹, Szegedi L.¹, Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház Jósza András Oktató Kórház I.Belgyógyászati Gasztroenterológiai Részleg¹

A vena portae thrombosis viszonylag ritka klinikai entitás, a nem cirrhotikus eredetű portalis hypertensio egyik fontos oka. Számos lokális és szisztémás kockázati tényező ismert, leggyakoribb oka a májcirrhosis és a malignus betegségek (hepatocellularis carcinoma, pancreas-, veserák), ritkábban hasúri infekciók, familiaris thrombophiliák és bizonyos műtét utáni állapotok (splenectomia) állhatnak a háttérben. A portalis nyomásfokozódás miatt nyelőcső- és gyomorvaricositas kialakulásával kell számolnunk, mely az anticoaguláns terápia alkalmazásával kapcsolatban kérdéseket vet fel. A varixvézés az egyik legveszélyesebb szövődmény. Friss thrombosis esetén vagy thromboticus állapotokban gyakran kerül sor antikoaguláns kezelésre. A kockázat-haszon viszony ilyen esetekben kevésbé vizsgált. Három esetünk ismertetése kapcsán próbáljuk ilyen megvilágításból szemlélni ezt az érdekes problémakört.

35
FELKÉSZÜLÉS AZ ENDOSCOPOS ULTRAHANG LICENCE VIZSGÁRA
 Dancs N.¹, Szepes A.², Czákó L.³, Rácz I.¹, I.Belgyógyászati-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹,Gasztroenterológiai osztály, Bács-Kiskun Megyei Kórház, Kecskemét²,I.sz. Belklinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged³

Az endoscopos ultrahang (EUH) egy relative új vizsgálómódszer, mely hazánkban egyelőre szűk körben érhető el. Az endoscopba épített ultrahangos vizsgáló fej lehetővé teszi a nyálkahártya rétegeinek, ill. a nyálkahártya alatt elhelyezkedő képletek vizsgálatát. Lineáris echoendoscoppal célzott cytológiai mintavétel is elvégezhető olyan képletekből, melyek hagyományos UH vezérléssel nehezen vagy egyáltalán nem közelíthetők meg. Tapasztalt vizsgáló kezében az echoendoscopia lehetőséget ad olyan beavatkozásokra is, mint pl. a endoscopos cysta szájaztatás, mellyel sebészeti műtét is kiváltható. A Magyar Gasztroenterológiai Társaság keretén belül működő Endoscopos Ultrahang Szekció szervezésében 1 éve echoendoscopos licence vizsgát alakítottak ki hazánkban, melyet első körben a már speciálistának számító, nagy echoendoscopos gyakorlattal rendelkező szakemberek tettek le. A licence vizsgára jelentkezés feltételei közt pontosan meghatározták az előzetesen -expert kontrollja mellett- elvégzendő EUH vizsgálatok számát és típusát. Előadásunkban az EUH licence vizsgára felkészülés mentét kívánjuk bemutatni a saját gyakorlatunk alapján, melynek részét képezi a Szegedi Tudományegyetemen évente megtartott EUH training napon való részvétel és szakmai napok eltöltése EUH centrumokban. A képzés fő részét azonban a saját echoendoscopia vizsgálatok alkotják, melyekhez a gyakorlat megszerzését vendég expert főorvosok segítik.

36
A TRANZABDOMINALIS ULTRAHANG VIZSGÁLAT ÉS A KAPSZULA ENDOSZKÓPIA SZEREPE ATÍPUSOS CROHN BETEGSÉG DIAGNÓZISÁBAN.
 Darvas E.¹, Székely G.¹, Tóth G. T.¹, Gosztola P.¹, Szent János Kórház I. Belgyógyászati- és Gasztroenterológiai Osztály¹

Bevezetés: A modern képalkotó eljárások (CT enterográfia, kapszula endoszkópia, alsó-és felső panendoszkópia) mellett fontos szerepe van az ultrahang vizsgálatnak is a vékonybél betegségek, különösen Crohn betegség gyanúja esetén, ill. annak után követésében.
Céltűzés: A modern képalkotó eljárások mellett a vékonybél betegségek, különösen Crohn betegség gyanúja esetén a hasi ultrahang vizsgálat szerepe is jelentős, mint megbízható, olcsó, széles körben hozzáférhető, megismételhető, non-invazív vizsgálmódszer. A Crohn betegségekre jellemző eltérések, úgy mint strictura, fistulák, abscessusok, tumorok, ileus, passage zavar gyanúja merülhet fel, ill. fali megvastagodást, tágulatot, intraluminalis eltéréseket, motilitás változást detektálhatunk. A vizsgálatot standard vizsgálófejjel (2.5-6 MHz), ill. high resolution lineáris fejjel végezzük. A diagnosztikus pontosság növelhető a hasi erek doppler vizsgálatával, ill. kontrasztanyag használatával. Amennyiben a klinikum és az ultrahang alapján felmerül a Crohn betegség gyanúja, lehetőség van kapszula

endoszkópia elvégzésére, mely a diagnózist alátámaszthatja, ill. igazolhatja. Esetismertetéseink során ultrahang vizsgálati eredményeinket vetjük össze a kapszula endoszkópos eredményeinkkel.
Összefoglalás: A jelenleg rendelkezésre álló modern készülékek, valamint kiegészítő módszerek használatával a transzabdominalis ultrahang vizsgálat egyre nagyobb jelentőséggel bír a vékonybélbetegségek és azok szövődményeinek kimutatásában. Ez a nem invazív módszer alkalmas kapszula endoszkópia indikációjának felállítására, ill. jól korrelál annak eredményeivel.

37
SPONDYLITIS ANKYLOPOETICAHÓZ TÁRSULÓ GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK VIZSGÁLATA
 Dávid L.¹, Szántó S.², Kovács G.¹, Kacska S.¹, Haraszti B.¹, Brúgós B.³, Altorjay I.¹, Szekanecz Z.², Palatka K.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹,Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Reumatológiai Tanszék²,Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Ritka Betegségek Tanszék³

A spondylitis ankylopoetica (SPA) és a gyulladós bélbetegségek (IBD) ismeretlen etiológiájú krónikus gyulladós betegségek, melyek patogenetikai és etiológiai jellemzői több tekintetben hasonlóak. Az IBD-s betegek 20%- ban fordul elő ízületi érintettség, míg az SPA-s betegek 40- 60%-ban észlelhetünk gyakran tünetmentes, a terminális ileumra vagy a colonra lokalizálódó gyulladós jeleket. 27 SPA-s betegben vizsgáltuk az intestinalis gyulladás előfordulását széklet calprotectin szint meghatározásával, colonosopia és szövettani vizsgálat elvégzésével. Meghatároztuk a széklet calprotectin szintjének összefüggését a tünetekkel, az endoszkópos eltérésekkel, az aktivitási indexekkel, IBD asszociált szerológiai markerekkel. A betegek átlag életkora 48 év, 59%-uk férfi és 92%-uk esetén volt észlelhető HLA-B27 pozitivitás, az SPA fennállásának ideje átlagosan 14 év volt. Nem találtunk jelentős különbséget a calprotectin pozitív és negatív csoport között a kor, betegségstadium és HLA-B27 pozitivitás, BASDAI érték tekintetében. A CRP és FVS szám szignifikánsan magasabb volt a calprotectin pozitív csoportban (11,5 mg/L vs. 1,6 mg/L, p=0,0154, illetve 8,9 G/L vs. 6 G/L, p=0,0209). A calprotectin pozitív csoportban magasabb ASCA értékeket találtunk, a különbségek nem voltak szignifikánsak. A calprotectin szint nem különbözött szignifikánsan az NSAID-ot szedő és nem szedő betegek esetében (137 vs. 177, p=0,59). A betegek 40,7%-ban észleltünk endoscopos eltérést, a szövettan 59,2%- ban jelzett gyulladós eltéréseket. Az észlelt endoscopos laesiók nem voltak gyakoribbak az NSAID-ot szedő betegekben (41,6% vs 40%). Negatív endoscopia ellenére 5 esetben a szövettan gyulladós eltéréseket igazolt, a calprotectin szint is emelkedett volt. A calprotectin pozitív betegek hamarabb szorultak anti-TNF kezelésre, mint a normál calprotectin csoportba tartozó betegek (6,7 év vs. 10,2 év, p=0,13). Az SPA-s betegekben észlelt tünetmentes intestinalis gyulladás feltehetően genetikailag meghatározott (irodalmi adatok alapján). Elképzelhető, hogy neutrofil sejtek funkciózavarát okozva növeli a bélpermeabilitást, elnyújtott antigén expozíciót eredményez és molekuláris mimikri révén ízületi gyulladásához vezet. A calprotectin pozitív csoportban észlelt magasabb antitest szintek felvetik az enterális triggerekre adott diszregulált mucosális immunválasz szerepét az SPA kialakulásában. Eredményeink azt sugallják, hogy a széklet calprotectin érzékenyebben jelzi a szubklinikus intestinalis gyulladás jelenlétét SPA-ban, mint az endoscopia. Az emelkedett calprotectin agresszívebb betegségfolyást jelezhet, ezen betegek gasztroenterológiai követése is indokolt lehet a későbbiekben megnyilvánuló IBD lehetősége miatt.

38
ALPPS ELJÁRÁST KÖVETŐ MORFOLÓGIAI ÉS MIKROCIRKULÁCIÓS VÁLTOZÁSOK VIZSGÁLATA KISÁLLAT MŰTÉTI MODELL SEGÍTSÉGÉVEL
 Drozgyik D.¹, Budai A.¹, Fülöp A.¹, Tihanyi D.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Sziájtó A.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika¹,Semmelweis Egyetem II.sz. Patológiai Intézet²

Bevezetés: Az ALPPS eljárással (Associating Liver Partition and Portal vein Ligation for Staged hepatectomy) bármely más, a visszamaradó parenchyma tömegének megnövelését célzó beavatkozáshoz nagyobb regenerációs válasz váltható ki, így a regenerációs idő jelentősen rövidül. Ezen módszer megoldást kínál tehát a többlépcsős májresectio során felmerülő problémára, miszerint az egyes beavatkozások közt

eltelő hosszú regenerációs idő a májdaganat további progressziójához vezethet.

Célkitűzés: Célunk olyan ALPPS modell létrehozása, amely segítségével rágszálókban reprodukálhatóak az emberen történt beavatkozások közben megfigyelt változások. Anyagok és módszerek: Hím WISTAR patkányokon ALPPS-t és vena portae ligatúrát (PVL) hajtottunk végre, mely során a parenchyma 70%-át kirekesztettük a portális keringésből, valamint elvégeztük annak transzsekciját (ISS) a 3. és 4. leány közötti avasculáris zónában. A PVL előtt és után, valamint ISS után laser doppler flowmeter segítségével mértük a mikrocirkulációt. 0, 24, 72 és 168h regenerációs idő elteltével az állatokat termináltuk, ennek során vérvétel, valamint szövettani mintavételezés történt a máj portálisan perfundált 3. és deportalizált 4. leányéből. A szövettani mintákat hematoxilin-eosin festéssel jelöltük. Meghatározásra került a májleányok regenerációs rátája, az apoptotikus, nekrotikus és proliferációs jelenségek, valamint a vérmintákból AST és ALT meghatározás történt.

Eredmények: A 3. leány regenerációs rátája a 72. órától szignifikánsan magasabbnak adódott az ALPPS csoportban a kontrollcsoportoz képest ($289,3 \pm 3,9\%$ vs. $241,3 \pm 4,5\%$). Az ezen csoportba tartozó állatok portálisan perfundált májleányében szignifikánsan intenzívebb mitotikus aktivitás figyelhető meg. A deportalizált leányek mikrocirkulációs áramlásában a kontrollcsoporthoz képest jelentős csökkenés következett be ISS után ($78,2 \pm 34,1$ vs. $101,9 \pm 22,0$). A portális keringésből kirekesztett leányban 24 óra elteltével szignifikánsan emelkedett mind az apoptotikus testek száma, mind pedig a nekrotikus területek mérete. Az AST és ALT értékek a műtét után szignifikáns növekedést mutattak a kontrollcsoporthoz képest.

Következtetés: Az általunk létrehozott ALPPS modell alkalmas az emberi beavatkozások közben is észlelt változások szimulálására.

39

PREVENTIVE PANCREATIC STENTS IN THE MANAGEMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS (PREPAST TRIAL): STUDY PROTOCOL FOR A MULTICENTER, PROSPECTIVE, RANDOMIZED, INTERVENTIONAL, CONTROLLED TRIAL

Dubravcsik Z.¹, Madácsy L.², Gyököres T.³, Vincze Á.⁴, Szepes Z.⁵, Hegyi P.⁵, Hritz I.¹, Szepes A.¹, Department of Gastroenterology and Endoscopy, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest², Department of Gastroenterology, Strate Health Centre, Budapest³, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs, Pécs⁴, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged⁵

Background: The outcome of the most common biliary form of acute pancreatitis has not changed even with the better described indications for early endoscopic intervention. It may be due to the fact that this intervention theoretically can cause further pancreatic injury or cannot always relieve the pancreatic duct obstruction. We hypothesize that maintaining the outflow of the pancreatic duct with preventive pancreatic stents at the early ERCP improves the outcome of acute biliary pancreatitis.

Methods/Design: PREPAST is a prospective, randomized, controlled, multicenter trial. Patients with acute biliary pancreatitis with coexisting cholangitis are randomized to undergo urgent endoscopic intervention with or without pancreatic stenting within 48 hours from the onset of pain, and in addition patients without signs of cholangitis but cholestasis are randomly allocated to receive conservative treatment or early endoscopic intervention with or without pancreatic stenting within 48 hours from the onset of pain. Patients without acute cholangitis and signs of cholestasis receive conservative treatment. 230 patients are planned to be enrolled during a 48 months period from different centers. The primary endpoint is the outcome of acute biliary pancreatitis as described by the latest guidelines. Secondary endpoints include mortality data, and other variables not analyzed as a primary endpoint but related to the pancreatitis or the pancreatic stenting.

Discussion: The PREPAST trial is designed to show whether early endoscopic intervention with the usage of preventive pancreatic stenting improves the outcome of acute biliary pancreatitis. The study has been registered at the International Standard Randomized Controlled Trials Number (ISRCTN) Register (trial ID: ISRCTN13517695).

40

POPULATION BASED COLORECTAL CANCER SCREENING; PRELIMINARY RESULTS FROM GYŐR

Durcsán H.¹, Szabó A.¹, Kovács V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Lakó K.¹, Gulyás J.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹

Background and aim: Colorectal cancer (CRC) mass screening programs have been settled and organized worldwide since a couple of decades. Evidence based data indicate that either faecal occult blood test (FOBT) based CRC screening protocols or screening with primary colonoscopy may decrease the CRC incidence and the mortality as well. In Hungary since June 2013 population based pilot CRC screening activities have been initiated by the National Public Health Service (NPHS) in three voluntary joined counties, including Győr-Ménfőcsanak-Sopron County. The aim of our interim analysis was to evaluate the methodology and preliminary results of the still ongoing screening activity in our region. Methods: According to the screening campaign iFOBT packages were distributed by the local NPHS offices to those 31 general practitioners (GP) who voluntarily joined the program. During a 20 months period a total of 4278 iFOBTs were transferred by GP-s to 50-70 year old individuals irrespectively co-morbidities. Patients with non-negative iFOBT results were referred to our gastroenterology unit for a start-up consultations.

Results: During the 20 months period 265 patients visited our outpatient clinic with positive iFOBT test. The total of 251 colonoscopy was performed with a 84% coecum intubation rate. As many as 104 patients (41%) had significant comorbidity like ischaemic heart disease, hepatic cirrhosis, ongoing anticoagulant or anti-PLT aggregation medication or malignant disease in the patient history. With colonoscopy a total of 578 colorectal polyps and 9 invasive cancers were detected in 194 patients resulting a 77.2% specificity of iFOBT. Adenoma detection rate was 42.6% (107/251) and in 17 patients traditional serrated adenoma (TSA) while in 22 patients high grade dysplasias (HGD) were detected by histology. Among all polyps found 19.3% (122/578) proved to have hyperplastic histology. Out of all adenomas 19.4% (68/349) were located in the right colon and the polyp sizes ranged as 0-5 mm:40.6%, 5-10 mm:32.5% and > 10 mm:26.9%.

Conclusion: Our interim analysis data show that supposing specially organized human and technical efforts iFOBT based population CRC screening programs might be as effective in Hungary as in the developed health care countries.

41

RE-STAGING RECTAL CANCER – A LIMITATION TO ERUS

Fábián A.¹, Bor R.¹, Bálint A.¹, Farkas K.¹, Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, Szepes Z.¹, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

Background: Rectal ultrasonography (ERUS) is the modality of choice to assess the locoregional invasion of rectal tumours due to its simplicity, availability and reliability. However, the tissue changes after neoadjuvant chemo-radiotherapy (CRT) can alter the diagnostic accuracy of ERUS, due to a difficulty in differentiating between the actual tumour and the tissue reactions (necrosis, fibrosis, etc.). Methods: Our retrospective single-center study aimed to evaluate the diagnostic accuracy of ERUS in re-staging rectal tumours after neoadjuvant chemotherapy. ERUS examinations performed between 2006 and 2012 were investigated and compared with pathological staging. The ability of ERUS to detect complete tumour regression was also investigated.

Results: 311 of the 647 ERUS examinations intended to assess T stages. Histological results were available for comparison in 177 cases. 67 patients underwent surgery alone, and CRT was administered in 110 cases, out of which ERUS followed CRT in 33 patients. T-staging was accurate in 72% of the primarily operated group, overstaging occurred in 16%, and understaging in 12%. N-staging proved to be less accurate (62%). In case of re-staging after CRT, impairment was notable in the diagnostic accuracy (64% for T-staging, 59% for N-staging). Overstaging became the main problem (27%), while only a small proportion of the cases were understaged. ERUS failed to detect complete regression (0/2 cases).

Conclusions: Our results on the accuracy of ERUS comply with the literature data, both in terms of primary staging and re-staging. While ERUS is useful in determining the primary stage, it is inadequate for re-assessing the tumour size and stage after neoadjuvant therapy. Thus, the routine use of ERUS for re-staging rectal tumours is not recommended.

42

DESCRIPTIVE ANALYSIS OF DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF ALMOST 1000 IBD PATIENTS – OBSERVATIONS FROM A SINGLE CENTER

Farkas K.¹, Nyári T.², Szepes Z.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Molnár T.¹, Nagy F.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged²

Introduction. Inflammatory bowel diseases (IBD) [Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC)], are chronic relapsing disorders of unknown etiology. The aim of this study is to present our data on frequency, demographic features, disease phenotypes, disease course, the need of surgery and the medical therapies of CD and UC. Patients and methods. Data on demographic and clinical characteristics and descriptive statistics of the IBD outpatients were extracted and analyzed from the IBD database of the 1st Department of Medicine, University of Szeged. The study period was between January 2007 and March 2015.

Results. Data of 911 IBD patients (428 CD, 483 UC) were analyzed. The mean age at the diagnosis was 29.5 years. The mean lag time between onset of symptoms and diagnosis of IBD was 1 year. Female/male ratio did not differ significantly in CD and UC patients. At diagnosis, ileal, colonic, ileocolonic and isolated upper GI tract locations were presented in 25.6%, 36.5%, 36.8% and 1% of CD patients. Distribution of proctitis, left-sided and extensive colitis was 34.1%, 34.6% and 31.3%. Inflammatory, stenotizing and penetrating behaviour occurred in 44.5%, 23.7% and 31.8% of the CD patients. Perianal involvement was presented in 14.8%. The average number of outpatient appointments was 1.8/patient yearly. 301 patients underwent surgery. Surgery was significantly more common in patients with CD, in ileal location and penetrating behaviour. 490 patients received thiopurine, 266 methylprednisolone, 37 cyclosporine, 113 adalimumab, 217 infliximab, and 34 infliximab biosimilar therapies. Dose escalation was performed in 32 patients receiving infliximab. Switch from infliximab to adalimumab was needed in 16 patients. Immunosuppressants and biological therapy did not influence surgery rate.

Conclusion. This analysis revealed that the type, location and behaviour may influence the outcome of the disease. More than half of the patients are on immunosuppressive and one third on biological therapy. Surgery is still needed in every third patient and more common in CD. This database allows us to get increasing amount of data about the clinical characteristics of IBD patients.

43

ANALYSING THE GASTROINTESTINAL EFFECTS OF NOVEL A2-ADRENOCEPTOR LIGANDS POSSESSING MIXED A2C-AGONIST/ A2A-ANTAGONIST ACTIVITY

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-documented, that alpha2-adrenoceptors (α_2 -ARs) play an important regulatory role in the gastrointestinal (GI) tract, and agonists of these receptors induce various, mainly inhibitory effects, such as suppression of secretory processes and peristalsis. Most of these effects are mediated by the α_2A -AR subtype, which is the predominant form in the GI tract. On the other hand, there is evidence, that the gastroprotective action of α_2 -AR ligands is mediated by central $\alpha_2B/2C$ -ARs. Two novel α_2 -AR ligands (MP 328 and MP 712) with mixed agonist/antagonist profiles have been recently synthesized. These drugs behaved as α_2C -AR agonists and α_2A -AR antagonists in vitro assays, therefore we hypothesized that they may induce central gastroprotection, but they are devoid of any effect on GI motility. Methods: We analyzed the effect of MP 328 and MP 712 on the ethanol-induced gastric mucosal damage in male Wistar rats, and on the electrical field stimulation (EFS)-induced colonic contractions in male and female C57BL/6 mice.

Results: 1. Intracerebroventricular injection of both MP 328 and MP 712 reduced significantly and dose-dependently the formation of ethanol-induced mucosal damage. Their effect was antagonized by ARC-239, an $\alpha_2B/2C$ -AR antagonist. 2. Surprisingly, both compounds inhibited the EFS-induced colonic contractions in a concentration-dependent manner in wild type, as well as in α_2A -AR knock out mice. However, ARC-239 reduced this effect significantly, just as in the case of gastroprotection.

Conclusions: Our results confirm previous findings that activation of central $\alpha_2B/2C$ -ARs induces gastroprotection. On the other hand, our

results also show that MP 328 and MP 712 inhibit colonic motility, which effect is either mediated by a non- α_2A -AR subtype, or by another receptor, which is a common target of both MP compounds and ARC-239. This work was supported by the Austrian-Hungarian Action Foundation (88öu2 project) and by OTKA (PD 109602).

44

QUALITY ASSURANCE ASSESSMENT OF ERCP LABORATORY WITH SPECIAL REGARDS TO THE ENDOSCOPIC TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

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

Background: The aim of this study was to perform a quality assurance type of assessment of our routine ERCP practice. A secondary objective was to reveal any benefit or disadvantage of deviation from the guideline in our practice of the treatment of biliary pancreatitis. Records of patients undergoing ERCP in 2014 were reviewed retrospectively with respect to indication of ERCP, technical and intention of treatment success, complication rate. 457 successful ERCPs were performed by 3 skilled gastroenterologists in 332 patients. We evaluated the data of a subgroup of 242 patients with native papilla of Vater in conformity with Quality Indicators for ERCP published by the ASGE in 2014.

Results: The successful primary deep cannulation rate was 90.1 %, which reaches requirement in ASGE guideline. In 18 (7.4%) patients cannulation was successful for the second or third trial and in 6 patients (2.5%) we failed to cannulate the necessary duct. Therapeutic ERCP was performed in 84.8% and diagnostic in 15.2% of 236 patients. The most common diagnosis were choledocholithiasis only, biliary pancreatitis, tumours and stenosis of papilla in 30.9%, 27.1%, 16.1 %, 9.8 %, of patients, respectively. The successful primary stone extraction rate was 91.4 % meeting the ASGE recommendation. We performed biliary stenting in the remainder of patients. The adverse event rate was low; mild to moderate post-ERCP-pancreatitis in 1.3%, bleeding requiring transfusion in 0.8%, minor bleeding occurred in 2.1 % patients. In 24 (10.1 %) patients mild amylasaemia was detected without symptoms. Preventive pancreatic stent was inserted in 25% of patients. The subgroup of patients with biliary pancreatitis was analysed separately. The current guidelines suggest ERCP only in pancreatitis with cholangitis. Based on the TG13 criteria, out of 64 patients with pancreatitis, ERCP should have been done only in 15 patients with pancreatitis. Stone was found in 13 patients out of 15 (86.6%) cholangitis-positive; however, main bile duct stones were removed in 40 out of 49 (81.6%) patients without the signs of cholangitis. Major adverse event was not detected in any subgroups.

Conclusion: We consider that quality assurance and quality control are important means of ensuring the quality of endoscopy especially if the indication of an intervention not strictly follows the guidelines. Our daily practice is authorized by our results.

45

GENETICAL ALTERATIONS IN HEPATOCELLULAR AND CHOLANGIOCELLULAR CANCER: ANALYSIS OF 26 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Félegyházi F.¹, Kohánka A.¹, Ágota A.¹, Péntek R.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology, Budapest³

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 26 hepatocellular and cholangiocellular carcinoma 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 32 mutations were detected in the 26 samples. Mutation was detected in 25 of the 26 cancer samples (96,16%) .The most frequent mutations were in TP53 (30,77%), PIK3CA (19,23%), KDR (19,23%), KIT (15,38%), MET (11,54%), KRAS(11,54%). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 20 cases. The results of

FISH assays proved amplification in HER-2 (3/26), MET (2/26) and translocation in ROS1 (1/26) cases.

Conclusion: Our initial data demonstrate that driver mutation analysis is a useful and clinically meaningful tool to assess patients for targeted onco-therapies. We present the results of our ROS1 translocated case study.

46

HEPATITIS CHR C-S BETEGEK KETTŐS (PR) KEZELÉSÉNEK TAPASZTALATAI A SZEGEDI INFÉKTOLÓGIAI OSZTÁLY HEPATOLÓGIAI AMBULÁNCIÁJÁN

Fodor D.¹, Dankó I.², Kondász A.³, Menczel E.⁴, Hajdú E.⁵, Infektológia Osztály SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Szegedi Orvostudományi Egyetem Szeged, orvostanhallgató², Infektológia Osztály, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged³, Infektológia Osztály, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁴, Infektológia Osztály, SZTE I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged⁵

Bevezetés, módszer: Az SZTE Infektológiai Osztály Hepatológiai Ambulanciáján gondozott krónikus HCV hepatitisben szenvedő 120 beteg adatait vizsgáltuk, retrospektív módon a kezelési eredmények, valamint a terápia hatékonyságát befolyásoló tényezők szempontjából.

Beteganyag: A betegek egy része 5-10 éve, 65 %-a 2000 után került gondozásba. A férfiak és nők aránya 56.8%/54.4% volt, a férfiak átlag életkora 56.8 év volt, a nők 54.4 év volt.

Kezelés módja: Ambulanciánkon a betegek (12 beteg kivételével) pegylált interferon+ ribavirin kettős kezelést kaptak. Hármaskombinációt nem választottunk, 2014-ig bezárólag. A PR kettős kezelést 12 fő kétszer is megkapta, legalább 2 éves időközzel. Eredmények: A vizsgálati adatok korreláltak az irodalmi adatokkal, végeredményben alátámasztották a stop szabály szükségességét, és hozták a PR kezelési standardokkal elvárható terápiai válaszokat. A betegek 50%-a lett tartósan vírus negatív. A vírus független és vírusfüggő prediktív tényezők közül a kor, a fibrosis mértéke, illetve a kezdeti vírus titer, a RVR és EVR együttesen és külön-külön is jó megközelítést adnak a várható vírus elimináció mértékére. Az RVR nyújtotta a legjobb esélyt a gyógyulásra, de a kiszámolt esély hányadosok a statisztikai számítások buktatóira is rámutattak.

Megbeszélés: A részletezett prediktív faktorok figyelembevételével árnyalhatjuk terápiás szemléletünket és kiválaszthatjuk azokat a betegeket, akik kettős PR kezeléssel is gyógyulnak. Célzottabban törekedhetünk az előrehaladott fibrosis kialakulásának megelőzésére.

47

COMPUTERIZED THREE DIMENSIONAL MAPPING AND ROBOTIC MANEUVERING THROUGH THE HUMAN LARGE INTESTINE TRAJECTORY WITH MAGNETIC CAPSULE ENDOSCOPY USING REFERENCE TRACKING CONTROL

Fodor E.¹, Huberth B.¹, Csörgő E.¹, Gellért B.², Lippai D.³, Koller M.¹, Földi S.¹, Madácsy L.⁴, Tulassay Z.³, Cserey G.¹, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Információs Technológiai és Bionikai Kar¹, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest², Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest³, Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴

Introduction: Passive video capsule endoscopy is adequate for standard small-bowel examinations but cannot be properly used in larger cavity organs, such as stomach and large intestine. Mirocam Navy is a magnetic capsule system can be controlled by an outer magnetic unit which allows to maneuver the capsule inside the human intestinal tract. The aim of our present study was to improve and to automate the robotic maneuvering mechanism of the magnetic capsule, so that it could be moved to its appointed position and tilted by a given angle in our experimental colonic model.

Methods: First we developed a three dimensional realistic plastic model of the human colon, produced with a 3D printer from data obtained from a CT colonography. This 3D printed plastic model of the large intestine was used in a robotics environment as a trajectory for the capsule to be led along by an automated algorithm. Prior to the examination a human operator is needed to attend capsule movements with the magnetic control device. Besides this, the main difficulty is the reduced accuracy, both in time and in position, which is due to manual control and data transmission, and therefore can result in a partial or complete lack of visibility of certain areas.

Results: The actual capabilities were assessed with preliminary motion control tests on a conventional video capsule inside a human-sized plastic phantom. In our experiment the whole intestinal tract is monitored during a given trajectory, further on the capsule is expected

to be able to examine selected regions in more detail, if needed. After the preliminary tests, which were accomplished in the developed system, it could be demonstrated that the system was capable of, as well as able to carry out certain commands including rotation by an arbitrary angle, linear movements and also the combination of these.

Conclusions: Robotic control for magnetic steering of a Mirocam Navy capsule endoscope was demonstrated to be more precise and reliable than manual operation. Validation of the proposed robotic controlling system opens the way for automation of capsule endoscopy as is capable of following a previously determined three dimensional trajectory.

48

CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFÉKCIÓ: HALÁLOZÁSI ÉS EGYÉB VONATKOZÓ STATISZTIKÁK

Fodor D.¹, Nagy N.², Bourglia L.³, Menczel E.⁴, Juhász Z.⁵, Kondász A.⁶, Hajdú E.⁷, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged¹, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged², Szegedi Orvostudományi Egyetem Szeged, orvostanhallgató³, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged⁴, SZTE Anatómiai Intézet, Szeged⁵, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged⁶, SZTE I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztály, Szeged⁷

Bevezetés: a Clostridium difficile fertőzések száma világszerte növekszik. s irodalmi adatok szerint nemcsak az előfordulás, hanem a velük kapcsolatos halálozás is nő. Anyag és módszer: a szerzők előző munkáikból nyert néhány adat felhasználása mellett két különböző csoportban az I.sz. Belgyógyászati Klinika Fertőző Osztályán, a 2011-ben és 2012-ben elhaltak adatait dolgozták föl és 2011-2014-ig követték az antimikrobás terápia változásait. Vizsgálták a C. difficile előfordulást, a hajlamosító tényezőket, és többek között arra a megállapításra jutottak, hogy osztályukon is súlyosabb, elhúzódóbb a klinikai lefolyás. Említésre kerül, hogy kombinált antimikrobás kezelést alkalmaznak, tekintve, hogy a metronidazol monoterápia az alacsony gyógyhatás miatt, létjogosultságát veszítette a vizsgált beteganyagban. Eredmények: az 1.75-1,67%-s osztályos halálozási mutatók elemzése során a kiválasztott csoportokban az átlag életkor 76,4-78.3 év között volt, a társbetegségek száma magasnak tartható. A széklet vizsgálat alapján a C. difficile pozitívitás az elhaltak között 40%-ban fordult elő. A boncolt esetekben az infekció halálalként, %-ban kifejezhető mértékben volt jelen. A vizsgált évek alatt, a betegség előfordulása, még mindig növekedő tendenciát mutat, s recidiva előfordulása 20-30% közé tehető.

Következtetés: a nyert adatok korrelálnak azzal a föltevéssel, hogy a C. difficile az egyéb társbetegségekhez társulva az idősebb korosztályban, növelve a kórházi ápolások számát, nem elhanyagolható haláloki tényezővé vált, s a részben ismétlődő recidívák eredményeképpen, krónikus betegségként jelenik meg.

49

A TUMOROS DNS METASZTÁZIST FOKOZÓ HATÁSA HT-29 COLON CARCINOMA SEJTEKEN

Füri I.², Valcz G.², Kalmár A.¹, Kiss B.¹, Wichmann B.², Barták B.¹, Nagy Z.¹, Molnár B.², Tulassay Z.², Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest és Magyar Tudományos Akadémia, Molekuláris Medicina Kutatócsoport, Budapest²

Bevezetés: Daganatos és krónikus gyulladásos állapotokban nagy mennyiségű szabad-DNS kerül ki az extracelluláris térbe. A szabad DNS szekvenciák Toll-like receptor 9 (TLR9) jelátviteli útvonalon kifejtett hatása nem teljesen ismert, valószínűsíthető a különböző kórállapotokban mutatózó eltérő hatás, amely az eltérő metilációs és más DNS mintázattal magyarázható.

Célkitűzés: Az egészséges és tumoros colon szövetből származó DNS hatását HT29 carcinoma sejteken vizsgáltuk.

Módszerek: DNS-t izoláltunk friss-fagyasztott egészséges és tumoros colon szövetből. A HT29 sejteket 6 órán keresztül inkubáltuk az egészséges és tumoros colon szövetből származó DNS-sel. Teljes RNS-t izoláltunk, Affymetrix U133 2.0 microarray rendszerrel teljes genomot lefedő vizsgálatot végtünk és qRT-PCR -rel vizsgáltuk a TLR9 jelátviteli génjeit. Immuncitokémiai vizsgálatot végeztünk sejtdifferenciációs(CK20), sejtkecsesítő (E-cadherin) és metilációs markerek(DNMT3A) kimutatására.

Eredmények: A teljes genomot lefedő vizsgálat a következő gének fokozott kifejeződését mutatta tumoros DNS kezelés hatására: 3 metalloproteináz gén (MT1X, MT1F, MT1H), 3 metasztatázis asszociált gén (TACSTD2, MACC, MALAT1), (CEACAM), és a 2. anyagszere -

asszociált gén (INSIG1, LIPG) mutatott fokozott kifejeződést. A qRT-PCR-rel végzett vizsgálatok során kimutattuk, hogy az egészséges és tumoros colon szövetből származó DNS egyaránt az IL-1 β fokozott kifejeződését eredményezte (DCT kontroll vs tumoros DNS-sel kezelt vs egészséges DNS-sel kezelt minták: 25.87 ± 0.1627 vs 23.54 ± 0.2613 vs 24.28 ± 0.2253 , $p < 0.05$). A tumoros DNS kezelés hatására a CK20, E-cadherin fehérjék és DNMT3A metilációs enzim mennyisége is növekedést mutatott.

Következtetések: A daganatos DNS elősegítette a daganatos sejtek terjedését és fokozta az MMP-k és egyéb pro- metasztatikus fehérjék termelődését. This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

50

DAGANATOS BETEGEK TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOTÁNAK ÉS TÁPLÁLKOZÁSI NEHÉZSÉGEINEK FELMÉRÉSE

Galló N.¹, Varga M.², Tátrai-Németh K.³, Pálfi E.³, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, IV. éves hallgató, Budapest¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Dietetikai Szolgálat, Budapest², Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar Alkalmazott Egészségtudományi Intézet Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest³

A daganatos betegségek népegészségügyi problémának számítanak. A mortalitási adatok alapján hazánk férfiak esetében az első, nőknél a második helyet foglalja el. A tumor és a kezelések hatást gyakorolnak az anyagcserére, táplálkozásra, így a tápláltsági állapotra. A daganat cachexia már a diagnózis idején jelen van, hiszen a betegek táplálékbevétele szignifikánsan csökken, igényük viszont megnő a hipermetabolizmus miatt.

Cél: a malnutricióhoz vezető táplálkozási nehézségek és a dietetikus intervenció lehetőségeinek feltárása volt, fókuszpontban a malnutrició rizikószűréssel, tápláltsági állapot felméréssel. Bizonyítani kívántuk, hogy a validált szűrőmódszerek eredményeit szükséges kiegészíteni komplex tápláltsági állapot felméréssel. Kérdésként fogalmaztuk meg, hogy mely betegek kapnak klinikai táplálást.

Betegek: A kutatásba a fekvőbeteg (64.33 év $\pm$ 18.62, 22 férfi/23 nő) és járóbeteg (63.38 $\pm$ 16.08, 9 férfi/15 nő) ellátásból választottuk ki az alanyokat, hiszen a daganatos betegek mindkét ellátási területen megjelennek, illetve eltérő dietetikus feladattal kell számolnunk.

Módszerek: malnutrició rizikószűrést végeztünk NRS és SGA módszerekkel. A tápláltsági állapotot mért antropometriai paraméterekkel és testösszetétel analízissel állapítottuk meg. A táplálkozás változását validált táplálkozási naplóval vagy 24 órás visszakerdezéssel mértük. Az energia- és tápanyagbevitelt NutriComp szoftver segítségével elemeztük.

Eredmények: A fekvőbetegek 100%-a veszélyeztetett malnutricióra (60% közepes, 12% súlyos). A betegek 100%-a a cachexia állapotában van, 45% a korábban elfogyasztott adag nagyság 0-50%-át tudja megenni. A járóbetegek 16%-a veszélyeztetett enyhe malnutricióra, és csak 8%-uk étvágytalan. A járóbetegek 72%-a túlsúlyos-elhízott, azonban 80%-uknál a zsír dominancia mellett sarcopenia áll fenn (33.7 $\pm$ 5.2 BF%, FFM 31.7 $\pm$ 8.16kg). A fekvőbetegek rész a kiegészítő táplálással is csak 1800 kcal fogyasztanak el. 22% megsejtül tápszeres kiegészítésben, de a javasolt mennyiség 50-75%-a fogy el ténylegesen. 41% súlyos rizikójú beteg egyáltalán nem kap ONS-t.

Következtetések: Minden malnutricióra veszélyeztetett beteg tápláltsági állapotát komplex módon kell vizsgálni. Monitorozással kivédhető lenne a korai súlyvesztés. A kiszűrt betegek részére dietetikus bevonásával táplálási tervet lehetne készíteni, hogy minél előbb elkezdődhesen az individuális táplálás.

51

BIOSIMILAR INFLIXIMAB IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES: FIRST INTERIM RESULTS FROM A PROSPECTIVE NATIONWIDE OBSERVATIONAL COHORT

Gecse K.¹, Farkas K.², Lovász B.¹, Banai J.³, Bene L.⁴, Gasztonyi B.⁵, Golovics P.¹, Kristóf T.⁶, Lakatos L.⁷, Miheller P.⁸, Nagy F.², Palatka K.⁹, Papp M.⁹, Patai Á.¹⁰, Salamon Á.¹¹, Szamosi T.³, Szepes Z.², Tóth T.¹², Vincze Á.¹³, Molnár T.², Lakatos P.¹, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Military Hospital – State Health Centre, Budapest, Hungary³, 1st Department of Medicine, Peterfy Hospital, Budapest, Hungary⁴, 2nd Department of Medicine, Zala County Hospital, Zalaegerszeg, Hungary⁵, 2nd Department of Medicine, B-A-Z County and University Teaching Hospital, Miskolc, Hungary⁶, Department of Internal Medicine, Csolnoky Ferenc Regional Hospital, Veszprém, Hungary⁷, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis

University, Budapest, Hungary⁸, Institute of Medicine, Department of Gastroenterology, University of Debrecen, Debrecen, Hungary⁹, Department of Medicine and Gastroenterology, Markusovszky Hospital, Szombathely, Hungary¹⁰, Department of Gastroenterology, Tolna County Teaching Hospital, Szekszárd, Hungary¹¹, Department of Gastroenterology, Janos Hospital, Budapest, Hungary¹², 1st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary¹³

Introduction Biosimilars are biologic medicines that enter the market subsequent to an original reference product whose patent has expired. Biosimilar infliximab entered the Hungarian market in May 2014. Few data is yet available on the safety and efficacy of biosimilar infliximab in extrapolated indications, such as inflammatory bowel diseases.

Methods A prospective, nationwide, multicentre, observational cohort was designed to examine the safety and efficacy of CT- P13 infliximab biosimilar in induction and maintenance of remission in Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC). Demographic data were collected at inclusion. A harmonized, tight monitoring strategy was applied in terms of clinical outcome (CDAI, PDAI, MAYO/pMAYO at each visit), biochemical markers (at least every 3 months) and endoscopy/imaging (at least every 12 months) as requested by the National Health Fund. Sera were collected for drug trough and antibody measurement at 0, 12, 24 and 52 weeks. Safety data was registered during the follow-up.

Results 90 consecutive IBD patients (57 CD and 33 UC) were included in the cohort. Age at disease onset was 26.0 years in CD and 30.5 years in UC. In CD ileocolonic and perianal disease was present in 40.4% and 37.5%, respectively. 55.2% of UC patients had extensive colitis. 21.4% of CD patients had previous surgery. In CD and UC, 60.4%/50% and 55.2%/74.2% of patients received concomitant immunosuppressives and steroids. 30.4% of CD and 16.1% of UC patients received previous anti-TNF treatment. At induction, the mean CDAI was 289 (SD: 107), while MAYO/pMAYO scores were 8.8 (SD 3.1) and 6.4 (SD 2.6) in UC. There was a significant decrease in CDAI after 2 and 6 weeks of treatment compared to baseline $p < 0.001$, ANOVA-Scheffe). There was a significant decrease also in the mean pMAYO score (from 6.4 to 3.7 and 3.6 at week 2 and 6) induction therapy in UC. Clinical improvement was coupled with a decreasing trend regarding biochemical markers. 4 allergic reactions occurred, all in patients who had received previous anti-TNF medication.

Conclusions This is the first prospective nationwide cohort examining the safety and efficacy of the biosimilar infliximab in IBD. A significant decrease of disease activity (CDAI and pMAYO) was observed coupled with a decrease in CRP levels during induction with the infliximab biosimilar.

52

COMPUTER ASSISTED SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY VIDEO SEGMENTATION RELATED TO ANATOMICAL LANDMARKS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Gellért B.¹, Karacs K.², Gyöngy M.², Pák P.³, Madácsy L.⁴, Tulassay Z.⁵, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Budapest¹, Pázmány Péter Katolikus Egyetem Információs Technológiai és Bionikai Kar², Vaszary Kolos Kórház Esztergom³, Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár⁴, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika⁵

Introduction: Small bowel capsule endoscopy (SBCE) propose a new non-invasive method for the diagnosis of digestive tract disorders. However, the medical reading of long segment video data is time consumptive. The aim of our present study was to develop a new computer algorithm as to assist the physician to interpret a SBCE video by automatic segmentation into different anatomic parts of the digestive tract.

Methods: A new computer assisted video segmentation scheme is proposed to locate the anatomical border between the stomach, small intestine, and large intestine. To achieve this we utilize the different color feature of the SBCE video color bar and we draw a dissimilarity curve to obtain an approximate localization of the anatomical segment borders on the SBCE video. The color histogram in the HSI color space is used to segment the stomach, small intestine and large intestine, which was based on computer spectral analysis of RGB intensities in the color bar (CB) of Miroview SBCE analysis system with the software Colors. Our software analyzed the average and relative intensity in the color histogram of the blue, green and red color in the (RGB) components ($GCI = G/R + G + B$, and $RCI = R/R + G + B$).

Results: The relative intensity in the histogram of the red color (RCI) was significantly higher in the duodenum as compared to the antral

region, $0,49 \pm 0,03$ vs. $0,44 \pm 0,02$, respectively ($p < 0,000001$). Similarly, the relative intensity in the histogram of the green color (GCI) was significantly higher in the cecal as compared to the ileal segment, $0,35 \pm 0,01$ vs. $0,31 \pm 0,01$, respectively ($p < 0,00001$). The average rise of RCI at the pylorus was $10,9 \pm 2,8\%$, whereas the average rise of GCI at the ileo-cecal valve was $14,1 \pm 4,0\%$. The average precision were 100% for the stomach/small intestine and 90% for the small/large intestine discrimination.

Conclusions: Our new computer assisted video segmentation method can accurately locate the border between different anatomical regions of the gastrointestinal track on the SBCE video, and may result a simplicity of SBCE examination with an automatic detection of the end of the small bowel study during ambulatory SBCE investigation.

53

INVETERÁLT HASI TÁLYOG VAGY TUMOR? ELTÉRŐ ULTRAHANG DIAGNOSZTIKUS MEGKÖZELÍTÉSEK

Gelley A.¹, Czeródi E.², Bély M.³, Masszi L.⁴, Belgyógyászat, Gastroenterológia, Betegápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest¹, Röntgen osztály, Betegápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest², Patológia, Betegápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest³, Sebészet, Betegápoló Irgalmas Rend Budai Irgalmasrendi Kórház Budapest⁴

Eseteinkben hasonló UH leírások, eltérő következtetésekkel járnak. A klinikummal egybevetett UH vizsgálat eredménye meghatározó a jó terápia tervezéshez. Esetismertetések: 69 éves nő, 1981-ben hysterectomia, sec. gyógyulással, drainge-al. 3 hetes hasi fájdalom, hányás, láz, sebészeti centrumban appendicitis gyanúja miatt 4 napos megfigyelés. Felvétel romló klinikai állapot miatt. Fvs: 18,4; CRP: 136; gastroenterológiai UH: A jobb alhasi resistenciának megfelelően $8 \times 5 \times 5$ cm-es, vastag falú, tályognak megfelelő inhomogén cystosus képlet. RTG UH: a colon ascendens aboralis harmadában kb. $8,5 \times 3,5$ cm inhomogén echoszegény képlet. Az elváltozás tumornak felel meg, abscessusra jellemző echoelérés nem látható. Hasi CT: a tályog gyanút erősítette. Sebészet: sürgős műtét kapcsán a hasüregben a cecum fal elhalásával járó periappendicularis tályog eltávolítása, jobb oldali hemicolectomia.

Szövegtan: tumormentes, szövődésmenyes gyógyulás. 2.eset: 71 éves nő, anamnézisben hüvelyi sarcoma excíziója, epekövesség. 2 hete bronchitis lázzal, majd erős felhasi fájdalom hasmenéssel, visszatérő láz, hányinger, gyengeség. Fvs: 13,2; CRP: 176,7; sebi: 7,8; dibi: 3,9; GOT: 119; GPT: 107; GGT: 118; AP: 156; gastroenterológiai UH: a májgyanban 4×4 cm inhomogén, cystosus solidum, melynek állományában apró légbuborékoknak megfelelő echojelek láthatók. Az elváltozás összefügg a jól telt, sludgeos, apró köves echodús falú epehólyaggal, de a leírt intrahepatikus laesio mentén a fal megszakadt, és itt a laesio és az epehólyag lumene között echomozgások észlelhetők. Vélemény: köves epehólyag májgyi fali rupturával, és intrahepatikus abscessussal. RTG UH: apró köves, sludgeos epehólyag. A fal az epehólyag ágy mentén megszakad, mely járat a máj IV szegmensében elhelyezkedő $4 \times 3,5$ cm átm., vascularizációt nem mutató inhomogén echoszegény, kevés folyadékot, egy-egy fényes reflexiót és apró echodens képletet is tartalmazó területet vezet. A falmegszakadás helyén vénás áramlás és color jel nyerhető. A beteg itt nyomásérzékenységet nem jelez. Vélemény: Cholecystitis chr calc. A májbeli soliter képlet atypikus, de abscessusra jellemző UH jeleket nem mutat. Az epehólyag falat penetráló keskeny járat egy variáció is lehet. CT javasolt. Sebészeti ellátás: műtét, az idült köves és rupturált epehólyag májtályoggal, benne epekövekkel.

Összefoglalás: a jól ismert, de nem abszolutizált klinikai adatok és urgens UH diagnosztika a legnagyobb segítségünk a sürgősség foka és az adekvát terápia sikeréhez.

54

A MÁJFIBRÓZIS MEGHATÁROZÁS ULTRAHANG ALAPÚ MÓDSZEREI (INVAZÍV ÉS NEM INVAZÍV VIZSGÁLATOK)

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

Cél: A májbetegségek diagnosztikájának alapja az abdominális ultrahang vizsgálat, amellyel a máj morfológiai elváltozásai ábrázolhatóak. Számos krónikus májbetegség a parenchyma sejtszintű szerkezeti átépülését, májfibrozist okoz, ennek fokát a máj tömörség (liver stiffness) mérésével lehet meghatározni. Az előadás célja az invazív és az utóbbi években egyre elterjedtebben használt, ultrahang alapú nem-invaszív módszerek bemutatása és a kapott eredmények összehasonlítása.

Módszerek: 1. A májbetegség aktivitásának és a fibrózis súlyosság megállapításának „gold standard” módszere az UH vezérelt májbiopszia. A „free-hand” technika az elterjedt, a lineáris centrális csatornájú transzducerrel történő mintavételt ritkábban használják. Előnye a máj fibrózis pontrendszer alapú meghatározása mellett a nekroinflammáció fokának vizsgálata, valamint adatot nyújt a betegség etiológiájára is. Az eredmények Knodell, Ishac és Metavir szerinti osztályozása ismert. Hátránya, hogy invazív beavatkozás és csak a teljes máj 1/50.000 része kerül feldolgozásra. 2. A nem-invaszív módszerekkel a parenchyma elaszticitása mérhető. Típusai: a. Egy dimenziós tranziens elasztográfia (FibroScan) b. Akusztikus radiációs impulzus elasztográfia (ARFI) c., Nyíró hullámú (shear wave) elasztográfia (SWE).

Összefoglalás: Az előadásban bemutatásra kerülnek a májfibrozis vizsgálatára használható ultrahang alapú technikák jellemzői, előnyeik, hátrányaik, diagnosztikus pontosságuk és a kapott eredmények összehasonlíthatósága.

55

ENDOSZKÓP ASSZISZTÁLT VARRÓGÉP DIVERTIKULOSTOMIA (ESD). ESETANULMÁNY.

Gieszer B.¹, Tarpay Á.², Farkas A.¹, Szmolá R.², Radezcký P.¹, Ghimesy Á.¹, Gyugos M.¹, Török K.¹, Mészáros L.¹, Bogó L.¹, Pozsár J.², Agócs L.¹, Rényi-Vámos F.¹, Lang G.¹, Kocsis Á.¹, Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészeti Osztály¹, Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg²

Bevezetés: Szimptomatikus Zenker divertikulum megoldására több sebészeti, illetve endoszkopos módszer is ismert. Az endoszkop asszisztált varrógép divertikulostomia mára elfogadott, Nyugat-Európában és a világban széles körben alkalmazott minimál invazív módszer, melynek alacsony a szövődésmenyes rátája, hospitalizáció igénye, valamint alkalmas a hagyományos technikával végzett recidíváló divertikulumok terápiajára is.

Eset, módszer: 72 éves férfi beteg típusos panaszai háttérben nyelési röntgennel, gastroscopiával, illetve CT-vel igazolt Zenker divertikulum állt. Három alkalommal történt korábban endoszkopos myotomia a panaszok érdemi javulása nélkül. Jelen beavatkozás teljes anesztéziában történt endotracheális intubáció mellett. A műtét pharyngoscopot, illetve merev video endoscopot használtunk. A divertikulum szájadék peroralis feltárást követően endoszkop varrógép (Endo Stich - Covidien) segítségével a nyelőcső, diverticulum septum széli részeibe 1-1 öltést helyeztünk, melyek megfeszítésével pozicionáltuk a varrógépet. Ezt követően 1 db EGIA45AMT (Covidien) tár segítségével cryopharingeális myotomiát végezve összenyitottuk a diverticulum üregét a nyelőcső üregével. A beavatkozást követően 16 órával a nyelés röntgen divertikulomot nem igazolt, a beteg megkezdte a folyadék fogyasztását. Műtétet követően 72 órával a beteget folyékony-pépes étrend mellett otthonába bocsátottuk. Sajnálatos körülmény, hogy a beteg kivizsgálása során jobb alsó tüdőlebenyi, irresecabilis planocellularis carcinoma igazolódott. A páciens onkológiai kezelése Intézetünkben zajlott. Az onkológiai kezelés során divertikulummal kapcsolatos panasz nem jelentkezett. Malignus betegsége miatt 2014.12.20-án a beteg exitált.

Konklúzió: Divertikulostomiát követően a 7 hónappal a beteg nyelési panaszai nem recidáltak. Az ESD hatékony, gyors, alacsony szövődésmenyes rátájú minimál invazív technika, mely széles körben alkalmazható és jó alternatívája a hagyományos sebészeti, illetve endoszkopos módszereknek.

56

COMPLICATIONS OF PROPHYLACTIC PANCREATIC STENT INSERTION IN PATIENTS WITH INCREASED RISK OF POST-ERCP PANCREATITIS

Gódi S.¹, Pakodi F.¹, Solt J.¹, Szabó L.¹, Vincze Á.¹, First Department of Medicine, University of Pécs¹

Introduction: The most frequent complication of ERCP is post-ERCP pancreatitis (PEP), which occurs in 4-5% of the average risk patients but can be higher than 10% in high risk groups. Prophylactic pancreatic stent (PPS) insertion is recommended in high risk patient to prevent PEP. In spite of PPS insertion PEP will develop in some cases. The aim of our study was to evaluate the complications of PPS insertion and to look for possible risk factors.

Patients and methods: PPS insertion was carried out in 115 patients with increased risk for PEP between May 2009 and March 2015 in our tertiary referral center. The indication, finding of ERCP, detailed procedural data, pre- and postprocedural laboratory data, findings of imaging studies and other parameters were collected from the electronic

medical records and analyzed. PEP was defined according to the Cotton criteria.

Results: 74 female and 41 male patients with mean age of 63 years (13 – 89) underwent PPS insertion. Hyperamylasaemia was detected in 66 cases (57%), while PEP developed in 10 cases (8.7%), 2 of them were severe, one was moderate, the rest were mild. The risk factors of PEP were unsuccessful PPS insertion ($p < 0.001$), presence of juxtaapillary diverticulum ($p < 0.001$), and when stent dislodgement occurs within 24 hours ($p = 0.07$). The development of PEP after PPS insertion did not correlate with age and sex of the patients, opacification of pancreatic duct, absence of distal bile duct dilatation or precut papillotomy. Other complications of PPS were proximal stent migration into the pancreatic duct in one case, and mild pancreatitis 17 days after PPS insertion.

Conclusions: PEP can develop after PPS insertion in some patients. The risk of this complication is associated with unsuccessful stent insertion, juxtaapillary diverticulum and early stent dislodgement. Proximal stent migration and stent occlusion are rare complications of PPS. The latter can be prevented by stent removal if spontaneous passage is not observed within 5-10 days after insertion.

57

PRESENCE OF ANAEMIA IS AN INDICATOR OF LONG-TERM DISEASE COURSE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES. RESULTS FROM A POPULATION-BASED INCEPTION COHORT

Golovics P.¹, Végh Z.¹, Lovász B.¹, Szita I.², Balogh M.³, Vavricka S.⁴, Rogler G.⁴, 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, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Zurich, Switzerland⁴

Background and Aims: Anaemia is an important extraintestinal manifestation in inflammatory bowel disease (IBD) and it is partly associated to disease activity. Limited data are available on the association between different forms of anaemia and disease outcomes. The aim of this study was to analyze the association between the prevalence of different forms of anaemia and treatment strategy and long-term disease outcomes in the population-based IBD inception cohort from Veszprem province between 1977 and 2012.

Methods: Data of 506 incident CD patients (male/female: 251/255, age at diagnosis: 31.5 years, SD 13.8 years) and 347 incident UC patients (m/f: 200/147, median age at diagnosis: 36, IQR: 26-50 years) diagnosed between January 1, 1977 and December 31, 2010 were analyzed. Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: Anaemia (iron deficiency, anaemia of chronic diseases or macrocytic anaemia) was present in 57.5% and 30.2% of CD and UC patients. Anaemia was associated to age at onset ($p_{CD}=0.001$, $p_{UC}=0.026$), location/extent ($p_{CD}=0.016$, $p_{UC}<0.001$), perianal fistulas ($p<0.001$) and complicated behavior ($p=0.002$)/time to behavior change ($p_{LogRank}<0.001$). In contrast, there was no association with gender and smoking status in either CD or UC. Need for steroids and/or azathioprine was significantly associated to anaemia in both CD and UC ($p<0.001$ for all both univariate and logistic regression). In addition, anaemia was associated with the need for anti TNF ($p=0.002$), time to azathioprine ($p_{LogRank}<0.001$, $p_{Cox}<0.001$), need for ($p<0.001$) and time to surgery ($p_{LogRank}<0.001$, $p_{Cox}<0.001$) and time to IBD-related hospitalization ($p<0.001$) in CD. In UC, anaemia, was associated with the need for colectomy ($p=0.004$, OR: 5.57, 95%CI: 1.67-18.54) and time to IBD-related hospitalization ($p<0.001$, $p_{Cox}<0.001$).

Conclusions: Anaemia is an indicator of long-term disease course, including treatment steps, hospitalizations and surgery requirements in both CD and UC.

58

AZ ENDOSZKÓPIÁK GYAKORISÁGA, OKAI ÉS AZ ENDOSZKÓPIA SORÁN TALÁLT ELTÉRÉSEK AZ I. BELGYÓGYÁSZATI KLINIKÁN 2010-BEN

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

Háttér és Célok: A gastrointestinalis (GI) traktusból származó vérzések kivizsgálása és kezelése az endoszkópos centrumok nagy kihívása. Célunk az volt, hogy az SE I. Belgyógyászati Klinika

endoszkópos laborjában megvizsgáljuk, hogy a 2010-es év felső és alsó endoszkópiás vizsgálatainak mekkora hányada történt vérzés indikációval, és ezen betegek részletes klinikumának feltárása.

Betegek és Módszerek: 1100 beteg adatait elemeztük, akikben 2010. jan. 1. és 2010. november 1. között végeztek felső- vagy alsó-endoszkópiás vizsgálatokat (ff/nő:544/556, átlag életkor a diagnózis idején:60év, SD:16,5év). A részletes klinikai adatokat a SE I. sz. Belgyógyászati Klinika fekvő-és járóbeteg megjelenéseinek adataiból gyűjtöttük össze. A tanulmányt az SE TUKEB engedélye alapján végeztük.

Eredmények: Összesen 1100 beteg adatait elemeztük. A betegek 28,9%-a került vizsgálatra GI vérzés indikációjával, a betegek életkora nem különbözött a két csoportban (61SD:17év vs.59SD:16év). A vérzés indikációjával vizsgált 61%-a férfi volt ($p<0,001$, OR:1,94). A GI vérzés miatt vizsgált betegek tünetei 58%-ban felső GI vérzés formájában jelentkeztek, a betegek 33,5%-ban igényelték transzfúziót. A vérzés indikációval végzett gasztroszkópiák esetén gyakoribb volt a fekélybetegség (24,2%vs 10,2%, $p<0,001$,OR:2,83), míg nem különbözött a talált gyomor polypok illetve daganatok aránya a nem vérzés indikációjával végzett vizsgálatokhoz képest. Az elvégzett kolonoszkópiák 31,6%-a történt GI indikációjával, ekkor gyakoribb volt a kolorektális daganat (11,5%vs nem vérzés:4,5%, $p<0,001$, OR:2,94),míg ugyanolyan arányban volt kimutatható vastagbél polyp, colon diverticulum, illetve gyulladásoos bélbetegség. A vizsgált betegek azonos(65%) arányban szedtek valamilyen rizikó gyógyszert(ASA,NSAID,TAGG,LMWH/heparin,syncumar,steroid). A betegek jelentős számban és összességében azonos arányban rendelkeztek társbetegségekkel(88%).

Összefoglalás: A betegek közel negyede GI vérzés indikációjával került vizsgálatra a vizsgált időszakban. A felső GI traktusban a fekélybetegség, míg az alsó GI traktusban a kolorektális daganatok voltak a leggyakoribb diagnózisok. Gyakoribb volt a GI vérzés indikációjával végzett endoszkópia szívelégtelenség, daganatos alapbetegség, májcirrhosis és aethyl toxicitás esetén. Nem találtunk kapcsolatot a rizikó gyógyszerek szedése és az endoszkópiák aránya között.

59

KAPSZULA ENDOSZKÓPIA 4 ÉVE

Grenda A.¹, Orosz P.², B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Miskolc, II.Belgyógyászat¹

A B-A-Z Miskolc Megyei Kórház II. Belgyógyászat osztályán 4 éve van lehetőség a kapszula endoszkópia elvégzésére. A szerzők az eltelt időszakban 70 vizsgálatot végeztek, mely lehetőséget teremtett ahhoz, hogy több szempontból is elemezzék tapasztalataikat. Részletezik az indikációkat, bemutatják az előkészítés nehézségeit, ábrázolják a kapott eredményeket, összefüggéseket keresnek az alapbetegségek, alkalmazott gyógyszeres kezelés és a következmények között. Gondolatokat vetnek fel, mi lehet az oka közel 30%-ot elérő negatív vizsgálati eredményeknek.

60

NICE WITH FICE: THE DIAGNOSTIC VALUE OF FUJINON INTELLIGENT COLOR ENHANCEMENT (FICE) TECHNOLOGY IN CLASSIFYING COLORECTAL POLYPS - A PROSPECTIVE CONTROLLED STUDY

Gyimesi G.¹, Hritz I.¹, Gellért B.², Hausinger P.¹, Velkei T.¹, Dubravcsik Z.¹, Tiszlavicz L.³, Madácsy L.⁴, Szepes A.¹, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét, OMCH Endoscopic Laboratory¹, Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola², Department of Pathology, University of Szeged³, Endo-Kapszula Endoscopic Laboratory, Székesfehérvár⁴

Introduction: Discrimination between neoplastic and non- neoplastic colorectal lesions may be crucial during colonoscopy. While adenomas are neoplastic, and therefore should be resected, hyperplastic polyps never turn malignant and do not require specific treatment. We prospectively assessed the performance of FICE (Fujinon intelligent color enhancement) system in differentiating colorectal polyps. The aim of our prospective study was to validate the Narrow Band Imaging International Colorectal Endoscopic (NICE) classification for differentiating hyperplastic and adenomatous polyps by using Fuji Intelligent Color Enhancement (FICE) technology with and without optical magnification.

Methods: Patients referred for outpatient colonoscopy were prospectively enrolled and 131 polyps of 55 patients were assessed with FICE. All endoscopies were performed by experienced endoscopists with HD and HD zoom colonoscopies of Fujinon 530 and EC-590ZW/L

series. In order to create a video-library of endoscopic cases, patients with at least one histologically verified <10 mm polyp were included. A short HD video-clip (around 15-20 seconds) of each polyp and a HD DICOM still picture both at white-light and FICE-light were recorded and stored in an anonymized video database. Histopathology of the lesions were confirmed by the blinded pathological evaluation of endoscopic resection, polypectomy or biopsy specimens. Finally NICE classification with FICE and histopathological results were compared.

Results: All of the detected 131 polyps were endoscopically removed. The average size of the polyps were 4,1+4,2 mm. According to the histopathological results, two early adenocarcinomas, 81 adenomas (77 with mild and 4 with severe dysplasia), 44 hyperplastic polyps and 4 mixed (hyperplastic polyp with adenomatous parts) were detected. According to the in vivo endoscopic assessment with FICE 47 polyps were categorized as NICE I, 82 as NICE II and the remaining two as NICE III. There was an excellent correlation between histopathological results and NICE classification with FICE technology ($r=0,91$, $P<0,05$).

Conclusions: FICE in combination with magnifying endoscopy is a promising tool for the differentiation of neoplastic from non-neoplastic colorectal polyps. High confidence predictions for adenomas with NICE classification provide precise diagnostic potential for real-time endoscopic diagnosis of neoplastic polyps.

61

ENDOSCOPIC PAPILLECTOMY – OUR EXPERIENCES

Gyökerez T.¹, Lőrinczy K.¹, Biró B.¹, Schäfer E.¹, Rábai K.¹, Zsigmond E.¹, Jäckel M.², Banai J.¹, Dept. of Gastroenterology,¹Dept. of Pathology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest²

Introduction: More benign papilla tumors have been found with increasing number of upper gastrointestinal endoscopies. Adenoma is the most frequent benign tumour of the papilla with a probability to develop into cancer similarly to the colon adenomas (adenoma-carcinoma sequence). In non-invasive cases endoscopic papillectomy is the choice of the treatment. Our aim was to study our patients with benign papilla tumor in the last 5 years, retrospectively. Patients & methods: We searched for patients with benign papillary tumors from our web-based ambulatory registry using phrase „endoscopic papillectomy” between 2010-2015. Results: We performed endoscopic papillectomy in 20 patients (10 male/10 female), with mean age of 67.7±9.4 years. Five patients (25%) were on anticoagulant and/or antiaggregation treatment, in 2 pts we performed papillectomy under LMWH treatment. Fifteen (75%) pts had biliary dilation at admission, while in only 1 patient had dilated pancreatic duct, at the same time with ongoing pancreatitis. We have performed 2.1±1.4 intervention on average, with a 6-day (3-10) median hospital stay. The snare resection was performed in one piece or in piece-meal fashion depending on the size of the adenoma. We inserted biliary plastic stent in 9 pts (45%) and prophylactic pancreatic stent in 5 cases (25%). In sum, 5 complications (25%) have occurred, 4 bleeding (20%) (3 required only endoscopic treatment, 1 required blood transfusions) and 1 severe pancreatitis (5%). We had no perforation and mortality. Histology specimen were obtained from majority of cases with most frequent diagnosis of adenoma (83%). Dysplasia was mild in 80%, severe in 20 %. The resection margin and completeness of the resection was evaluated by follow up and endoscopic picture. Conclusion: Endoscopic papillectomy is a safe and effective intervention in our practice. Current guidelines suggest to insert prophylactic pancreatic stent after the procedure.

62

THE ROLE OF ESOPHAGEAL FUNCTION TESTING IN PATIENTS WITH LARYNGOPHARYNGEAL SYMPTOMS

Gyorgyev K.¹, Rudas A.¹, Wagner I.¹, Altörjay Á.², Izbéki F.¹, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, 1st Department of Medicine¹, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Department of Surgery, Székesfehérvár²

Patients with laryngopharyngeal symptoms (LS) are frequently referred to gastroenterologists to investigate extraesophageal manifestation of Gastroesophageal Reflux Disease. The aim of our present study was to review the patients with persistent LS referred to our laboratory for complex esophageal evaluation with respect to GORD.

Patients and methods: Forty-six patients (14 males) with LS who have previously undergone laryngological examination and received empiric proton pump inhibitor (PPI) therapy were evaluated retrospectively. The patients were referred for oesophageal function testing for unsatisfactory PPI therapy. None of them was current smokers. The presence of LS and GORD symptoms were evaluated in the history.

Upper gastrointestinal endoscopy, esophageal manometry and combined multichannel intraluminal impedance and pH- metry (MII-pH-metry) were performed in all of them. All patients were studied off-PPI.

Results: Thirty-one patients (67.4%) also had typical reflux symptoms. The most frequent LS were globus sensation (20/46; 43.5%), hoarseness (13/46; 28.3%), throat pain (9/46; 19.6%), chronic cough (5/46; 10.1%). All but 5 patients reported more than one LS. In 5 (10.1%) patients hoarseness was the only LS. Eight out of 46 patients (17.4%) proved negative in each test, and in 5 of them hoarseness was the only symptom. At endoscopy erosive reflux disease was diagnosed in 3 out of 46 patients and 15 of them (32.6%) had hiatal hernia. Three out of 46 (6.5%) patients presented with esophageal dysmotility at manometry. Above normal DeMeester score was found in half of the patients and the percentage of proximal reflux was abnormal in 19/46 patients. There was no significant difference in the LS pattern and in the proximal reflux in the subgroups patients with and without hiatal hernia. All tests were negative in the 5 patients with hoarseness alone. Subgroup analysis did not reveal any further symptom association.

Conclusion: Patients with laryngo-pharyngeal symptoms resistant to PPI treatment remain difficult to manage, but detailed oesophageal function testing might reveal different mechanisms or reflux unrelated development of a symptom such as hoarseness in a significant number of our patients.

63

PANCREATIC CANCER. MULTICENTRE PROSPECTIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP.

Lakatos G.¹, Balázs A.², Kui Balázs.², Gódi Sz.³, Szűcs Á.⁴, Szentesi A.², Szentkereszty Zs.⁵, Szmla R.⁶, Kelemen D.⁷, Papp R.⁷, Vincze Á.³, Czimmer J.³, Izbéki F.⁸, Halász A.⁸, Leindler L.⁹, Farkas Gy. jr.⁹, Takács T.², Czákó L.², Szepes Z.², Hegyi P.^{2,10}, Kahán Zs.¹¹ on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹Department of Oncology, St. Istvan and St. Laszlo Hospital and Out-Patient Department, Budapest, ²First Department of Medicine, University of Szeged, ³First Department of Internal Medicine, University of Pécs, ⁴First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, ⁵Institute of Surgery, Clinical Center, University of Debrecen, ⁶Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, ⁷Department of Surgery, University of Pécs, ⁸First Department of Medicine, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, ⁹Department of Surgery, University of Szeged, ¹⁰Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, ¹¹Department of Oncotherapy, University of Szeged

Introduction: Pancreatic cancer is a devastating disease with poor prognosis. There is very limited information available about the epidemiology and treatment strategies of pancreatic cancer in Central Europe.

Aims and methods: The purpose of the study was to prospectively collect and analyse data regarding pancreatic cancer in the Hungarian population. Patients were enrolled from 14 Hungarian centres, data collection was performed through the National Pancreas Registry (OPR).

Results: Data from 354 patients were registered in the database. Chronic pancreatitis was present in 3.7% of the cases, while 33.7% of the patients had diabetes. Family history for pancreatic cancer was positive in 4.8%. The most frequent presenting symptoms included pain (63.8%), weight loss (63%) and jaundice (52.5%). The reported frequency of tobacco use and alcohol consumption was lower than expected (28.5% and 27.4%). The majority of patients (75.6%) had advanced disease. Most patients (83.6%) had a primary tumor located in the pancreatic head. The histological diagnosis was ductal adenocarcinoma in 91.5% of the cases, neuroendocrine carcinoma was present in 5.3%. Biliary stent implantation was performed in 166 patients, 59.2% of them received a metallic stent. Primary tumor resection was performed in 64 patients. Enteral or biliary bypass was done in 35 and 49 patients. Median overall survival time was 8.7 month. Patients with a resected primary tumor, and those who received chemotherapy had a better prognosis.

Conclusion: We report the first data from a large cohort of Hungarian pancreatic cancer patients. Future plans include prospective clinical trials and extension of the database to other Central and Eastern European countries.

64

RECTALIS ENDOSONOGRAPHIA SZEREPE A VÉGBÉL PREMALIGNUS ÉS MALIGNUS TÉRFOGLALÓ FOLYAMATAINAK KEZELÉSÉBEN

Hamvas J.¹, Takács R.¹, Zaránd A.², Gasztroenterológia Bajcsy-Zsilinszky Kórház Budapest¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika²

Bevezetés: A rectumban fellelhető premalignus és malinus elváltozások többségének eltávolítására megfelelő módszer a video fiberoendoscopos technika, de rendelkezésre áll a transanális endoscopos microsebészeti (TEM/TEO) módszer is. Határt szabhat az endoscopos eltávolításban a méret és forma egyes esetekben, de az eltávolítás módjának megítélésében legfontosabb tényező az elváltozás mélyégi terjedésének meghatározása. A rectalis endoscopos ultrahang alkalmazásával magas szenzitivitással és specificitással válik lehetővé a rectalis elváltozások pontos behatárolása, és a sebészeti beavatkozás indikációja.

Betegek és módszer: A Bajcsy-Zsilinszky Kórház (BZSK) endoscopia és a Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika közötti kollaborációjának kiterjesztéseként a rectalis térfoglaló folyamatok kezdeti eredményeit ismertetjük, amely során egy éves periódus alatt vizsgált beteganyagról számolunk be. A BZSK endoscopyán végzett összes rectalis endosonographián átesett 48 beteg közül 18 műtetre került beteget vizsgáltunk az együttműködés során, a TEM előtti staging céljából. Az indikációt a mucosát meghaladó elváltozások jelentették, uT-2,3 (T2) stádiumig. A beavatkozást követően betegeink esetében 3 hónap elteltével a rectalis endosonografiát megismételtük, vagy előjegyeztük. Munkánk fontos eleme az endosonografiás és műteti morfológia összehasonlítása, és a pre és postoperatív histopathológiai eredmények elemzése.

Összefoglalás: A rectalis endoscopos ultrahang vizsgálat fontos eleme a TEM műtétek preoperatív kivizsgálásának. A sebészeti és gastroenterológiai együttműködés célzott terápiaválasztást tesz lehetővé.

65

VITAL IMPORTANCE OF THE DISSEMINATION OF IAP/APA GUIDELINES: DRAMATIC RESULTS DURING THE VALIDATION STUDY ON A NATIONWIDE COHORT

Pármiczky A.¹, Hritz I.^{2,13}, Balázs A.², Gödi Sz.³, Halász A.⁴, Kui B.², Mosztbacher D.⁵, Szűcs Á.⁶, Sümegi J.⁷, Bod B.⁸, Novák J.⁹, Crai S.⁹, Hamvas J.¹⁰, Kiss T.¹⁰, Varga M.¹¹, Csefkó K.¹¹, Sarlós P.³, Bajor J.³, Szabó I.³, Izbéki F.⁴, Gervain J.⁴, Takács T.², Czákó L.², Szepes Z.², Bor R.², Szidor V.², Hegyi P.^{2,12} on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group, ¹Heim Pál Children's Hospital, Budapest, ²First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, ³First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs, ⁴First Department of Medicine, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, ⁵János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Szekszárd, ⁶First Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, ⁷B-A-Z County Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc, ⁸Dr. Bugyi István Hospital, Szentcsanak, ⁹Pándy Kálmán County Hospital, Gyula, ¹⁰Bajcsy-Zsilinszky Hospital, Budapest, ¹¹Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, ¹²Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group, ¹³Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét

Background: The IAP/APA evidence-based (EBM) guidelines for the management of acute pancreatitis (AP) have been published in 2013. Unfortunately in many countries, especially in Eastern and Central Europe, it has not been translated to national languages and no EBM guidelines are available so far. The Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) has established a national registry in 2011 for prospective data collection of patients suffering from different pancreatic disorders, including AP. Aim: Our aim was to summarize the Hungarian cohort and importantly, assess and validate the usefulness of the IAP/APA guidelines.

Patients & methods: 580 patients with AP have been enrolled from 23 centers.

Results: The diagnosis of AP was made according to the 2/3 rule. 322 males and 258 females with mean age of 58.4±16.5 were enrolled. The most common cause of AP was biliary disease (44%) followed by regular alcohol consumption or dietary mistake (26%). 61.9% of the patients had mild, 29.6% moderate, whereas 8.5% severe pancreatitis. Concerning the intravenous fluid therapy, only 41% of the patients received 2500-4000 ml of fluids during the first 24 hours. The mortality was only 0.51% in this group, however, it was increased by 4 times

among those patients who received either more or less fluid. In terms of the enteral feeding, 31% of patients with severe pancreatitis did not receive it. The mortality rate in this group was unacceptably high (42.9%) compared to those patients who received the right treatment (19.3%).

Conclusion: Proper utilization of the IAP/APA EBM guidelines could save thousands of lives. It is vitally important to make the guidelines available in all languages of the countries.

66

NUTRITIONAL SUPPORT IN CANCER ANOREXIA-CACHEXIA SYNDROME: THE REALITY IN LIGHT OF THE FACTS

Harisi R.¹, Department of Oncology, Péterfy Sándor Hospital, Budapest¹

Cachexia develops in approximately 50% of cancer patients during their disease progression. In the International Consensus of Amsterdam cancer cachexia defined as a multifactorial syndrome characterized by ongoing loss of skeletal muscle mass that cannot be fully reversed by conventional nutritional support and leads to progressive functional impairment. The consensus identified three stages of cachexia: precachexia, cachexia, and refractory cachexia. Severity is classified based on degree of depletion of energy stores, body protein mass and rate of ongoing weight loss. Cancer anorexia-cachexia syndrome (CACS) has negative impact on physical function, anticancer treatment response, quality of life and survival.

The interactions between tumor and host are responsible not only for tumor progression, but also for chronic inflammation. The CACS associated changes in carbohydrate, protein and lipid metabolism are caused by the elevated level of inflammatory cytokines. In consistency with the multi-factorial pathogenesis of CACS, it is widely recognized that a multimodal treatment approach is necessary. Currently there is no guideline on clinical management of CACS. Although more and more drug targets are proposed based on research in animal models, only few pharmacological treatments have been translated into clinical practice.

In this work we summarize the current nutritional and pharmacological approaches to treat CACS, and the results of clinical trials. However, it is undeniable that, there is a paradigm shift in CACS treatment. The traditional nutritional support is replaced by combination of pharmaceutical interventions, nutritional support and use of dietary supplements.

67

A GASTRO-ENTERO-PANCREATICUS NEOENDOKRIN DAGANATOK DIAGNÓZISA KÉT ESET TÜKRÉBEN

Herr G.¹, Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Fischer T.¹, Nagy G.², Szekeres I.³, Gasztornyai B.¹, Belgyógyászati Osztály Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg¹, Radiológiai Osztály Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg², Patológiai Osztály Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg³

Bevezetés: A gastro-entero-pancreaticus neuroendokrin daganatok (GEP-NETs) viszonylag ritkák, azonban előfordulásuk fokozatos növekedést mutat. Osztályozási rendszerük G1 (Ki-67 index ≤2%), G2 (Ki-67 index 3-20%) neuroendokrin tumorokat és G3 (Ki-67 index >20%) neuroendokrin carcinomát különböztet meg.

Céltűzés-betegek: A szerzők osztályukon az elmúlt fél évben észlelt két beteg diagnosztikus lépéseit elemezve, az irodalmi adatok tükrében kívánják bemutatni a GEP-NETs kivizsgálási nehézségeit, buktatóit.

Módszerek: A szerzők 74 éves férfi betegük endoszkóposan eltávolítható, polipoid, jól differenciált gyomor neuroendokrin tumorát észlelve (Ki-67 index 10%) staging vizsgálatokat végeztek, miközben fizikális és laborvizsgálattal prostata tumort is igazoltak. A beteg elevált serum chromogranin szintje és a mellkasi computertomográfián látott bizonytalan szoliter góc a terápiás döntésben bizonytalanságot okozott. A 32 éves nőbeteg pozitív családi anamnézis nélkül, néhány hetes panasszal észlelték, ileust okozó, tapintható stenotizáló rectum tumor miatt szorult sürgős műtetre. A gyors kivizsgálás távoli áttéteket igazolt. A kórszövettani diagnózis rectum neuroendokrin carcinomának bizonyult, magas grade mellett (Ki-67 index 80%).

Eredmények: A férfi betegnél a klinikai követés mellett döntve, a prostata tumor TAB kezelését folytatva a mellkasi áttét kizárható volt, a beteg jelenleg is csak megfigyelést igényel. A fiatal nőbeteg két hónapon belül elvesztették, aktív onkoterápiára nem volt lehetőség.

Következtetések: A ritka GEP-NET daganatok időben - a betegnek túlélési esélyt adva - történő felismerése számos buktatóba ütközik, mert egyaránt lehet hasonló minden más tumorhoz, és számos egyéb, nem daganatos betegséghez. A képzőkötetők fejlődése, a fontos tumor

marker (chromogranin A), illetve a patológiai prognosztikai faktorok napi rutinban való elérhetősége mellett a társszakmák együttműködése, az ismeretek folyamatos bővítése a nehéz diagnózist megkönnyítheti.

68

HOGYAN KERÜL A HISZTAMIN AZ ASZTALRA?

Hidvégi E.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Budapest¹

A hisztamin a biogén aminok közé tartozik. Az allergiás tünetek kiváltásában igen jelentős szerepe van: közvetítése révén jön létre a bőrben az urtika, a légutakban a bronchospasmus és az orrfolyás. A gyomor-bél rendszerben a savtermelést befolyásolja. Lebontásában a diaminoxidáz (DAO) és a hisztamin-N-metiltranszferáz enzim vesz részt. A bél DAO enzim hiánya esetén hisztamin intolerancia tünetei léphetnek fel. A táplálék allergiák és intoleranciák sokszor nehezen elkülöníthetőek. A diagnosztikájuk az anamnézissel kezdődik. Amikor egy étel elfogyasztása kapcsán allergiás jellegű tünete jelentkezik valakinek, elsősorban IgE mediált mechanizmusra gondolunk és ritkábban jut eszünkbe a hisztamin intolerancia. Ez utóbbiak gyakorisága a populációban 1-3% körül van, elsősorban középkorú nőknél fordul elő. Alkohol, füstölt árúk, érlelt sajtok, savanyú káposzta, déligyümölcsök váltják ki, de dió, csokoládé, halak és étel színezékekanyagok fogyasztása is hasonló tünetekkel járhat: fejfájás, kipirulás, urtikák megjelenése, hányás, orrfolyás, fáradtság jellemzi. Ezek a táplálékok a hisztamin felszabadulást provokálják a hízósejtekből, illetve a DAO enzimet gátolják. A DAO enzim szintjét vérből meg lehet határozni. Amennyiben a DAO enzim szintje a vérben alacsony, mindenképpen javasolt a speciális diéta, illetve súlyosabb esetekben az enzim pótlása.

69

A MCKITTRICK-WHEELOCK SYNDROMA: ESETBEMUTATÁS

Horvát G.¹, Makaj G.¹, Bugát Pál Kórház, Gyöngyös, Gasztroenterológia¹

Egy 68 éves nőbeteg esetét mutatjuk be, aki fulminans hasmenése miatt került felvételre. A laboratóriumi eredményeiből kiemelendő a veseelégtelenség és az extrém hypokalaemia (1,5 mmol/l), amelyet meglepően jól tolerált, ritmuszavara nem volt, ami arra utalt, hogy a kialakulása fokozatos volt és régebben fennállt. Fizikális vizsgálattal metastaticus tapintatú hepatomegáliát találtunk, melyet a képkötő vizsgálatok igazoltak is. Nagy dózisú kálium pótlás (per os, iv.) ellenére a kálium szint nem emelkedett, maradt 1,5 mmol/liter, de a veseelégtelensége megszűnt a folyadékpótlásra. A colonoscopia során a rectumban 15 és 28 cm között a teljes kerületet befedő villosus adenomát találtunk. A 10 cm-nél nagyobb villosus adenomák 100%-ban malignusan átalakulnak, így a betegünk esetében is ez történt és metastatiszt képzett a májban. Kizártuk a renalis kálium vesztesést és a hasmenés infektológiai eredetét. Hasmenését tünetileg csökkenteni lehetett, de a hypokalaemia csak akkor szűnt meg 24 óra alatt, amikor per os és kúp formájában az erős prostaglandin antagonist tulajdonságokkal rendelkező Indometacinum adását kezdtük. A májmetastasis miatt nem lehetett a beteget operálni és 2 hét után májelégtelenség tünetei között elhunyt.

A McKittrick-Wheelock syndrome 1954-ben került leírásra. A kálium veszteséget leginkább a villosus adenomákban nagy mennyiségben jelenlevő Prostaglandin E2-t teszik felelőssé, mely secretoros hasmenést provokál, jelentős kálium és egyéb ionvesztéssel, hypovolaemiával, következményes renalis elégtelenséggel. Esetünkben is ez lehetett a háttérben, mert az erős prostaglandin szint csökkentő NSAID a hypokalaemiát és hasmenést szinte azonnal csökkentette. Esetünket ritkasága miatt tartjuk érdemesnek a bemutatásra

70

PROBIOTIKUS JOGHURT HUMÁN ÉLETTANI HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA

Horváth Z.¹, Kudron E.¹, Csajbók R.¹, Tátrai-Németh K.¹, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Semmelweis Egyetem ETK, Budapest¹

Bevezetés: A bél mikrobáinak tanulmányozása az utóbbi években az orvosi kutatások középpontjába került. Az eddigi eredmények szerint a bél mikrobióta a gasztrointesztinális rendszer integritásának megőrzésén kívül lényeges befolyással bír a szervezet működésére, a diszbiózis pedig számos kórfolyamat kialakulását segíti. A jótékony hatású *Lactobacillus acidophilus* és *Bifidobacterium bifidum* törzsek

étrendbe illesztésének hatékony formái lehetnek a probiotikus joghurtok.

Célkitűzés: TÁMOP-4.2.2.A-11/1/KONV-2012-0039 projekt keretében, új savó alapú probiotikus joghurt gyártmányfejlesztésének részeként került sor a termék humán élettani hatásának vizsgálatára.

Módszer: A randomizált, placebo kontrollált, kettős vak, keresztetett kontrollos vizsgálat 60 fő önként jelentkező, egészséges (18-34 év közötti életkorú) felnőtt bevonásával történt. A 12 héten át tartó vizsgálat során detektáltuk a napi 180 ml probiotikus joghurt hatására bekövetkezett laboratóriumi (szérum, széklet paraméterek) változásokat, vizsgáltuk alanyaink gasztrointesztinális komfortérzetét (GSRS) valamint a széklet konzisztencia változását (Bristol skála), továbbá nyomon követtük a testösszetételben bekövetkezett változásokat (InBody170), valamint elemeztük az önkéntesek étrendjét (3-napos étrendi napló).

Eredmények: A GSRS alapján a panaszok erősségére vonatkozóan szignifikáns ($p < 0,05$) változás csupán a probiotikus terméket fogyasztó csoportban következett be, közöttük az emésztési (2,13 vs 1,62) és a székrekedéses panaszok (2,31 vs 1,87) tekintetében találtunk javulást. A probiotikus termék 6 héten át tartó fogyasztását követően a szérum LDL-koleszterin szignifikáns (2,44 mmol/l vs 2,27 mmol/l) csökkenését is megfigyeltük. A székletből kimutatható probiotikus törzsek csíraszama a 6. hét végére mindkét csoportban jelentősen megszorodott, de a különbség a két csoport között nem bizonyult szignifikánsnak. A projekt ideje alatt az önkéntesek táplálkozásában nem volt megfigyelhető a vizsgált paramétereket befolyásoló változtatás.

Következtetések: A gasztrointesztinális komfortérzetben, a széklet konzisztenciájában bekövetkezett változások kismértékűnek és főleg pozitív irányúnak mutatkoztak, a probiotikus joghurt fogyasztása nem idézett elő gyomor- és bélrendszeri panaszokat. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a kísérleti termék jól tolerálható módon képes biztosítani az egészséget pozitívan befolyásoló probiotikus törzseket.

71

PEG IMPLANTATIO

Horváth K.¹, Kacska S.², Altörjay I.³, DEOKK 4032 Debrecen Nagyerdei Krt.98¹

PEG implantatio Klinikánk gyakorlata szerint Percutan endoscopic gastrostomia kialakítására olyan esetekben van szükség, amelyek során a tartós táplálás biztosítása kiemelt fontosságú, per os nem biztosítható tartósan, illetve a későbbiek során a per os táplálás elvesztése várható. Ezen betegek jelentős részes neurológiai (pl. post stroke állapotok), fül-orr-gégészeti (fej-nyak tumorok) és belgyógyászati alapterbetegségek miatt esik át PEG beültetésen. Klinikánkon évente közel 150 PEG beültetés történik meg, későbbiekben kielégítő per os táplálhatóság esetén a PEG szonda eltávolítása is elvégezhető.

Előadásunk során a endoscopic percutan gastrostoma kialakításának módszerét, annak indikációit a szakmai ajánlások tükrében, illetve rövid és hosszú távú gondozását mutatjuk be, gazdag képanyagunk segítségével szemléltetve.

72

HISTOLOGICAL CHARACTERIZATION OF TRADITIONAL SERRATED ADENOMAS COMPARED TO CONVENTIONAL ADENOMAS

Horváth R.¹, Sumánszki C.¹, Micsik T.¹, Vass L.², Horváth I.², Román E.², Tulassay Z.³, Patai V. Á.³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary.¹, MD Ltd., Flór Ferenc Hospital of Pest County, Kistarcsa, Hungary.², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.³

Background: Among the recently described and more rapidly progressing colorectal serrated lesions traditional serrated adenoma (TSA) is the rarest subtype. The morphologic distinction between TSA and conventional adenoma, especially villous/tubulovillous adenoma (VA/TVA), may be difficult, because there is a significant histological overlap between these lesions. According to the literature, there are three characteristic features usually present in TSAs: ectopic crypt foci (ECF), luminal serration and typical cytology with columnar epithelial cells with eosinophilic cytoplasm and elongated, centrally placed nuclei. Currently, TSA diagnosis needs at least two of the three features above with at least one present in 50% of the polyp.

Aims: The aim of our study was to evaluate the presence of these morphological features in TSAs and TVAs, and define which features are most helpful in distinguishing TSA from TVA.

Results: A total of 115 polyps diagnosed as TSA or TVA were reviewed and 11 polyps were selected and classified as TSA on the basis of the current diagnostic criteria. As a control group, we studied 104 TVAs and determined the same features. Both ECF and typical cytology were seen in 10 of the 11 TSAs (91%), luminal serration was present in 73%. To the extent of more than 50 % of the polyp, typical cytology was noted in 7 cases (64%), ECF and luminal serration was seen in 3 TSAs (27%). Of the 104 TVAs, typical cytology was present in 35 cases (34%), ECF was found in 9% and luminal serration was noted in 20%. Typical cytological features were seen only in 3 TVAs (3%) to the extent of more than 50% of the adenoma. Luminal serration in more than half of the specimen was seen only in one TVA. The presence of all three morphological features simultaneously was observed in 6 of the 11 TSAs (55%), and only in 3 of the 104 TVAs (3%). Two TVAs showed typical TSA-like patterns to a considerable degree.

Conclusions: In conclusion, ECF proved to be the most helpful morphological feature regarding the diagnosis of TSA, although it is not specific to TSA and is not seen in every case of TSA. Luminal serration and TSA-like cytology are frequently present in TVAs, but they are only visible in extreme cases in more than 50% of the adenoma. Some polyps show a mixed morphology, with TSA-like and conventional adenoma-like areas. These cases may be regarded as „mixed polyps”.

This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

73

EARLY ACHIEVABLE SEVERITY (EASY) INDEX FOR SIMPLE AND ACCURATE EXPEDITE RISK STRATIFICATION IN ACUTE PANCREATITIS

Hritz I.¹, Hegyi P.², Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged²

Background: Acute pancreatitis (AP) is one of the most common diseases of the gastrointestinal tract associated with significant morbidity and mortality. The assessment of severity is crucial in the management of the disease. Current methods of risk stratification in AP have a limited value, as they provide little additional information thus may delay appropriate patient care. Early recognition of severe disease may prevent serious adverse events and improve patient management as well as overall clinical outcome.

Methods/Design: The EASY trial is an observational, multicenter, prospective cohort study for establishing a simple, easy and accurate clinical scoring system for early prognostication of AP. Evaluation of simple attainable potential prognostic parameters obtained at admission (or not later than 6-12 hours afterwards) from patients diagnosed with AP will be performed to assess their potential correlation with the disease severity. The selected parameters that show the strongest correlation with severe disease course will be further utilized as potential early severity prognostic markers for prospective new patient stratification. Comparison of patients' clinical course with the obtained results of early risk stratification may validate the utilized parameters as prognostic markers. The trial has been (i) discussed and (ii) accepted in a distinguished international scientific meeting, (ii) received the relevant ethical approval (TÜKEB: 30595- 1/2014/EKU), (ii) registered at the ISRCTN registry which is a primary clinical trial registry recognized by WHO (Trial registration number: ISRCTN10525246).

Discussion: The EASY trial is designed to develop a simple and accurate clinical scoring system that can stratify patients with AP during the first 6-12 hours of hospitalization according to their risk for severe disease course.

74

THE DIAGNOSTIC YIELD OF ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN PATIENTS WITH SUSPECTED CHOLEDOCHOLITHIASIS

Hritz I.¹, Basha J.², Kalapala R.², Ramchandani M.², Gupta R.², Reddy D. N.², Lakhtakia S.², Bács-Kiskun County University Teaching Hospital, Kecskemét, Hungary¹, Asian Institute of Gastroenterology, Hyderabad, India²

Background: Cholelithiasis is the most common cause of biliary obstruction, which occurs in 10-20% of patients with cholelithiasis. Management of suspected cholelithiasis requires confirmation of stones in the common bile duct (CBD). The diagnosis is based on clinical signs and symptoms, laboratory- and imaging examination findings. Likelihood of CBD stones can be prognosticated by the

presence of various clinical predictors, however the sensitivity and specificity of these factors is moderate. Endoscopic ultrasonography (EUS) has been shown to be a non-invasive precise test for the detection of CBD stones.

Aim: To assess the diagnostic yield of EUS in patients with suspected cholelithiasis in a high-volume center during the period of one-month. **Methods:** Prospective study of patients with cholelithiasis and clinical symptoms or abnormal liver function tests who underwent transabdominal ultrasonography (USG) that could not detect CBD stones (except in one case) were categorized and divided into an intermediate- and high likelihood groups according to the clinical predictors (i.e. serum bilirubin, age, CBD diameter) defined by the American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) guidelines and referred for radial EUS.

Results: Total of 26 patients, 14 females and 12 males (average age of 40.8±17.3 and 51.1±14.9, respectively) were assessed. CBD stones were detected by EUS overall in 17 (65.4%) patients: 61.5% of patients (8/13) in the intermediate likelihood- and 69.2% of patients (9/13) in the high likelihood group. The size and the number of detected CBD stones in all patients were confirmed by the followed therapeutic endoscopic retrograde cholangio-pancreatography (ERCP) except in one case where a preampullary calcific stenosis was described as a calculus during the EUS.

Conclusion: EUS is a highly sensitive and accurate diagnostic tool for the detection and evaluation of CBD stones also in patients with previous negative USG findings. Further study is needed to assess the potential correlation of clinical data with EUS findings in the detection of suspected cholelithiasis.

75

ULTRAHANG VEZÉRELT ABLÁCIÓS TECHNIKÁK A MÁJ TÉRFOGLALÓ FOLYAMATAIBAN. AZ RFA HELYE ÉS SZEREPÉNEK VÁLTOZÁSA AZ UTÓBBI 10 ÉV ALATT. REGÖLY-MÉREI SÁNDOR EMLÉKELODÁS

Huszár S.¹, Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház¹

Regöly-Mérei Sándor emlékelőadás

2003-ban, az Orvosi Hetilapban Regöly-Mérei János professzor összefoglaló elemző értekezése állást foglalt, a minimál invazivitás prioritásával, a személyre szabott kombinált terápiák alkalmazása mellett, a gócos májbetegségek diagnosztikájában és terápiájában. Az előadás bemutatja az UH vezérelt ablatív technikák fajtáit, szerepét, helyét a máj primer, és szekunder térfoglalásainak ellátásában. 2005-ben végzett gócos máj elváltozások UH vezérelt RFA (radiofrekvenciás abláció) technikával, kis szérával nyert hazai eredményeinket összevetve a korszakos nemzetközi eredményekkel, bemutatja a metodika indikációs kritériumait. Elemzi az elmúlt dekádöt követő friss eredményeket a technika alkalmazásával mind a primer, mind a szekunder májdaganatok terápiájában. Napjainkban a primer léziók esetén a távol-keleti, endémiás területekről publikált beszámolók, valamint a szekunder elváltozások terén, globális interpretációk igazolják a metodika helyét és jogosultságát a terápiás rezsimekben. Bár az eltelt évek alatt a technika innováció fiskális hozzájárulása lényegesen javult, a hazai finanszírozási viszonyok nem támogatták a metodika itthoni elterjedését.

76

PROTON PUMP INHIBITORS MIGHT BE ASSOCIATED TO AN INCREASED RISK OF CHOLANGITIS IN BILIARY-STENTED PATIENTS

Igaz I.¹, Sahin P.¹, Tóth L.¹, Theisz J.¹, Forró G.¹, Topa L.¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Gasztroenterológia Profil, Budapest¹

Background: Endoscopic biliary endoprosthesis insertion is the most common palliative treatment of biliary obstruction caused by benign strictures or malignant hepatobiliary tumors. The occlusion of the stents resulting in jaundice with or without cholangitis requires the regular removal and replacement of these stents. The occlusion results mainly from the biliary sludge occlusion and bacterial biofilm growth in the stent's lumen. Some data show that the widely used proton pump inhibitors change the spectrum and number of biliary pathogens in patients with acute cholangitis.

Aim: Our goal was to investigate the relationship between acute cholangitis and the use of proton pump inhibitors in patients who underwent plastic biliary stenting because of malignant or benign strictures.

Methods: In this retrospective study, we searched the endoscopic database of our Institute for patients suffering from biliary stent occlusion in the period of 01.01.2008. to 31.12.2014. Patients with both

benign and malignant strictures have been included and data on proton pump inhibitor intake, acute cholangitis were collected. The time period between the former plastic stent insertion and the actual endoscopic investigation was also investigated.

Results: In the investigated timeframe of 7 years, a total number of 220 patients were treated in our Endoscopic Unit suffering from biliary stent occlusion and jaundice. 65 from these patients suffered from acute cholangitis as well. We found a significantly higher incidence of cholangitis in patients taking proton pump inhibitors ($p < 0,0001$) and a significantly increased incidence of cholangitis ($p < 0,0001$) was shown in patients suffering from malignant strictures, as well.

Conclusion The use of proton pump inhibitors seems to increase the risk of cholangitis in biliary stented patients. The reduced acid production may contribute the bacterial overgrowth in the stent's lumen and in the small bowel as well. In patients with malignant strictures the compromised activity of the immune system may be related to the major incidence of cholangitis.

77

PANCREATIC EXOCRINE FUNCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Illés D.¹, Zsóri G.¹, Terzin V.¹, Holzinger G.¹, Kosár K.¹, Czako L.¹, Szegedi Tudományegyetem I. számú Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

Introduction: An exocrine pancreatic insufficiency has been demonstrated to be present in about 50% of type 1 and 30- 50% of type 2 diabetes mellitus (T2DM) cases. However, the significance of an exocrine pancreatic dysfunction in DM has recently been questioned.

Aims: The aim of our study was to assess the prevalence of exocrine pancreatic dysfunction in T2DM.

Methods: Consecutive patients with type 2 DM treated in our clinic were prospectively recruited into the study. Exocrine pancreatic insufficiency was diagnosed by fecal elastase-1 (FE1) determination. All patients underwent abdominal ultrasound and pancreatic diabetes cases were excluded.

Results: One hundred eighty four patients (91 male, 93 female, mean age 61,74±17 years) were recruited in the study. FE1 was abnormal in 37 patients, 12 patients had non-insulin treated T2DM and 25 patients insulin-treated T2DM. The severity of exocrine insufficiency was mild in 29 and severe in 8 patients. The FE1 level was not correlated with HbA1c ($p=0,487$), the duration of DM ($p=0,88$), age ($p=0,907$), BMI ($p=0,157$), pancreatic steatosis ($p=0,528$) or the presence of microvascular complications of DM ($p=0,465$).

Conclusions: Exocrine pancreatic insufficiency is less frequent in type 2 DM, than in previous study, probably because pancreatic diabetes cases were excluded. Exocrine pancreatic insufficiency was not associated with the duration of DM, BMI, HbA1c level, pancreatic steatosis or the presence of microvascular complications of DM.

78

TARGETED EPITHELIAL BARRIER DISRUPTION REVEALS BEHAVIORAL MODIFICATIONS IN CA-MLCK TRANSGENIC ANIMALS

Inczefi O.¹, Lépinay A.³, Xia L.³, Layé S.³, Turner J.⁴, Róka R.¹, Rosztóczy A.¹, Wittmann T.¹, Darnaudery M.³, Theodorou V.², Ferrier L.², 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, INRA TOXALIM, Equipe Neuro-Gastroentérologie & Nutrition, Toulouse, France², INRA NUTRINEURO, Equipe Psychoneuroimmunologie et Nutrition, Bordeaux, France³, The University of Chicago Medicine, Chicago, USA⁴

Background: Elevated gut permeability is positively correlated with abdominal pain in patients with irritable bowel syndrome (IBS). Using transgenic mice that express constitutively-active myosin light chain kinase (CA-MLCK) specifically within the intestinal epithelium and have gut hyperpermeability, we previously demonstrated, that congenitally elevated gut permeability was linked to basal visceral hyposensitivity, likely due to enhanced activity of descending endogenous analgesic system and decreased colonic nNOS levels and hyperactivity of the endogenous opioid system. Conversely, the same visceral hypersensitive pattern was observed in WT and transgenic mice upon stress, evidencing a greater delta in the response to painful visceral stimuli in CA-MLCK mice. This hypersensitivity was correlated with increased nNOS expression and involved mast cells. These animals showed altered behavior during the experiments, therefore we aimed to characterize the emotion-behavior profile of these animals.

Methods: Emotional behavior was determined by using anxiety-like (light/dark box, elevated Plus maze, Y maze, female urine sniffing) tests.

Results: CA-MLCK female mice exhibited exaggerated anxiety-like behavior compared with WT. The same behavior profile was verified using urine sniffing test in the males. Male transgenic animals have significantly lower level of spatial recognition memory in the Y maze test, while female mice do not show significant difference.

Conclusions. Congenitally elevated gut permeability is linked to anxiety-prone phenotype in CA-MLCK mice. These series of experiments demonstrate the effect of elevated gut permeability on behavioral changes which coincidence is characteristic in IBS patients.

79

THE VALUE OF CA 19-9 AND ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY (EUS) IN THE DETECTION OF PANCREATIC DUCTAL ADENOCARCINOMA (PDAC)

Ivány E.¹, Zsóri G.¹, Illés D.¹, Szepes Z.¹, Wittmann T.¹, Czako L.¹, First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged¹

Introduction: EUS has been recommended when computer tomography (CT) is inconclusive for PDAC. CA19-9 has been suggested as a potential marker in the detection of PDAC. Aims: The aim of our study was to assess the utility of CA19-9 and EUS in PDAC detection after a negative abdominal CT in a selected population of pancreatic EUS referrals.

Methods: A retrospective study of patients who underwent radial EUS between 2012 and 2015 in our institution, with the aim to confirm the presence or absence of PDAC subsequent to no tumor detection by abdominal CT compared normal with elevated Ca 19-9 level.

Results: 46 patients (20 male, 26 female, mean age 63,54±18 years) were recruited in the study. 24 patient had abdominal pain, 3 fever, 9 weight lost and 18 patients were asymptomatic. EUS revealed 18 PDAC and 28 EUS were negative. The CA 19-9 level was normal in 8 and elevated in 10 patients with PDAC, and it was normal in 23 and elevated in 5 patients with negative EUS. Sensitivity, specificity and positive and negative predictive value of CA19-9 were 55,5%, 82,1%, 66,6% and 74,1%, respectively.

Conclusions: EUS is recommended to be performed, when PDAC is suspected, but CT is negative. Ca 19-9 is not a reliable diagnostic tool for PDAC.

80

KAPSZULA ENDOSZKÓPIÁS TAPASZTALATAINK 3 ÉV VIZSGÁLATI ANYAGÁBÓL A DEKK GASZTROENTEROLÓGIAI TANSZÉKÉN

Kacska S.¹, Vén P.¹, Altörjay I.¹, DEKK, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹

A vékonybél diagnosztikus vizsgálatára legalkalmasabb módszer a kapszula endoszkópia. A nemzetközi ajánlás által megfogalmazott széleskörű indikációkkal szemben Magyarországon vékonybél vérzés az egyetlen elfogadott indikáció. Jelen vizsgálatunk célja a 2011. október és 2014. október. közti időszakban a Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológiai Tanszékén történt vizsgálatok eredményeinek értékelése.

Ebben az időszakban 226-ból 218 értékelhető vizsgálat történt 212 betegen. Az átlagéletkor 57±17,56 év (14-90), 112 férfi és 100 nő. A vizsgálatokat PillCam SB2 és SB3 kapszulákkal végeztük, az eredmények kiértékeléséhez a RAPID Reader nevű programot használtuk. A program egyik funkciója, hogy a jelzőpontok megadása után megjelöli az általa vélt vérzésforrások helyét. Vizsgálatunkban célul tűztük ki többek között eme funkció használhatóságának vizsgálatát. Az eredményekből megállapítható, hogy 10,5%-ban fals negatív, 62,9%-ban fals pozitív, 11,5%-ban valós negatív, 15,1%-ban valós pozitív eredményt szolgáltatott.

A vizsgálatok 11,5%-ában sikerült objektív vérzésforrás megállapítása, további 33,9%-ban találtunk lehetséges vérzésforrást vagy vért a tápcsatornában, 47,2%-ban került valamilyen melléklet kiértékelésre és 41,1%-ban lett teljesen negatív az eredmény. A klinikán történt után követésből kiderül, hogy a vizsgálatok 7,7%-át követte műtéti megoldás. 12 esetben (5,5%) intestinális parazita került felfedezésre, melyek anaemizálódás okozói lehetnek. 15 alkalommal (6,8%) Crohn betegség került diagnosztizálásra, kizárólag vékonybél érintettséggel. Az eredményeket külföldi tanulmányokkal összehasonlítva megállapítható, hogy Kínában nagyobb arányban találtak fekélyt/eróziót (27,1%-11,9%), de kevesebb vaszkuláris eltérést (13,9%-22%), ugyanakkor egy svéd és egy új-zélandi felmérés rendkívül hasonló eredményt mutatott ki (20,6%-19,2%).

Összefoglalva az eredmények a nemzetközi irodalomban közöltékhez hasonlóak, a bélégység előfordulása vizsgálatainkkal magasabbnak bizonyult. Magas volt a tisztán vékonybél Crohn betegség

előfordulásának aránya is, amely felhívja a figyelmet az indikációs kör kiterjesztésének szükségességére.

81 VASTAGBÉL POLYPECTOMIÁK SZÖVŐDMÉNYEINEK MEGELŐZÉSE ÉS ELLÁTÁSUK

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

Megvizsgáltuk irodalmi áttekintéssel és saját polypectomiás anyagunk (2014) retrospektív elemzésével, hogy mire kell figyelni a polypectomiák szövődményeinek megelőzésénél, illetve, ha a szövődmény létrejön, azok endoszkópos ellátásának lehetőségeit.

Elemztük, hogy polypectomia előtt, illetve a beavatkozás során mire kell figyelni, hogy a szövődményeket megelőzzük. Irodalmi adatok alapján vérzés (0,6-2,7%) perforáció (0,01-0,2%) elektokoagulációs szindróma (0,1-0,4%), gázrobbanás (irodalmi ritkaság) mortalitás (0,007-0,03%) arányban fordul elő endoszkópos laborunkban tavaly 192 (fi:109, nő:83) polypectomiát végeztünk. Korai vérzés:27, késői vérzés: 1, kémiai vérzéscsillapítás: 12, haemoklip felhelyezés: 14, útrahurkolás: 1, electrocoagulációs szindróma: 1, gázrobbanás: 0, halálozás: 0 esetben fordult elő.

Vastagbél polypectomiák a leggyakoribb endoszkópos operatív beavatkozások, szövődményeinek ellátása nagy részben endoszkóposan megoldható.

82 IDENTIFICATION OF LONG NON-CODING RNAs (LNCRNA) WITH ALTERED EXPRESSION LEVELS IN COLORECTAL ADENOMA AND CARCINOMA

Kalmár A.¹, Nagy Z.¹, Galamb O.², Wichmann B.², Barták B.¹, Tóth K.¹, Kiss B.¹, Tulassay Z.², Molnár B.², 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences; 2nd Dept. of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: Among several functions long non coding RNAs (lncRNA) act as epigenetic regulators of cell proliferation. Identification of lncRNA expression profiles in colorectal adenoma and cancer (CRC) would be beneficial to expand our knowledge of CRC development. This study aimed to identify differentially expressed lncRNAs in colorectal adenoma and CRC.

Materials&methods: Total RNA was isolated from 94 colonic biopsy samples (27 CRCs, 29 adenomas, 38 healthy) with RNeasy Mini Kit (Qiagen). Expression levels of lncRNAs were analyzed with HGU133Plus2.0 microarrays (Affymetrix). Total RNA including miRNAs was isolated from 20 biopsy samples (7 CRCs, 6 adenomas, 7 healthy) with High Pure miRNA Isolation Kit (Roche) and expression levels of 40.914 non-protein coding transcripts were analyzed by using Human Transcriptome Array 2.0 (Affymetrix). Data analysis was performed with Expression Console and Transcriptome Analysis Console softwares (Affymetrix).

Results: According to HGU133Plus2.0 results 3 significantly upregulated lncRNAs were identified in adenomas and 4 in CRCs, 10 significantly downregulated lncRNAs were found in adenomas and 12 in CRC compared to the healthy controls ($p < 0,05$; $-1 \geq \log Fc \geq 1$). On the basis of the Human Transcriptome array results 76 upregulated lncRNAs were detected in adenomas and 97 in CRC, while 51 downregulated lncRNAs were found in adenomas and 45 in CRC compared to the healthy controls ($p < 0,05$; $-1 \geq \log Fc \geq 1$). 100% of the lncRNAs showing significant gene expression alteration on HGU133Plus2.0 arrays showed similar expression alteration tendency on Human Transcriptome arrays in the adenoma vs. normal and 88% in the CRC vs. normal comparisons. Interestingly, 44% of lncRNAs upregulated in CRC samples showed significantly elevated expression ($p < 0,05$) already in adenoma samples (e.g. upregulated CRNDE, lincFAM75A7-18 and downregulated linc-DCLK3-2, linc-AMN1 compared to healthy controls) containing lncRNAs already associated with CRC or other types of cancer.

Conclusion: The identified lncRNAs with significantly altered expression levels can play role in the regulation of transcription during colorectal adenoma-carcinoma sequence. Common up- or downregulated lncRNAs in adenoma and in CRC samples can be the basis of further investigations in order to enhance early detection of colorectal cancer development.

This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

83

STOP CRC – PREVENCIÓS LEHETŐSÉGEK NAPJAINKBAN

Kántor D.¹, Dürsán H.¹, Kárász T.¹, Kiss G.¹, Regőczy H.¹, Rácz L.¹, I. Belgyógyászat - Gasztroenterológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

Bevezetés: Korunk egyik „népbetegsége”, a colorectalis carcinoma (CRC) hazánkban a második leggyakrabban előforduló, mindkét nemet érintő rosszindulatú daganatos megbetegedés, halálozási ok. Évente egyre több új esetet vélnek felfedezni, gyakorisága emelkedő tendenciát mutat. A késői diagnózis miatt mortalitása magas, a CRC következtében meghalt betegek száma évente több mint 5000-re tehető. Kialakulását számos tényező – külső és belső környezeti hatások egyaránt – befolyásolja. Több vizsgálat és tanulmány igazolta azonban, hogy a CRC rákmegelőző állapotokon át jelenik meg, így az időben megkezdett, rendszeres szűrővizsgálatok elvégzése, rizikótényezők feltárása, és a megfelelő életvitel kialakítása által a daganat létrejötte megelőzhető. A prevenció stratégiák hatékonyságának növelése tehát kulcsfontosságú.

Módszerek és eredmények: Magyarországon 2013-ban több megyében, többek között Győr-Moson-Sopron Megyében is elindult a prevenció céllal végzett, ÁNTSZ által szervezett, az alappellátás – háziorvos – keretein belül zajló iFOBT szűrés. A szűrés a rejtett vérzés kimutatására szolgáló vizsgálmódszer, melynek pozitívítása korai rákmegelőző állapotra, esetleg daganatos elváltozásra is utalhat. Pozitív iFOBT tesztet az esetek többségében gasztroenterológus által végzett, úgynevezett „elővizit”, majd colonoscopus beavatkozás követ. A győri endoszkópos szakambulancián 2013. júniustól 2015. február 2-ig pozitív iFOBT tesztrel megjelent személyek száma 282, melyből 251 esetben került sor colonoscopus beavatkozás elvégzésére. A vizsgálatok során 185 betegnél találtak egy vagy több polypot. Az összes észlelt polypból 37 szövettanilag igazolt magas fokozatú, úgynevezett high grade dysplasia (HGD), 9 adenocarcinoma volt.

Összefoglalás: A vizsgálatok eredménye egyértelműen bizonyítja, hogy a CRC megelőzésében kiemelkedő szerepe van a magas rizikócsoportba tartozó populáció kiszűrésének, valamint az időben történő colonoscopus beavatkozások elvégzésének.

84

CELL DAMAGE INDUCED BY CHENODEOXYCHOLATE ON PANCREATIC DUCTAL EPITHELIAL CELLS CAN BE AMELIORATED BY URSODEOXYCHOLATE PRETREATMENT

Katona M.¹, Hegyi P.¹, Rakonczay, Jr. Z.¹, Kormányos E.¹, Balla Z.¹, Kúti B.¹, Maléth J.¹, Rázga Z.², Venglovecz V.³, First Department of Medicine¹, Department of Pathology², Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary³

Introduction: Our previous results showed that high concentration of chenodeoxycholate (CDC) strongly inhibits ion transporters via destruction of mitochondrial function in guinea pig pancreatic ductal epithelial cells (PDECs). Ursodeoxycholic acid (UDC) has been reported to protect mitochondria against hydrophobic bile acids and have antiapoptotic effect. The aim of this study was to investigate the effect of UDC on CDC-induced cell damage.

Methods: Isolated guinea pig intra-interlobular ducts were pretreated with UDC (0.1 mM and 0.5 mM) for 5h and 24h. Changes in intracellular Ca²⁺-concentration [Ca²⁺]_i, ATP level [ATP]_i, pH [pH]_i and mitochondrial permeability transition pore (MPTP) opening were measured by microfluorometry. Mitochondrial transmembrane potential (MTP) was studied by confocal microscopy. Expressions of bile acid transporters were analysed by reverse transcriptase PCR (RT-PCR). Morphological changes of mitochondria were investigated by transmission electron microscopy. 250 mg/kg UDC was administered orally for 2 weeks in rats then pancreatitis was induced with intraductal administration of 0.1% CDC.

Results: 24h 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. Animal experiments showed, that UDCA fed group had milder pancreatitis in CDC induced pancreatitis model.

Conclusion: Our results indicate that UDC administration protects the bile-induced mitochondrial injury which may represent a novel therapeutic option in pancreatitis. 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)

85

RARE CAUSES OF LIVER METASTASIS

Kiss I.¹, Szabó E.¹, Tiszlavicz L.², Kiss I.³, Ábrahám G.¹, First Department of Medicine University of Szeged¹, Department of Pathology University of Szeged², Department of Radiology University of Szeged³

Introduction: Neuroendocrine Tumors (NET) are rare tumors, but in the last few years their incidence has increased. By the time the tumor is localized within the small intestines, regional and distant metastasis has occurred.

Case Report: A 68 year old female patient with symptoms of diarrhea, vomiting and abdominal discomfort was sent to the infectology department where a stool sample was obtained. Based upon the results of the stool examination, Rotavirus infection was diagnosed. An outpatient abdominal ultrasound was completed which demonstrated multiple liver metastases. Gastroscopic and colonoscopic exams were performed for the purpose of finding a primary tumor focus. No pathology was found on these exams. Repeat imaging did not localize any other pathology besides the already known liver metastasis. Laboratory parameters found no abnormalities. CgA testing at this time was pending. Together with ultrasound guided biopsy, tissue sample, CgA and synaptophysin positivity, the presence of a NET was confirmed. CgA results were 202.2 ng/ml (normal values < 98 ng/ml). For accurate evaluation of the small intestines, magnetic resonance enterography was performed which demonstrated ileal wall thickening. Following these results, surgical intervention occurred where 470 mm from the Bauhin valve a 21x15x8 mm sized tumor was discovered. Tissue sample showed CgA 3+, Ki67:3+, serotonin: 1+. Octreotide therapy was initiated. Subsequently, imaging showed no progression of liver metastasis and control CgA values remained within normal values.

Conclusion: In regards to small intestinal neuroendocrine tumors, removing the primary tumor is justified even if distant (liver) metastases are detected. Gastrointestinal resection not only prolongs mortality, but decreases the chances of ileus development. Based on clinical observation, monthly dosing of 30 mg octreotide long-acting repeatable (LAR) treatment showed anti tumorigenic effects.

86

THE ROLE OF HEMOSPRAY IN THE ENDOSCOPIC TREATMENT OF NON VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING; INITIAL EXPERIENCES IN A TERTIARY CENTRE GASTROENTEROLOGICAL UNIT

Kiss Z.¹, Szalai M.¹, Kárász T.¹, Szabó A.¹, Csöndes M.¹, Dancs N.¹, Kovács V.¹, Durcsán H.¹, Rácz I.¹, Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹

Introduction: Early endoscopic diagnosis and endoscopic haemostasis are essential tasks in cases with acute upper gastrointestinal bleeding (UGIB). Hemospray is a novel modality in endoscopic treatment of UGIB. The aim of our retrospective analyses was to evaluate the role and efficacy of Hemospray treatment in acute upper non variceal bleeders referred to our tertiary centre gastroenterological and endoscopy unit. Method: Hemospray as an endoscopic haemostatic modality is available in our unit since June 2013. Hemospray powder was sprayed via a 7 or 10 French catheter inserted through the endoscope channel targeting the actively bleeding points. Hemospray was used either as a rescue therapy after failed primary endotherapies or as a first choice intervention.

Results: In 20 months period a total of 271 acute UGIB patients were admitted to our department with a mean age of 66.9±13.7. At the emergency endoscopy in 66 patients gastrooesophageal varices or portal gastropathies were detected as bleeding sources. Gastroduodenal ulcers were found in 115 patients and in 90 cases the bleeding originated from other sources like Mallory-Weiss tear, erosive oesophagitis, angiodysplasia. Endoscopic therapy was performed in 56.6% out of the non variceal upper gastrointestinal bleeders (116/205). Combined endotherapies were done in 62 cases while endoscopic monotherapies were performed in 54 cases. In 10 severely bleeding patients Hemospray was used in a total of 11 settings. Hemospray therapy was necessary in 5 cases because of failed primary hemostatic efforts and in other 5 cases Hemospray was used as a first line therapy. In 10 cases out of all non variceal UGIB patients was necessary to act with of Hemospray (4.9%). Out of all endoscopic therapies Hemospray was used as rescue activity

in 9.5% of patients (11/116). Primary haemostasis was achieved 9 out of the 10 Hemospray cases.

Conclusions: Hemospray endotherapy may support the chance of primary hemostasis in severe acute upper GI bleeders in about one out of every twenty patients. Hemospray rescue therapy proved to be useful in nearly 10% of all endoscopic haemostatic efforts in our practice.

87

VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA, A BIZTONSÁG MINDENÉK ELŐTT

Kiss G.¹, Andorka M.¹, Szalai M.¹, Kovács V.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház¹

A vékonybél kapszulás endoszkópia egyetlen lehetséges, számottevő szövődménye a kapszula elakadása, retinálódása. A kapszula retenció előfordulhat akutan, heveny bélmegállás tüneteit okozva. Kapszula retenciót véleményezünk akkor is, ha a kapszula két héten belül nem ürül ki természetes úton. Irodalmi adatok szerint a retenció kockázata 1-2% közötti.

Gyanú esetén a kapszula elakadásának megelőzésére előzetes biztonsági kapszulás vizsgálat javasolt. Erre a vizsgálatra a patency kapszulával kerülhet sor, melyet jelenleg csupán egy gyártó állít elő.

Vékonybél kapszulás vizsgálataink anyagának elemzésével az alábbi kérdésekre kerestük a választ:

1. Milyen arányban fordult elő kapszula elakadás saját vizsgálataink során?

2. Hány esetben alkalmaztunk patency kapszulát?

3. Milyen segítséget nyújtott a patency kapszula használata?

Az elmúlt 3 évben osztályunkon összesen 232 vékonybél kapszulás vizsgálatot végeztünk. Az összes vizsgálat alap indikációja obstrukciós gasztrointesztinális vérzés volt. A vékonybél kapszulás vizsgálatokat rendszerint alapos tájékoztató vizsgálatok előzik meg, melyekkel a kapszula retenció kockázatát értékeljük (vékonybél műtét az anamnesisben, pozitív CT enterographia, szűkület gyanúját keltő UH és/vagy CT lelet).

Elakadás gyanúja miatt összesen 9 esetben használtuk a patency kapszulát. Mivel a patency kapszula mind a 9 esetben 72 órán belül kiürült alakváltozás nélkül a tényleges kapszulás vizsgálatot is elvégeztük, betegeinkben akut retenciót nem észleltünk.

A teljes anyagból összesen két betegben észleltünk 14 napot meghaladó kapszula kiürülést. Egyikükben korábban nem ismert Crohn betegséget állapítottunk meg és szteroid lókezelést követően a kapszula később biztonságosan távozott. A második retenció betegből a diagnosztizált béltumor operációja során távolították el a kapszulát. Akut műtétet igénylő kapszula retenció nem fordult elő.

Összesen öt betegben ismertünk fel vékonybélre terjedő Crohn betegséget kapszulás vizsgálattal.

Tapasztalataink szerint a patency kapszula nagy biztonsággal és kitűnő eredménnyel használható, ami különösen gyanítható Crohn betegség esetén fontos.

A vékonybél kapszulás endoszkópia indikációbővítése kapcsán feltétlenül szükségesnek véljük a patency kapszula finanszírozott elérhetőségét is.

88

CA CONCENTRATION AND CA/MG RATIO OF ERYTHROCYTES IN COLECTOMISED PATIENTS

Kleiner D.¹, Süle K.², Szentmihályi K.², Dank M.³, Vizer A.³, Blázovics A.¹, Department of Pharmacognosy, Semmelweis University, Budapest¹, Institute of Materials and Environmental Chemistry Research Centre for Natural Sciences of the HAS², 1st Department of Internal Medicine Division of Oncology, Semmelweis University, Budapest³

In Hungary age standardized rates of incidence and mortality of colorectal cancers are prominently high, especially among males. Therefore treatment of cancer related disorders, like anemia also need remarkable attention. While colorectal tumor-related intestinal blood loss is one of the best known reasons of low hemoglobin content in blood, eryptosis should be also considered. To distinguish apoptosis of regular cells from programmed cell death of erythrocytes, the latter process being called eryptosis, we have to remember that erythrocytes have no nucleus, mitochondria, etc. It can be triggered by various factors, for example osmotic shock or oxidative stress and causes elevation in the Ca-content which is thought to be a key factor in the mechanism of red blood cell death. Generally, eryptosis helps to remove senescent red blood cells without intravascular hemolysis and inflammation, but perturbation in erythrocyte production and their

programmed death can be reasons of anemia. Therefore we studied redox parameters and element concentrations of erythrocytes and the routine laboratory parameters of whole blood and the serum. The control group had no known cancerous processes (N = 11; age = 45 ± 15 year) and the colorectal cancer-treated group had no known metastasis (N = 6; Stage = Dukes A-C; age = 65 ± 4 year). Free sulphydryl content was measured by Sedlak and Lindsay (1968) and H-donating ability was determined by Hatano et al. (1988). Erythrocyte element contents were measured with ICP OES, after digestion with nitric acid and hydrogen peroxide. Routine laboratory parameters were determined with ADVIA 2120 or ABX Micros 60 Analyser and with standard kits. Significance level was $p < 0.01$. In colorectal cancer treated patients, the hematocrit and hemoglobin content of blood was significantly lower than that of control group. On the other hand, in this group Ca concentration and Ca/Mg ratio were remarkably elevated in erythrocytes. Their relatively high data indicates oxidative stress and that the lowered H-donating ability can underpin the research, although the latter parameters showed no significant differences between the two groups. These data support the idea that, in colorectal cancerous patients, the disturbed redox homeostasis and the elevated Ca-content may also have role in the progress of anemia.

89

QUESTIONNAIRE SURVEY OF CELIAC DISEASE AND NON-CELIAC GLUTEN SENSITIVITY IN OUTPATIENTS' COHORTS OF THREE HUNGARIAN GASTROENTEROLOGY REFERRAL CENTRES

Kocsis D.¹, Bajor J.², Papp M.³, Miheller P.¹, Hersényi L.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis University 2nd Department of Internal Medicine, Budapest¹, University of Pécs 1st Department of Internal Medicine, Pécs², University of Debrecen 2nd Department of Internal Medicine, Debrecen³

Introduction: Recently, the worldwide observation of an increasing number of patients sensitive to dietary gluten without evidence of celiac disease (CeD) has contributed to the identification of a new gluten-related syndrome defined as non-celiac gluten sensitivity (NCGS).

Aims & Methods: Aims of our survey were to define the prevalence and clinical characteristics of this new entity in outpatients' cohorts of three Hungarian gastroenterology referral centres. From October 2014 to February 2015, three Hungarian adult gastroenterology centres participated in this prospective survey. A structured questionnaire was used to allow uniform and accurate collection of clinical data.

Results: 250 patients with gastrointestinal symptoms filled the questionnaire; 83 (33%) patients indicated that they have symptoms related to gluten intake; 13/83 patients proved to have CeD, and in 70/83 suspicion of NCGS was raised (20 males, mean age: 41 years, range 21–74 years). In suspected NCGS patients, clinical picture was characterized by the combination of gastrointestinal (51% abdominal pain, 72% bloating, 41% diarrhea, 37% constipation, 42% nausea, 47% epigastric pain, 40% reflux) and systemic manifestations (56% tiredness, 44% headache, 50% joint pain, 34% muscle pain, 24% leg/arm numbness, 42% foggy mind, 30% dermatitis or skin rash, 20% depression, 37% anxiety). In 96% (67/70) of the patients more than two symptoms gastrointestinal or extraintestinal symptoms were reported. Distribution of frequency of these symptoms in relationship with gluten ingestion was: 13% always, 24% often and 63% occasionally. The interval between gluten ingestion and the appearance of symptoms were: 46% within 6 hours, 36% 6–24 hours, 18% after 24 hours. The associated disorders were: 16% autoimmune diseases, 10% irritable bowel syndrome, 7% food intolerance. Only 13/70 patients adhere strict gluten free diet.

Conclusion: In this prospective study 70/250 (28%) of patients reported gastrointestinal and/or systemic symptoms related to gluten intake, without evidence of CeD thereby raising the possible existence of NCGS requiring further investigations.

90

EOSINOPHIL OESOPHAGITIS AZ ÉVEK ÓTA FENNÁLLÓ NYELÉSZAVAR HÁTTÉRÉBEN

Kocsis D.¹, Csontos Á.¹, Miheller P.¹, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹

Háttér: Az eosinophil oesophagitis (EoE) a nyelőcső krónikus, antigén-mediált gyulladása, mely a férfiaknál kétszer gyakoribb, mint a nőknél. Felnőttekben a GORB-szerű tünetek, az időszakosan jelentkező dysphagia, falatelakadás dominálnak, hosszú távú fennállása subepitheliális fibrózishoz, nyelőcsőszűkülethez vezethet. Az EoE egész életen át tartó kezelést igénylő krónikus betegség.

Esetismertetés: 28 éves férfi, 2009-ben kezdődtek dysphagiás panaszai, melyek fokozatosan romlottak. 2013-ban végzett nyelészöntgen a tünetek hátterében organikus okot nem talált. Fül-orr-gégészeten ex iuvantibus kezdtek a betegnél PPI-t, mely hatékony volt, de elhagyása után panaszai kiújultak. 2014. májusban már a folyadék nyelése is akadályozottá, fájdalmassá vált. Gastroszcopiára az SE II.sz. Belgyógyászati Klinikán kerül sor: az oesophagusban krepp-papírszerűen törékeny, spontán vérző nyálkahártyát, a nyelőcső gyűrűszerű szelvényezettségét láttuk. A nyelőcső-gyomor átmenetben lumen körkörösén beszűkült az eszközt továbbvezetni nem lehetett. A látott kép EoE-re típusos, melyet a szövettan is igazolt. Terápiaként fluticasone tartalmú orrsprayt per os napi 2x, és 2x40mg pantoprazolet együtt alkalmazva, 1 hónap alatt a beteg dysphagiája teljesen megszűnt, a terápia bevezetését követően 3-4 kg-t hízott. 2015. januárjában a szűkület kontrollja céljából végzett nyelészöntgen érdemi eltérést nem mutatott, a beteg jelenleg fluticasone használata mellett tünetmentes. A beteg öccsénél 1,5 éve fennálló refluxos panaszok és egyszeri falatelakadás hátterében szintén EoE igazolódott.

Konklúzió: Az EoE-nek nincs a diagnózist egyértelműen meghatározó specifikus tünete, ugyanakkor időszakosan jelentkező dysphagia, falatelakadás, gyógyszeres kezelésre nem reagáló GORB-szerű tünetek esetén mindig gondolni kell rá.

91

REFRACTER COELIAKIA TALAJÁN KIALAKULÓ T-SEJTES LYMPHOMA

Kocsis D.¹, Székely H.¹, Hagymási K.¹, Papp J.², Nijeboer P.³, Mulder C.³, Harsányi L.⁴, Tulassay Z.¹, Juhász M.¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest², VU University Medical Center, Department of Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam³, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest⁴

Bevezetés: Refrakter coeliakia (RCD) egy ritka kórkép, mely a gluténmentes diéta (GMD) ellenére fennálló súlyos fokú malabsorptióval, és lymphomák kialakulására való megnövekedett hajlammal jár együtt.

Esetismertetés: 68 éves nőbeteg. 2006-ban diagnosztizáltak nála klinikánkon coeliakiát, GMD-t tartotta. 2013. november óta fennálló hasmenés, hasmenés-székrekedés váltakozása, 22 kg-os fogyás (BMI: 16 kg/m²), végtagi oedema, gyengeség miatt lakóhelyén végzett kapszulás endoscopia mpx duodenalis és jejunalis fekélyeket igazolt. Transzglutamináz IgG pozitív, colonoscopia negatív volt. CT enteroklizis helyenként vastagabb vékonybélzakaszokat, reaktív mesenterialis nyirokcsomókat igazolt. 2014.03.19.-28.-áig klinikánkon vizsgáltuk. Kettős ballon vékonybél endoscopia (DBE) aktív coeliakianak megfelelő képet írt le. A vizsgálatot követően meteorizmus, diffúz hasi fájdalom jelentkezett, natív hasi röntgenen szabad hasi levegő ábrázolódott. Vékonybél perforáció miatt végzett akut hasi műtét során a perforációs nyílás suturájá történt, mesenterialis nyirokcsomó eltávolítással. Időközben a DBE során a vékonybélből vett mintákból az RCD-ra specializálódott amsterdami centrumban flow cytometria történt, mely az RCD 2-es típusának fennállását igazolta. Klinikánkon a parenteralis táplálást, fokozatosan per os táplálással helyettesítettük, gluténmentes étrend mellett roboráló tápszerrel fogyasztott, 2 héten keresztül i.v. albumin pótlásban részesült, emellett oedemája megszűnt. A vaspótlást követően is fennálló mikroita anaemiája miatt egy alkalommal 2E vvt koncentráttummal transzfúziója történt. A műtét során eltávolított mesenterialis nyirokcsomók szövettani leletezésre kerültek, diagnózis: enteropathia asszociált T-sejtes lymphoma I-es típus. Kezelése az Országos Onkológiai Intézetben folytatódott, ahol roboráló terápia folytatása mellett döntöttek. Beteg rövid idővel később elhunyt.

Diszkusszió: GMD-ra nem reagáló betegnél elsőként mindig diétahibára kell gondolnunk, ha a panaszok hátterében egyértelműen nem diétahiba áll, akkor felül kell vizsgálnunk a coeliakia diagnózisát, és ki kell zárunk lymphoma fennállását.

92

DRIVER MUTATIONS IN COLORECTAL CANCER: ANALYSIS OF 136 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Kohánka A.¹, Ágota A.¹, Péntek R.¹, Félegyházi F.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology³

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 136 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 129 mutations were detected in the 136 mCRC samples (94,85%). The most frequent mutations were in TP53 (47,79%), KRAS (46,32%), APC (40,44%), PIK3CA (13,24%), BRAF (11,8%), MET (8,08%), SMAD4 (6,61%). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 129 cases. The results of FISH assays proved amplification in HER-2 (5/136), EGFR (3/136), FGFR1 (2/136), MET (1/136) and PIK3CA (1/136) cases.

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

93

ANALGESIA BIZTOSÍTÁSA COLONOSCOPIA SORÁN LIVOPÁNNAL (DINITROGEN-OXID: 50%, OXIGÉN: 50%). ELSŐ TAPASZTALATOK

Kokas M.¹, Kovácsné Tomasits K.¹, Csókáné Takács S.¹, Polreis Z.¹, Pécsi G.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Karolina Kórház, Mosonmagyaróvár¹

A dinitrogen-oxid (N₂O) és oxigén 50-50%-os elegyét inhalációs analgetikumként kiterjedten alkalmazzák gyermekgyógyászatban, szülészetben, sürgősségi ellátásban és traumatológiában.

A szerzők a szer hatásmechanizmusa, javallatai, ellenjavallatai és a szakirodalomban szereplő releváns tanulmányok áttekintése után saját kezdeti tapasztalataikról számolnak be.

Colonoscopos vizsgálatok során alkalmazott módszertük főbb elemei:

- 1.: bevezető, telítő dózis alkalmazása,
- 2.: ezt követően a beteg szükség esetén saját magának adagolja a gyógyszer arcmaszket vagy csutora segítségével,
- 3.: beteg megfigyelés a patient nurse közreműködésével,
- 4.: beavatkozás utáni megfigyelés.

Tapasztalataik szerint az alkalmazott módszer gyorsan kialakuló fájdalomcsillapító és anxiolyticus hatással bír, mely fenntartható a beteg által a colonoscopy során adagolt további dózisokkal.

A szervezetből történő gyors kiürülés az ambuláns betegekben jelent elsősorban nagy előnyt. Mellékhatást nem tapasztaltak. Kezdeti tapasztalataik alapján nagyobb betegszámú prospektív vizsgálatot terveznek.

94

KORSZAKVÁLTÓ PILLANAT A FUNKCIONÁLIS NYELÉSZAVAROK TÖRTÉNETÉBEN

Kotsis L.¹, Vadász P.¹, Heiler Z.¹, Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet¹

A legtöbb reményre jogosító nyelőcső betegségek egyikében, a funkcionális zavarok fejezetében, a los-angelesi kutatók 90-es évi színre lépése döntő momentumnak bizonyult. A cél érdekében kifejlesztett eszközzel végzett vizsgálatok átírták, tudományos alapokra helyezték ezen zavarok hátterét: a primer és sekunder motilitási anomáliákat és a nem specifikusokét egyaránt.

Beteganyag, módszer. A Mellkassebészeti Tanszéken (1981-2001) az új szemlélet hatására az addigi Belsey szerinti gyakorlatot (1981-1991) átalakítottuk. A primer és sekunder achalasiákat, diffúz spasmust, diatörő nyelőcsövet felölölő eseteinkben (21) a myotomiák típusai, a társított funduplicatio (részleges, teljes,

95

CROHN COLITISHEZ TÁRSULÓ RITKA EXTRAINTESZTINALIS MANIFESTÁCIÓ – PULMONÁLIS VASCULITIS – EGY ESET KAPCSÁN

Kovács G.¹, Kacska S.¹, Altörjay I.¹, Palatka K.¹, Debreceni Egyetem, Klinikai Központ Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológia Tanszék¹

Mind a Crohn betegség, mind pedig a Colitis ulcerosa esetén gyakori az extraintestinalis manifestáció (25-40%), leggyakrabban a mozgásszervek és a bőr érintett, ritkábban a hepatopancreatobiliaris rendszer, a szem, a vese és a tüdő. U.T. 27é férfi, felhási panaszok miatt

2013.januárban járt először GE szakrendelésen, gastroscopia során reflux oesophagitis, ulcus oesophagi igazolódott. Panaszai érdemben nem csökkentek a megkezdett PPI hatására, decemberben véres széklet jelentkezett. Colonoscopy során colon transversum érintettség, Crohn colitis került véleményezésre, 5-ASA indult. 2014.novemberében sacrumtáji panaszok, decemberben száraz köhögés miatt fordult háziorvoshoz, azithromycint kapott. Januárban láz, fokozódó bal csípőtáji fájdalom, köhögés, dyspnoe, hasi fájdalom, napi 10x véres hasmenés jelentkezett. Széles spektrumú, kombinált, váltott antibiotikus és antivirális terápia hatására panaszai nem csökkentek. Laborokból magas CRP, thrombocytosis, jelzett leukocytosis, mérsékelt anaemia, fokozott vesejűtűnyedés volt kiemelhető. Mellkas RTG-n infiltrátum nem került leírásra. Haemokultúra, köpettenyésztés mikrobiológiai vizsgálata során kórokozó nem tenyésztett ki, garatváladékból influenza PCR negatív. A fokozódó dyspnoe, véres köpet miatt mellkas CT vizsgálat történt, jelentősen megvastagodott tracheafal került leírásra, mely radiológus szerint vasculitisnek megfelelően, ezt az ANCA pozitivitás (PR3, atípusos ANCA, C-ANCA) is támogatta. Az ANCA asszociált vasculitis miatt adott kis dózisú methylprednisolon hatására a dyspnoe mértéke jelentősen csökkent, majd szteroid lökésterápia hatására, 2 gr methylprednisolon összdózisban, a dyspnoe, véres köpet, hasi fájdalom, véres hasmenés megszűnt. Colonoscopy az alapbetegség progresszióját, a panendoscopia nyelőcső érintettségét igazolta. Az 5-ASA és a szteroid leépítése mellett a pulmonalis vasculitis miatt iv. cyclophosphamid indult, majd azathioprin kezelés bevezetését tervezzük. A gyulladásos bélbetegségek extraintestinalis manifesztációi gyakoriak, pulmonalis érintettség ritkán fordul elő, mely különböző súlyosságú lehet. Krónikus bronchitis, subglottikus stenosis, bronchiectasia, bronchiolitis mellett a súlyosabb vasculitis is előfordulhat, és a virális illetve bakteriális infekció kizárása mellett gondolni kell rá, szokványos kezelésre nem reagáló dyspnoe, köhögés, véres köpet esetén.

96

KAPSZULAELAKADÁS! SZÖVŐDMÉNY?

Kovács Z.¹, Gárdonyi M.², Haragh A.², Hunyady B.², Kander K.³, Almuhtadi K.⁴, Rajnics P.⁵, Siófoki Kórház-Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Siófok¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia Osztály², Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológia Osztály³, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Sebészeti Osztály⁴, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Haematológia Osztály⁵

Az esetismertetésben szereplő 61 éves nőt beteget GI vérzés miatt vizsgáltuk Intézetünkben. Rutin panendoscopus, colonoscopos vizsgálatok a vérzésforrást nem tisztázták. Recidív vérzés miatt angio-CT történt, mely 8 cm-es szakaszon vékonybél falmegvastagodást írt le, de kontrasztanyag kilépés nem volt, sebészeti beavatkozásra nem került sor. Kapszula-endoszkópos vizsgálat során a kapszula az érintett szakaszon elakadt, mely miatt a műtétet elvégezték. Előadásunkban arra a kérdésre keressük választ, hogy biztosan szövődmény-e a kapszula elakadása?

97

RUTIN ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLAT, AVAGY DILEMMA

Kovács Z.¹, Szinku Z.¹, Hunyady B.¹, Horváth G.², Látrányi B.³, Somodi K.³, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Gasztroenterológia Osztály¹, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Radiológia Osztály², Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Sebészeti Osztály³

Az esetismertetésben szereplő 61 éves férfi beteg fogyás, hasmenés és hányás miatt Fertőző Osztályra került felvételre. Infektív eredet kizárható volt, rutin felső panendoscopus vizsgálat ileus lehetőségét vetette fel, azonban képalkotók ezt nem igazolták. További gasztroenterológiai kivizsgálás keretében ismételt radiológiai és endoszkópos vizsgálatok készültek és a leletek szintézise alapján definitív megoldást jelentő sebészeti beavatkozás történt. Előadásunkban – az érdekes és tanulságos eset bemutatása kapcsán – keressük választ arra hétköznapi kérdésre, hogy létezik-e rutin endoszkópos vizsgálat?

98

INDUKÁLT MÁJREGENERÁCIÓ FUNKCIONÁLIS VÁLTOZÁSAINAK VIZSGÁLATA SZELEKTÍV EPEÚTI DRAINAGE RÉVÉN

Kovács T.¹, Fülöp A.¹, Koós O.¹, Illés K.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹, Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet, Budapest²

Bevezetés: A portális véna szelektív okklúziója a nagyméretű májtumorkok kiterjesztett rezekcióját követően fenyegető akut májelégtelenség elkerülése végett napjainkban széles körben alkalmazott eljárás, mely a portális áramlásuktól megfosztott májlebenyek atrófiájához, míg a megtartott portális áramlásuk hipertrófiájához vezet, ezáltal lehetővé téve a tumor eltávolítását egy második műtétben. Bár a morfológiai változások jól ismertek, a májlebenyek funkcionális kapacitása további kérdéseket vet fel.

Célkitűzés: Porta véna ligatúra (PVL) kapcsán célul tűztük ki a májlebenyek morfológiai változásai mellett a funkcionális kapacitások vizsgálatát szelektív epeúti kanülök segítségével. Módszerek: Him Wistar patkányokon (n=36) a májtömeg közel 80%-át kitevő III-VII májlebenyeket ellátó véna portae ágak lekötése történt. PVL előtt, illetve után 24-, 48-, 72-, 120-, 168 órával vizsgáltuk a bekövetkező morfológiai (lebenytömeg, hisztológia), keringési (laser Doppler flowmetry), illetve funkcionális (laboratóriumi vér teszt, indocianin-green (ICG) plasma disappearance rate (PDR); epetermelés és a biliris ICG exkretió (ICG%) változásokat.

Eredmények: A PVL a ligált lebenyek atrófiáját (3,55±0,04 vs 1,01±0,16 g/ttkg) ugyanakkor a nem-ligált lebenyek hipertrófiáját (1,02±0,12 vs 3,37±0,3g/ttkg) idézte elő. A ligált lebenyek mikrocirkulációja lecsökkent, míg az intakt lebenyeké szignifikánsan (p<0,01) megemelkedett, a posztoperatív 48. órában tetőzve. A laboratóriumi paraméterek és a teljes máj epetermelése szignifikáns mértékben nem változott. Ugyanakkor PDR és ICG% alapján a máj kiválasztó funkciója átmenetileg jelentős mértékben (48. óra; p<0,01) károsodott, majd a műtétet követő 120-168. órára visszatért a kiindulási értékre. A ligált lebenyek epetermelése, ICG%-a a műtétet követően jelentősen csökkent és tartósan szupprimált maradt, míg a nem-ligált lebenyekben, átmeneti funkciókárosodást követően az epetermelés és ICG% ugrásszerűen megemelkedett (23±5,09 vs 87,49g ±7,41µl/min/ttkg, 6,74±0,53 vs 26,53±2,17), mértékében meghaladva a lebeny tömegnövekedését (328% vs 380% illetve 393%).

Következtetések: Eredményeink alátámasztják, hogy PVL-t követően - egy átmeneti károsodás ellenére - a globális májfunkció rövid időn belül helyreáll, amelyért a nem-ligált májlebenyek fokozatosan növekvő, tömeggyarapodásukat arányaiban meghaladó funkcionális kapacitás-növekedése felelős.

99

KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA SZEREPE A COELIÁKIA DIAGNOSZTIKÁJÁBAN

Kovács M.¹, Dombi S.¹, Pák P.¹, Belgyógyászati osztály-Gasztroenterológiai részleg, Vasváry Kórház, Esztergom¹

Bevezetés: A coeliakia egy szisztémás immunmediált betegség, amit a gabonafélékben található glutén és a hozzájuk kapcsolódó prolaminnak váltanak ki genetikailag predisponált egyéneknél. A búza allergia és coeliakia mellett fényderült még egy további gluténfüggő tünetegyüttes, a nem coeliakiás gluténszenzitivitás. Jól ismert tény, hogy a boholiatrophia sok esetben foltos megjelenést mutat, ami a duodenumból vett hisztológiai minta szenzitivitását csökkenti. Ugyanakkor leírásra kerültek olyan esetek, amikor a betegség endoszkópos eltérései csak a vékonybél disztális harmadában voltak észlelhetők.

Módszerek: A kapszulás endoszkópia (CE) során a vékonybél nyálkahártya 8:1 arányú nagyításban válik láthatóvá, ami lehetővé teszi a boholiatrophia megítélését. Krónikus anémia miatt vizsgálatra került eseteink kapcsán szeretnénk bemutatni a makroszkópos eltérések és szövödményes esetek mellett a FICE (Flexible spectral color enhancement) mód előnyét is a boholiatrophia diagnosztikájában.

Eredmények: Glutén-enteropathiára specifikus szerológiai markerek és negatív duodenum biopszia esetén a CE igazolhatja a disztálisabb vékonybélben a boholiatrophiát. Negatív szerológia és bizonytalan hisztológia esetén a CE endoszkópos eltérései felvethetik a betegség fennállását illetve más betegség kizárása miatt is indokolt a vizsgálat elvégzése anémia, krónikus hasmenés és hasi fájdalom esetén. Bizonyítottan coeliakiában szenvedő betegek esetében, akiknél tartós gluténmentes diéta mellett „alarm” tünetek jelentkeznek (testsúlycsökkenés, gasztrointesztinális vérzés, hasi fájdalom, láz, obstrukcióra utaló klinikai tünetek) a CE a refrakter coeliakia, az

ulceratív jejunitis és az enteropathia asszociált T-sejtes lymphoma diagnosztikájában fontos szerepet tölt be.

Következtetések: A CE előnyét a vékonybél teljes vizualizálhatósága jelenti, mert így a betegség kiterjedése és súlyossága is megítélhető. Bizonyítottan coeliakiában szenvedő betegek esetén „alarm” tünetek jelentkezésekor a CE „first-line” módszerként javasolható.

100

SZEMELVÉNYEK VÉKONYBÉL KAPSZULÁS ATLASZUNKBÓL

Kovács V.¹, Szalai M.¹, Kiss G.¹, Andorka M.¹, Regőczy H.¹, Rácz I.¹, Gasztroenterológiai Osztály, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr¹

Öt eset bemutatásával kívánjuk illusztrálni vékonybél kapszulás endoszkópos (CE) gyakorlatunkat. Betegeinkben a tünetek, az obstruktus gasztrointesztinális vérzés (OGIB) illetve az anaemia megjelenése és a vékonybél CE vizsgálat elvégzése között többször évek teltek el. Egy betegünkben Peutz-Jeghers szindróma már ismert volt, de a közép- és alsó vékonybél harmadokról korábban képünk nem volt. Egy esetben a szinte folyamatos, manifeszt haematochezia okát sem a többször elvégzett gastroscopia és colonoscopia, sem az enteroscopia, sem az egyéb leképező vizsgálatok nem tudták tisztázni, emiatt végzetünk CE-t. Vékonybél tumoros betegünk is vérzett, a CE mind a vérzés helyét, mind az okát egyértelműen tisztázta. Nagy fejtörést okozott az a nagyméretű és csak CE-vel tisztázható vékonybél diverticulum vérzés, mely már évek óta tartott és sikeres műtétet követően a beteg meggyógyult. A vérzés és panaszok oka többször vékonybél Crohn betegség, melynek megjelenését is képekkel illusztráljuk. A legnagyobb diagnosztikus erőfeszítések a korábban 120 E transzfúziót igénylő gasztrointesztinális vérző esetén váltak szükségessé és a megismételt vékonybél CE továbbá intraoperatív endoszkópia pontos diagnózist adtak. A beavatkozások javuláshoz, gyógyuláshoz vezettek. Bemutatott esetsorunkban négy alkalommal műtét követte a CE diagnózist, egy esetben gyógyszeres terápiás váltás vált lehetővé. Saját tapasztalatunk is megerősíti azt, hogy a megfelelő indikációval és időben végzett vékonybél CE-t többször érdemi terápiás lépés követheti. Esetsorunk demonstrálásra, konzultációra és továbbképzésre is alkalmas, egyúttal jelzi, hogy a CE vizsgálatok elterjedésével erősödik az együttműködés a társszakmákkal, így különösen a sebészettel.

101

THE ROLE OF ENDOGENOUS AND EXOGENOUS CORTICOSTEROIDS IN THE PATHOGENESIS OF ACUTE EXPERIMENTAL PANCREATITIS

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

Background: Acute pancreatitis (AP) is one of the most common emergency gastroenterological diseases. The mortality of AP with organ failure is unacceptably high, 25-40 %. The pathomechanism of the disease is not well understood, it has no specific therapy. Administration of corticosteroids is widespread in the treatment of many inflammatory diseases, but the use of corticosteroids in AP is debated.

Aim: We aimed to investigate the role of endogenous and exogenous corticosteroids in experimental AP. Materials and methods: AP was induced in SPRD rats by intraperitoneal (i.p.) injection of 3 g/kg L-ornithine (n=8), control animals (n=6) received physiological saline (PS) instead of the basic amino acid. Animals were sacrificed 24 hours after AP induction. Endogenous corticosteroid levels were increased (as measured by ELISA) by immobilization stress; exogenous corticosteroid (2 mg/kg betamethasone) was administered intramuscularly before the injection of L-ornithine or PS (n=6-8). Laboratory and histological parameters were measured to evaluate the severity of AP.

Results: L-ornithine injection induced necrotizing AP. Elevated serum corticosteroid concentrations were confirmed in stressed vs non-stressed group. Histological scores (oedema, leukocyte infiltration, cell damage) and laboratory parameters (serum amylase-, pancreatic myeloperoxidase activity) were significantly lower in stressed vs. non-stressed animals with AP. We also found milder AP severity as measured by laboratory and histological parameters after the exogenous administration of corticosteroid vs. vehicle-treated AP group.

Conclusion: Corticosteroids ameliorated the severity of AP in rats and thus may have a beneficial effect in experimental AP, but further investigation is needed to determine the exact mechanism. This study was supported by TÁMOP, OTKA and MTA.

102

ACCELERATED TREATMENT STRATEGY IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES; IS IT ASSOCIATED WITH A CHANGE IN THE DISEASE COURSE?

Kürti Z.¹, Rutka M.², Farkas K.², Sipkei N.³, Golovics P.¹, Lovász B.¹, Végh Z.¹, Gecse K.¹, Kiss L.¹, Altörjay I.³, Papp M.³, Molnár T.², Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary², Institute of Internal Medicine, Department of Gastroenterology, University of Debrecen, Clinical Center, Hungary³

Background and Aims: Evidence from new clinical trials in inflammatory bowel diseases (IBD) suggests that tight disease control and early aggressive therapy is associated with superior outcomes in patients with poor prognostic factors. The aim of the present study was to investigate the evolution of the treatment strategy and probability of resective surgery/colectomy in three IBD-centers according to the era of diagnosis.

Methods: Data of 352 consecutive anti-TNF treated IBD patients (CD/UC: 296/56, males: 48.3%/42.9%, 1st anti TNF infliximab/adalimumab: 300/52, median age at diagnosis: 22/25.5 years, follow-up from diagnosis: 8.5/5.5 years, complicated disease behavior and ileocolonic location in CD: 48% and 57.1%, extensive location in UC: 39.3% at diagnosis) were analysed. Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: The time to anti-TNF, immunosuppressives and steroids was significantly and progressively shortened in both CD (pLogRank<0.001 for all) and UC (pLogRank<0.003 for all) according to the era of diagnosis (A: <2004, B: 2004- 2008, C: 2009-2013). Mean time to anti TNFs and immunosuppressives was 123.8/76.6, 40.8/16.8 and 20.5/8.8 months in CD in Groups A, B and C (pANOVA<0.001, pScheffeA.vs.B/C<0.001). Despite similar disease phenotype, the era of diagnosis was not associated with the time to resective surgery or colectomy (pLogRankCD=0.08, pLogRankUC=NS) in the total cohort. However, need for resective surgery decreased over time in CD patients treated with infliximab as 1st anti-TNF (pLogRank=0.034) and in patients with perianal disease (pLogRank=0.04).

Conclusions: An accelerated treatment strategy was observed in this referral IBD cohort. Further data are required to determine whether accelerated treatment strategy is associated with superior long-term outcomes in IBD.

103

BILE ACID COCKTAIL (BAC) INDUCES SIMILAR CHANGES IN THE EXPRESSION OF ION TRANSPORTER MRNA IN CULTURED ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS (EEC) AS OBSERVED IN BIOPSIES OF BARRETT'S ESOPHAGUS (BE).

Laczko D.¹, Venglovecz V.², Hegyi P.¹, Rakonczay Z.¹, Inczei O.¹, Roka R.¹, Wittmann T.¹, Rosztoczy A.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary¹, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary²

Introduction: Bile acids are thought to have an important role in the mucosal injury of the esophagus and though acid extruding mechanisms can be key factors of the defense. We aimed to determine the effect of a BAC on the activity of ion transporters and the expression of their mRNA in cultured EECs and compare these results with the observations obtained in biopsy samples of patients with BE.

Patients, methods: In confluent monolayers of CP-A EECs intracellular pH (pHi) was measured with a fluorescent dye and Na⁺/H⁺ exchangers (NHEs), Na⁺/HCO₃⁻ cotransporter (NBC), Cl⁻/HCO₃⁻ exchanger (AE) activities were determined with the ammonium pulse technique. To mimic the chronic conditions of reflux disease in vitro cells were treated by 10- minutes pulses of bile acid cocktail three times a day for 7 days. For the assessment of mRNA expression changes in the acid-base transporters quantitative real time PCR (qRT- PCR) was used. Ten patients with BE were enrolled. Biopsies were obtained from the metaplastic mucosa and also form the squamous epithelium. The mRNA expression level of NHE-1, NHE-2, NBC and AE (Slc26a6, Slc26a3) were determined with qRT- PCR.

Results: Treatment of CP-A cells with 0.5 mM bile acid cocktail inhibited the activity of NHE and NBC while it stimulated the HCO₃⁻ secretion through AE. Chronic treatment of CP-A cells with bile acid cocktail induced a significant increase in the mRNA expression of NHE-1, NHE-2, NBC, Slc26a6 compared to the untreated cells. Evaluation of esophageal biopsies for the mRNA expression levels of acid/base transporters revealed significantly higher expression levels of NHE-1, NHE-2, NBC, Slc26a6 and Slc26a3 in the Barrett's epithelium compared to the squamous mucosa.

Conclusions: Acute exposure of bile acids inhibited the activity of acid-extruding mechanism in EEC. The increased mRNA expression levels of acid/base transporters after chronic bile acid treatment of EECs and the similar pattern observed in the Barrett's epithelium support the pathophysiological role of biliary reflux and suggest that the observed alterations are part of the mucosal defense against bile acid induced injury.

104

RIZIKÓ MÁTRIX MODELL A BETEGSÉG PROGRESSZÍÓ ELŐREJELZÉSÉRE IBD CENTRUMBAN GONDOZOTT CROHN-BETEG CSOPORTBAN

Lakatos P.¹, Sipkei N.², Altörjay I.², Norman L.³, Shums Z.³, Antal-Szalmás P.⁴, Veres G.⁵, Papp M.², I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest¹, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen², INOVA Diagnostics, Inc., San Diego, California³, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen⁴, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest⁵

Elméleti háttér: A progresszió szempontjából fokozott kockázattal rendelkező CD betegek korai azonosítása kiemelt fontosságú a megfelelő kezelési terv kiválasztásához. Célul tűztük ki, hogy centrumban, prospektív módon követett betegekben klinikai és szerológiai markereket együttesen alkalmazva egy olyan predikciós modellt dolgozzunk ki, amellyel a betegség korai szakaszában meghatározható a szövődményes betegségforma kialakulásának valószínűsége.

Módszerek: A vizsgálatba 271 CD beteget (ffi: 42,4%, medián követés: 10,9 év) vontunk be. A fenotípust, a kezelést és a betegség lefolyást (szövődmények kialakulása és sebészeti beavatkozás) a diagnózis felállításától prospektív módon követtük. Az ASCA IgA/IgG mérések ELISA módszerrel történtek. A lefolyást külön vizsgáltuk a gyulladással betegségfenotípussal diagnosztizált csoportban (79,9%). Ileocolicus lokalizáció 45,0% volt, a követés során steroidot, azathioprint (AZA) és anti-TNF-t kapó betegek aránya 88,2%, 73,8% és 41,7%. 52,0%-ban alakult ki szövődmény és 41,1%-ban volt szükség legalább egy rezekciós műtetre. Az előrehaladott betegséget kétféleképpen definiáltuk: 1.) rezekciós műtét vagy a betegség viselkedés progressziója 2.) rezekciós műtét, a betegség viselkedés progressziója vagy AZA igény (IBSEN kritérium).

Eredmények: Az 5 éves predikciós modellben a kockázati tényezők, az ASCA státusz, a lokalizációja, és a korai AZA igény voltak. A prediktorok különféle kombinációjával az előrehaladott betegség kialakulásának esélye 6,2-55% között változott (3 és 7 évre: 0- 45,5% és 11,1-64,7%) és multivariációs Cox-regressziós modellben is képesek volt előrejelezni az előrehaladott betegség (pLogRank<0,001) kockázatát. Az ASCA-t, a lokalizációt és a korai steroid kezelést, de a betegség kezdeti életkort nem tartalmazó modell csak az 5 éves kimenetel szempontjából volt prediktív értékű, ha az IBSEN kritériumokat alkalmaztuk. Az összefüggés azonban nem volt szignifikáns, ha az AZA adásának szükségességét kizártuk az előrehaladott betegség definíciójából.

Következtetések: Predikciós modellünkben a szövődményes betegség rövid- és középtávú kialakulásának valószínűségében jelentős különbségek adódtak. Az általunk hatékonynak talált változók eltérőek voltak a korábban publikált populációs-alapú CD kohorszban alkalmazottaktól, mely arra utal, hogy a centrumokban eltérő predikciós modell alkalmazása szükséges.

105

A VÉRALVADÁSGÁTLÓ GYÓGYSZEREK ÉS AZ OPERATÍV ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK AZ ASSZISZTENS NÉZŐPONTJÁBÓL

Langhammer S.¹, Vincze Á.², PTE.KK:I.Belklinika Endoszkópos labor¹

A véralvadásgátló gyógyszerek életmentő hatása jól ismert, hiszen csökkentik a szervezetben a vérrög képződését, hátrányuk azonban, hogy megnövekszik a vérzés kockázata. Endoszkópos beavatkozásra kerülő betegek egyre nagyobb hányada részesül valamilyen, többnyire belgyógyászati, kardiológiai indok alapján antikoaguláns és/vagy antitrombotikus kezelésben. Minden invazív beavatkozás indikálásánál felmerülő kérdés: mekkora a vérzés kockázata az antitrombotikus terápia mellett végzett beavatkozásnak, illetve mekkora annak a veszélye, hogy elhagyásakor a betegben súlyos thromboemboliás szövődmény lép fel? Biztonságosan elvégezhető minden operatív beavatkozás, antikoaguláns terápia mellett, ha a vizsgálat előtt, a

szakma ajánlásai alapján a kezelést felfüggesztjük. Az endoszkópos beavatkozás után az antikoaguláns terápia újra indításának időpontja mindig egyéni.

106

LATE DIAGNOSIS OF WILSON'S DISEASE MORE THAN 10 YEARS AFTER THE INITIAL NEUROPSYCHIATRIC SYMPTOMS IN TWO CASES

László S.¹, Németh D.¹, Krollopp A.¹, Folhoffer A.¹, Szalay F.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University¹

Introduction: Wilson's disease (WD) is a rare autosomal recessive disease caused by the toxic accumulation of copper due to ATP7B gene mutations. Neurological symptoms develop in about half of the patients. We present two cases of WD diagnosed only more than 10 years after onset of neurological/psychiatric symptoms.

Case report: In the 25-year-old male patient thalamotomy was performed because of head and hand tremor thought to be consequence of a 3 year earlier car accident. The symptoms worsened, gait disorder and partial spastic hemiparesis developed. Head MRI was negative. WD was diagnosed only 12 years later. Low ceruloplasmin level (0.02 g/l), Kayser-Fleischer ring (KFR) positivity and the genetic testing (H1069Q homozygous mutations) confirmed the diagnosis. D-penicillamine treatment resulted in improvement of the tremor, speech disorder and writing skills but he did not become symptomless. 35-year-old male has been treated because of anxiety, depression and sleep disorder since his age of 18 years. He was treated with several psychiatric medicines without any beneficial effect. High transaminase levels were detected. However, the cause was not identified at that time. 14 years later neurological symptoms developed such as tremor, blurred speech, ataxia, dystonia, muscle spasm. He needed wheelchair because of the movement disorders. Wilson's disease has been diagnosed by KFR, the low ceruloplasmin level (0.03 g/l), the liver abnormalities and by genetic testing (H1069Q homozygous). Despite the long history of the psychiatric, neurological and liver symptoms, significant improvement was followed after the introduction of D-penicillamine. He does not need wheelchair anymore, liver tests returned to the normal.

Conclusion: Although the wide variety of symptoms in Wilson's disease is well known, the diagnosis in the real life is often established very late after the initial symptoms. In our two presented cases more than ten years passed until the correct diagnosis. We call attention that WD should be considered not only in case of neurological, but that of psychiatric symptoms of unknown origin. The treatment could be effective even in advanced disease.

107

ROLE OF CHYMOTRYPSIN C(CTRC) MUTATIONS IN IDIOPATHIC RECURRENT ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS IN CHILDREN

László N.¹, Párniczky A.¹, Mosztbacher D.², Tóth A.³, Andorka C.⁵, Veres G.⁵, Celecz J.⁵, Szmola R.⁷, Németh B.⁴, Balázs A.⁴, Hegyi E.⁴, Hritz I.⁸, Sahin-Tóth M.⁹, Hegyi P.⁵, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹, Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza Gyermekosztály, Szekszárd², Általános Orvostudományi Kar, Szegedi Tudományegyetem³, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem, Szeged⁴, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest⁵, MRE Bethesda Gyermekkorház, Budapest⁶, Intervenció Gasztroenterológia Részleg, Országos Onkológiai Intézet, Budapest⁷, Gasztroenterológia Osztály, Bács-Kiskun Megyei Oktatókórház, Kecskemét⁸, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Medical Center, United States⁹, Magyar Tudományos Akadémia- Szegedi Tudományegyetem, Lendület Gasztroenterológiai Multidiszciplináris Kutatócsoport¹⁰

Objectives and Study: Recurrent episodes of acute pancreatitis are seen in 15-30% of pediatric cases, they can lead to chronic inflammation. Affected individuals often carry one or more mutations in several disease-associated genes. It has been shown that loss-of-function alterations in chymotrypsin C (CTRC) predispose to pancreatitis by diminishing its protective trypsin-degrading activity. The aim of this study was to investigate the incidence of CTRC mutations, their association with PRSS1, SPINK1, and CFTR mutations and their effect on the age of onset in idiopathic pancreatitis in children.

Methods: The national registry of the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG) contains 43 children (recurrent acute pancreatitis RAP:6, chronic pancreatitis CP:9 and acute pancreatitis AP:28). Idiopathic pancreatitis was found in 26/43 children, 12/26 of them had

genetic testing performed. Blood DNA was isolated from all patients. Mutations were detected in CTRC, the cationic trypsinogen gene (PRSS1), the serine protease inhibitor Kazal type 1 gene (SPINK1), and the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene (CFTR) by direct DNA sequencing.

Results: 58% (7/12) of children had CTRC mutations. Four patients were homozygous and 3 patients heterozygous for the p.G60G mutation. 43% (3/7) of the patients having CTRC mutations had additional mutations in different genes. These included mutations in the CFTR gene (p.F508delta heterozygous), the SPINK1 gene (p.N34S heterozygous) and the PRSS1 gene (p.R122H heterozygous). Patients having two mutations had earlier disease onset (5.7 vs. 8 years), more attacks (12.6 vs. 5.3) and earlier development of chronic pancreatitis (9 vs 13.8 years) than patients with only a single mutation.

Conclusion: CTRC mutations are often detected in children with idiopathic pancreatitis and seem to cause the disease in combination with other genetic risk factors. Age of onset appears to be earlier in patients carrying multiple mutations in different risk genes.

108

KAPSZULÁS ENDOSZKÓPIA GYERMEKKORBAN – 5 ÉVES BETEGANYAGUNK ÁTTEKINTÉSE

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 Gyermekkorház, Budapest¹

Bevezetés: A 2004 óta gyermekeknél végezhető vékonybél kapszulás endoszkópos vizsgálatok leggyakoribb indikációja a gyanított vagy ismert Crohn betegség, ezt követik az ismeretlen eredetű bélrendszeri vérzések, polipózis szindrómák, vashiányos anaemia és malabsorptios kórképek. A vizsgálat biztonságosan alkalmazható kisdedkorban is, a teljes vizsgálatok aránya, a kapszula retentio és szövődmények gyakorisága a felnőttkorihoz hasonló.

Betegek és módszerek: Vizsgálatunk célja volt kórházunkban 2010. és 2015. januárja között végzett kapszulás endoszkópos vizsgálatok retrospektív elemzése a diagnosztika, terápiás módosítások tükrében. Eredmények: A fenti időszakban 62 gyermeknél (kor: 12,7 (3-17,5) év) végeztünk kapszulás endoszkópos vizsgálatot, 40 esetben gyulladásos bélbetegség (gyanított 16, ismert Crohn betegség 10, colitis ulcerosa, indeterminate colitis 14 esetben), ismeretlen eredetű vérzés 15, polipózis és malabsorptio 4-4 esetben volt az indikáció. A teljes vizsgálatok aránya 92% (57/62), kapszula retentio 2 esetben alakult ki, egy gyermeknél műtéti beavatkozást történt a terminalis ileumot érintő jelentős szűkület, Crohn betegség miatt. Az esetek 50%-ban a vizsgálat napja előtti diéta és hashajtó alkalmazása ellenére az ileum distalis szakasza szennyezett volt. Crohn betegségben a teljes vizsgálatok aránya kisebb (82 vs 92%), a kapszula vékonybél tranzitideje szignifikánsan hosszabb volt, mint egyéb indikációkban (279 vs. 195 perc, p:0,002). Gyulladásos bélbetegségben találtak a legmagasabb diagnosztikus értéket 63% (24/38), terápia indítása vagy módosítása 70%-ban (28/40) történt a vizsgálatot követően, ismeretlen eredetű vérzésnél 40%-ban (6/15). A Crohn betegség aktivitási indexe (Paediatric Crohn Disease Activity Index, PCDAI) szignifikáns korrelációt mutatott a gyulladásos elváltozások súlyosságát értékelő Lewis-scorral (r:0,90, p:0,001). Egy gyermeknél több éves malabsorptio háttérben chylomicron inclusions betegség igazolódott a látott nyálkahártya léziók, ezt követő vizsgálatok alapján.

Következtetések: A kapszulás endoszkópia a gyermekkori gasztroenterológiai kórképek diagnosztikájában és kezelésében elfogadott, hasznos eszköz. A gyakoribb indikációk, ezeken belüli diagnosztikus értékek körvonalazódtak.

109

MICRORNA EXPRESSION PROFILING SIGNATURES TO SEPARATE CHRONIC INFLAMMATION FROM PANCREATIC CANCER. PRELIMINARY RESULTS.

Le N.¹, Nagy Z.¹, Szanyi S.², Szűcs Á.³, Borka K.⁴, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Szmola R.², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², 1st Department of Surgery, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary⁴

Background and Aims. Chronic pancreatitis (CP) is a persistent inflammation of the pancreas that results in permanent structural damage with fibrosis and ductal strictures, followed by a decline in exocrine and endocrine function, and debilitating pain as the main symptom. Patients are also at increased risk for pancreatic cancer (PC), a disease well known for its poor prognosis. However, the early

diagnosis of chronic pancreatitis and the separation from PC can be quite challenging, particularly in the background of chronic pancreatitis. It has been reported that microRNAs (miRNAs) are increasingly found and applied as targets for the diagnosis and treatment of various diseases. The aim of the present study was to determine a set of miRNAs that can help in the differentiation between normal, CP and PC tissue specimens.

Methods. Pancreatic tissue samples (n=20) were collected during operations at the 1st Department of Surgery (Simmelweis University), snap-frozen and stored long term at -80°C. CP patients (n=10) were grouped based on the M- ANNHEIM clinical classification (grades B-D, stages Ib-IVb), PC patients (n=5) were all of stage III. Normal tissue (n=5) was also obtained. A senior pathologist checked for tumor content and graded chronic pancreatitis samples using the classification adapted by Klöppel. Total RNA including the small RNA fraction was extracted from the tissue slides using a modified RNeasy Mini Kit (Qiagen), and after RNA quality check, the samples were loaded onto Affymetrix GeneChip miRNA 3.0 microarrays that contained 1733 human mature microRNA sequences. Statistics included the linear model, SAM and PAM methods.

Results. Statistical analyses demonstrated very high sensitivity of distinction between healthy people and patients with either CP or PC. A set of only 7 miRNAs differentiated between controls and CP patients (overexpressed: miR-548ai, miR-3197, miR-3613-3p, miR-4668-5p; underexpressed: miR-17*, miR-29c*, miR-378d) with an accuracy = 0.93, p-value = 0.02, specificity = 100% and sensitivity = 80%. In addition discrimination between cancer and chronic pancreatitis was also achieved with a set of 9 markers including miR-21*, miR-181b, miR-221 and miR-222.

Conclusion. Expression patterns of miRNAs are significantly altered in pancreatic diseases. Microarray analyses identified statistically unique profiles which have the potential to separate between the different tissue types and could serve as molecular signatures that differ according to pathological features.

110

MIRNA EXPRESSIONAL DIFFERENCES IN HEPATIC CIRRHOSIS AND FOCAL NODULAR HYPERPLASIA

Lendvai G.¹, Gyöngyösi B.², Schlachter K.², Patonai A.³, Dóra R.², Nagy P.⁴, Schaff Z.², Kiss A.², MTA-SE Tumor Progression Research Group, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Pathology, Semmelweis University, Budapest, Hungary², Department of Transplantation and Surgery, Budapest, Hungary³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Budapest, Hungary⁴

Background and aims: Hepatic cirrhosis develops as a response to chronic injury, resulting in a rebuilding of the liver tissue. The microscopically seen nodular structure appears as the fibrotic tissue produced in excess surrounds the remaining liver parenchyma, contributing to the deterioration of normal liver function. In contrast, focal nodular hyperplasia (FNH) is a benign proliferating reaction of the liver to a localized vascular malformation, which microscopically shows a nodular appearance similar to cirrhosis. In this study, we aimed to compare the expression of selected miRNAs in these two liver diseases.

Methods: The relative expression levels of miR-17-5p, miR-18a, miR-21, miR-34a, miR-122, miR-140, miR-195, miR-210, miR-214, miR-221, miR-222, miR-223, miR-224 and miR-328 were determined in 67 RNA samples isolated from 30 cirrhotic and 22 FNH cases, altogether with 15 normal formalin-fixed paraffin-embedded liver tissues using TaqMan MicroRNA Assays. The cirrhosis samples were obtained upon orthotopic liver transplantation from patients suffering from chronic hepatitis C (CHC) or alcoholic liver disease (ALD).

Results: In comparison to normal liver, increased miR-21, miR-34a, miR-224 (p<0.003) and decreased miR-17-5p and miR-221 levels (p<0.0001) were found in cirrhosis, whereas elevated miR-34a and miR-224 (p<0.0003) and reduced miR-17-5p, miR-18a, miR-210, miR-222 and miR-223 expression (p<0.03) were observed in FNH. When comparing cirrhosis and FNH, miR-18a, miR-21, miR-195, miR-210 and miR-222 showed decreased levels (p<0.02) in FNH. In respect to cirrhosis etiology, miR-21, miR-34a and miR-224 were elevated (p<0.03) and miR-17-5p and miR-221 were reduced (p<0.007) in CHC, whereas miR-224 was increased (p<0.0002) and miR-17-5p and miR-221 were decreased (p<0.01) in ALD as compared with normal liver. Furthermore, reduced levels of miR-18a, miR-21, miR-195, miR-210 and miR-222 (p<0.02) were found in CHC as compared with FNH.

Conclusion: The increased miR-224 and the decreased miR-17-5p levels may reflect molecular events that are common in cirrhosis and

FNH regardless of the etiological background of cirrhosis. In addition, downregulation of miRNAs seems to be more frequent in FNH.

Acknowledgement: This work was supported by OTKA grants K101435 and K108548 from the National Scientific Research Foundation.

111

MASS-LIKE LESIONS INCLUDING A RARE CASE OF MELENA CAUSING MASSON'S HEMANGIOMA AMONG THE CAPSULE ENDOSCOPY CASES OF THE SEMMELWEIS UNIVERSITY-2ND DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE DURING 2014

Lippai D.¹, Madácsy L.¹, Baló T.², Halász J.³, Nehéz L.⁴, Hagymási K.¹, Papp G.⁵, Németh A.¹, Máthé Z.⁶, Pápay J.⁷, Mihály E.¹, Sági Z.⁷, Gráf L.², Herszényi L.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis University - 2nd Department of Internal Medicine¹, Semmelweis University - 3rd Department of Internal Medicine², Semmelweis University - 2nd Department of Pathology³, Semmelweis University - 1st Department of Surgery⁴, Uzsoki Hospital - Department of Surgery⁵, Semmelweis University - Department of Transplantation and Surgery⁶, Semmelweis University - 1st Department of Pathology⁷

Capsule endoscopy is a relatively safe and sensitive examination in detecting small intestinal bleeding and mass-like lesions. We aimed to evaluate small intestinal mass-like cases among patients who underwent capsule endoscopy with MiroCam system in the 2nd Department of Internal Medicine during 2014. The age range of total 54 cases, who underwent capsule endoscopy in 2014, was 17-84 years (mean: 56.2), 35 were female, 19 were male. All cases were referred to our clinic to assess the cause of obscure gastrointestinal bleeding, and all underwent careful workup on gastrointestinal bleeding by esophagogastroduodenoscopy and colonoscopy. Five (9.3%) out of 54 had small intestinal mass-like lesion. All had histopathological confirmation following surgical resection. 1st case, 65 year old female had direct progression of colonic adenocarcinoma to small intestine at multiple sites. 2nd case, 69 year old female had grade I small intestinal adenocarcinoma causing severe stenosis. 3rd case, 65 year old male previously diagnosed and treated for metastatic GIST tumor had his primary tumor been found. 4th case, 43 year old male had clear cell sarcoma of the ileum. 5th case, 64 year old female had a Masson's hemangioma. Masson's hemangioma, also known as intravascular papillary endothelial hyperplasia (IPEH), is a sporadic disease with either benign dermal/mucosal presentation or rarely as major GI bleeding. In the literature 10 gastrointestinal IPEH has been reported, out of which 4 were found in the small intestine presenting with melena. Here we report a 64 year-old woman who was referred to our clinic to perform microcytic anemia workup caused by obscure gastrointestinal bleeding. On capsule endoscopy we observed an intraluminal polypoid mass in the mid small intestine with superficial ulceration and fresh coagulum. Small intestinal bowel resection resolved the obscure bleeding symptoms. Pathologic examination of the surgical specimen showed IPEH after careful exclusion of other vascular malformations, i.e. angiosarcoma. To our knowledge, the pathognomonic feature of IPEH during capsule endoscopy has not yet been described in medical literature, here we present its feature. Capsule endoscopy can be a useful guide in further endoscopic or surgical treatment of intestinal mass like lesions.

112

INTERFERON SENSITIVITY AND COST-EFFECTIVENESS IN NAÏVE CHRONIC HEPATITIS C PATIENTS IN THE ERA OF INTERFERON-FREE THERAPIES

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: Pegylated interferon (PEG-IFN) and ribavirin (RBV) therapy results about 40% sustained virological response (SVR) rate in naïve chronic hepatitis C genotype 1 (CHC G1) subjects with numerous side-effects. Assessment of failed SVR based on interferon sensitivity may be a cost-effective method in the era of interferon-free therapies.

Aim: To determine the rate of missing SVR and the costs of unnecessary PEG-IFN and RBV therapy in naïve CHC G1 patients who achieved early virological response (EVR: >2 log decline in baseline viral load on week 12).

Patients and methods: We analyzed data of 191 naïve CHC patients (85 males, 106 females), who received PEG-IFN and RBV from 2003 to 2013. Baseline parameters like age, sex, viral load, ALT, gamma-GT and cholesterol were recorded. Treatment duration was 48 weeks in

whom EVR was detected; twenty-six patients without EVR were excluded from the analysis. We investigated the missing SVR rate of complete (viral load not detectable) and partial (> 2 log decline of baseline RNA) EVR patients and their therapeutical cost. EVR and SVR RNA assays were performed by PCR (polymerase chain reaction) methods. The amount of 48 weeks PEG-IFN/ RBV therapy was about 20.400 USD.

Results: The overall SVR rate of EVR patients was 44% (73/165). The failed SVR rate was 26% (24/91) in cEVR and 92% (68/74) in pEVR persons. Using similar data to assess the interferon sensitivity percentage of 100 naïve patients, about 50 subjects will fail SVR. Unsuccessful use of PEG-IFN/RBV drugs for 48 weeks results minimally 1.020.000 USD cost in these patients.

Conclusions: About half of naïve CHC G1 patients cannot achieve SVR, but has enough interferon sensitivity to access EVR. Highly sensitive negative prediction of failed treatment success is necessary before the administration of interferon-based therapy and suggest the use of interferon-free therapeutic regimes in these patients. The unsuccessful use of PEG-IFN/ RBV therapy requires large financial sources. At the same time, the cheaper PEG-IFN/RBV combination may also suitable for interferon sensitive, responder patients.

113

UPPER GASTROINTESTINAL POLYPECTOMY IN OUR DEPARTMENT

Lőrinczy K.¹, Rusznyák K.¹, András P.¹, Mályi K.¹, Bíró B.¹, Varsányi M.¹, Tolmácsi B.¹, Visnyei Z.¹, Schäfer E.¹, Rábai K.¹, Zsigmond F.¹, Banai J.¹, Jäckel M.², Gyökér T.¹, Dept. of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest¹, Dept. of Pathology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest²

Introduction: Polyps of the upper gastrointestinal tract are rarely cause symptoms and usually revealed during gastro-duodenoscopy performed for other reasons. Despite it the diagnosis and correct treatment is important because some polyps have malignant potential. **Aims:** Our aim was to assess the effectiveness and safety of upper gastrointestinal polypectomy performed in the last year in our department. Patients and methods: We searched for patients who had upper gastrointestinal tract polypectomy in the last year using the Medical Center database (MedWorkS).

Results: In the study period we have performed 58 (29 female / 29 male) endoscopic polypectomy in the upper gastrointestinal tract. Patients mean age were 66.3 ± 14.8 years. Seventeen patients (29%) were on antiaggregation treatment and 6 (10.3%) received low molecular weight heparin. Most of the patients (59% (n=34)) were asymptomatic. Large proportion of them (21%, n=12) showed multiple polyps, as well. The localisation was in the body, antrum, fornix of the stomach and duodenum in 41% (n=24), 24% (n=14), 10% (n=6) and 24% (n=14), respectively. The mean polyp size was 9.0 ± 8.1 (2-30) mm. The complications we had were only 3 (5%) cases of postpolypectomy bleeding. Two (3%) of them needed endoscopic treatment, but none of them need transfusions. Perforation has not occurred. From the evaluable (91%, n=53) histological sampling we most commonly found hyperplastic polyps (39% (n=19)) followed by adenoma (26%, n=14) and fundic gland polyps (25%, n=13).

Summary: In our study we found that about a quarter of the removed upper gastrointestinal polyps were adenoma, that known to be a precancerous condition. However, based on literature data adenomas are associated with synchronous carcinoma in 8-59% of the cases, we did not find any cancer at the time of adenoma diagnosis. Therefore patients after removal of upper gastrointestinal adenomas should be followed endoscopically, regularly.

114

ARE EXTRAINTestinal MANIFESTATIONS ASSOCIATED WITH DISEASE OUTCOMES IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES? RESULTS FROM THE VESZPREM POPULATION BASED INCEPTION COHORT DATABASE

Lovász B.¹, Golovics P.¹, Végh Z.¹, Szita L.², Balogh M.³, Vavricka S.⁴, Rogler G.⁴, Lakatos L.², Lakatos P.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky Ferenc Hospital, Veszprem, Hungary², Department of Medicine, Grof Eszterhazy Hospital, Papa, Hungary³, Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Zurich, Switzerland⁴

Background and Aims: Association between extraintestinal manifestations (EIM) and disease activity suggest a common pathogenic link. Limited data are available on the effect of EIMs on the

long-term disease course in inflammatory bowel diseases (IBD). The aim of this study was to analyze the association between the presence of EIMs (joint, skin, eyes) and treatment steps and long term disease outcomes in the population-based inception cohort in the Veszprem province database after 1977.

Methods: A well-characterized Hungarian cohort of 506 incident cases with Crohn's disease (male/female: 251/255, age at diagnosis: 31.5 years, SD 13.8 years) diagnosed from January 1, 1977 were included and data of 347 incident UC patients diagnosed from January 1, 2002 were analyzed (m/f: 200/147, median age at diagnosis: 36, IQR: 26-50 years, duration: 7, IQR 4-10 years). Follow-up data were collected until December 31, 2012. Both in- and outpatient records were collected and comprehensively reviewed.

Results: EIMs (Joint, skin and eyes) were present in 32.2% of the CD and 17.3% of the UC patients. Presence of EIMs was associated in both CD and UC with female gender (pCD= 0.01, pUC=0.07), with ileocolonic and extensive location (pCD=0.009, pUC=0.003). In CD, there was an association with smoking (p<0.001), but not in UC. No association was found in both CD and UC between the presence of EIMs and need for surgery/colectomy. Presence of EIMs was associated with the need for azathioprine (pCD<0.001; pUC =0.004) and need for steroids (pCD <0.001, pUC <0.001) in both diseases, but anti-TNF therapy was only associated in CD (p<0.001). In Kaplan-Meier analysis there was an association between the presence of EIMs and time to first UC-related hospitalization (p=0.002).

Conclusions: In IBD, the presence of EIM was associated higher maximum treatment steps during the disease course including need for steroids, azathioprine. In CD, there was an association with anti-TNF therapy while in UC with the need for hospitalization.

115

LACK OF SEROTONIN SIGNIFICANTLY ELEVATES PANCREATIC EPITHELIAL FLUID AND BICARBONATE SECRETION IN MICE

Madácsy T.¹, Pallagi P.¹, Balázs A.¹, Venglovecz V.², ifj. Rakonczay Z.¹, Maléth J.¹, Hegyi P.¹, SZTE AOK I. sz.Belgyógyászati Klinika¹, SZTE AOK Farmakológiai és Farmakoterápiai Intézet²

Introduction. Serotonin (5-hydroxytryptamine, 5-HT) is a potent bioactive molecule, which regulates zymogen secretion in pancreatic acinar cells and inhibits pancreatic ductal epithelial secretion. Recently it was demonstrated that tryptophan hydroxylase-1 (TPH-1) knock-out mice, which lacks peripheral 5-HT, develop less severe acute pancreatitis (AP) compared to wild type (WT) controls. Decreased pancreatic fluid and bicarbonate secretion can lead to more severe AP, however the pancreatic ductal secretion of TPH-1 knock-out mice has not been evaluated, which might contribute to the protection against AP.

Aim. Our aim was to evaluate the pancreatic ductal secretion in TPH-1 knock-out and WT mice. **Methods.** Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from the pancreas of TPH-1 knockout and WT mice. In vitro pancreatic ductal fluid secretion has been evaluated using videomicroscopy. Bicarbonate secretion of pancreatic ductal epithelial cells was measured by microfluorimetry.

Results. In vitro pancreatic ductal fluid secretion was significantly increased in TPH-1 knock-out mice compared to WT controls. Basolateral administration of 20mM NH₄Cl revealed that the activities of the apical Cl-/HCO₃- exchanger (CBE) and the basolateral Na+/HCO₃- cotransporter and Na+/H+ exchanger were significantly elevated in TPH-1 knock-out mice. The acidification caused by basolateral administration of dihydro-4,4'- diisothiocyanostilbene-2,2'-disulfonic acid (H₂DIDS) and amiloride was markedly increased in TPH-1 knock-out mice confirming the increased activity of the apical HCO₃- secretion. In vitro administration of serotonin significantly decreased the activity of the acid/base transporters in TPH-1 knock-out and WT ductal epithelial cells.

Conclusion. These findings indicate that the fluid and bicarbonate secretion is significantly increased in the absence of serotonin, which might contribute to the decreased severity of AP in TPH-1 knock-out mice.

116

SAFETY AND EFFECTIVENESS OF ANESTHESIOLOGIST-ADMINISTERED PROPOFOL VERSUS PROPOFOL AND NALBUPHINE FOR DEEP SEDATION DURING AND AFTER OUTPATIENT COLONOSCOPY

Madácsy L.¹, Gellért B.², Murányi M.³, Lippai D.¹, Tulassay Z.¹, Semmelweis Egyetem II. Sz. Belgyógyászati Klinika¹, Semmelweis

Egyetem Doktori Iskola, Budapest², Endo-Kapszula Endoszkópos Centrum, Székesfehérvár³

Introduction: More than 90% of gastrointestinal endoscopy procedures are nowadays performed under propofol deep sedation in Western countries. This ratio is significantly lower in Hungary, despite of the obviously better patient satisfaction and the low risk of complications during deep sedation. The aim of our present study was to evaluate the safety and effectiveness of 1000 ambulatory colonoscopies carried out under propofol versus propofol and nalbuphine deep sedation with respect to endoscopic and anesthesiologists success rate, complications and patient satisfaction.

Methods: Prospective collection and evaluation of patient database was performed. We investigated 190 patients receiving nalbuphine and propofol and another 810 patients receiving propofol alone. The cecal intubation rate, the incidence of major and minor cardiovascular and respiratory complications in terms of the mean of the highest and lowest blood pressure and heart rate values were measured as well as changes in oxygen saturation (SpO₂) were calculated. The propofol induction and total dose, the time from induction to spontaneous awakening, the recovery time and Post Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS) were also compared. Finally, patient satisfaction was evaluated, by comparing the results of visual analogue scales (VAS) filled by 55 patients receiving deep propofol sedation and by 55 patients who underwent conscious colonoscopy without any premedication.

Results: No significant differences in the cecal intubation rate was demonstrated in the nalbuphine and propofol vs. propofol groups: 98.4% vs. 96.8% ($p=0.31$). No major cardio-respiratory complications occurred. We observed desaturation to 80-90% of SpO₂ lasting less than 2 min in 12 patients. SpO₂ dropped under 80% and lasting less than 2 min occurred in 5 patients. The induction propofol dose was 40±13 mg vs. 117±45 mg, and the corresponding mean total doses of Propofol was 80.5±32.8 mg and 210.1±93.2 mg in the two groups, respectively ($p<0.0001$). There was no significant differences in the mean awakening time was 30 min±10.7 vs. 29.83 min±10.7, $p=0.5$, and in the mean recovery time 51.7 min±23.4 vs. 49.5 min±21.7, $p=0.4$ when we compared patients group with nalbuphine and Propofol versus Propofol administration alone, respectively. However, the PADSS was significantly lower demonstrating more symptoms which prevented timely patient discharge in the nalbuphine group: 9.85±0.6 vs. 10±0.0. On a 10-point validated VAS's scale, the mean patient satisfaction with colonoscopy was 9.66±0.99 vs. 7.01±2.23 ($p<0.0001$) in the propofol vs. conscious nonsedated control group, respectively.

Conclusions: Propofol deep sedation administered by an anesthesiologist with appropriate monitoring seems to be a safe procedure during outpatient colonoscopy with excellent patient satisfaction. Low-dose nalbuphine combined with propofol is an effective and economic alternative, but side effects of morphine agonists reduce PADSS and may prevent timely patient discharge.

117 SOMATOSTATINNAL KEZELT NEUROENDOCRIN GYOMORCARCINOMA, ESETBEMUTATÁS.

Magyarosi D.¹, Ruzsa Á.², Györfy K.², Egyházi Z.³, Veress G.³, Szalai K.³, Oláh T.⁴, Somodi K.⁴, Moró Z.⁵, Garbera I.⁶, Tóth G.⁶, Hunyady B.¹, Gasztroenterológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár¹, Onkológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár², Patológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár³, Általános-, Mellkas- és Érbébeszeti Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár⁴, Radiológia Osztály, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár⁵, Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet, Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrum, Toponár⁶

Bevezetés: A malignus gyomordaganatok 85%-a adenoc., ritkább a lymphoma és a Gasztrointesztinális Stromális Tumorok. A diagnózist a gastroscopos vizsgálat és a biopsziából készült szövettani kép alapján állítjuk fel. A kezelés lehet endoscopos, sebész, gyógyszeres, kemo- és/vagy sugárterápia. A kórjóslat a betegség előrehaladottsága és a terápiás lehetőségek függvényében változó.

Esetismertetés: 1. beteg: 61 éves nőbeteg epigastriális fájdalommal jelentkezett vizsgálatra mellkas CT és bronchosopia leletekkel, melyek a jobb tüdőben citológiai negatív tüdő góccokat igazoltak. Gastroscopiát végeztünk, mely során gyomorpolypokat észleltünk, szövettan neuroendocrin cc.-t igazolt. Nyaki lágyrész CT a pajzsmirigy megnagyobbodott bal lebenyében góc gyanúját vetette fel, scintigráfia patológiás somatostatin receptor dúsulást ábrázolt az említett gócban, valamint a tüdő elváltozásban is. Onkoteam döntése alapján atypusos gyomorresecció és jobb alsó tüdőlebeny eltávolítása történt, épbén

reseccálva, illetve a műtét során észlelt torquálódott appendix epiploica eltávolítására került sor a sigmáról. A jobb felső tüdőlebenyben lévő metastasis lassú progressziója miatt Ocreotide terápiát alkalmaztunk, mely hatására gastroscopia során recidívát nem észleltünk, a tüdőgóc regressziója mutatkozott chromogranin negativitással. 2. beteg: A 80 éves férfi beteg fogyás és hasmenés miatti kivizsgálása a gyomorban neuroendocrin carcinomát igazolt. Polypectomia történt, a szövettan megerősítette a diagnózist. Mellkasi CT felvetette pulmonalis metastasis lehetőségét. Onkoteam javaslatára Lanreotide terápiát alkalmaztunk. Hat hónapos kontroll során a gastroscopián recidíva nem látszott, a polypectomia helyéről vett biopszia malignitást nem igazolt, chromogranin A és synaptophysin negativvá vált.

Következtetés: Bemutatott eseteinkben endoscoposan felismert gyomorpolypok szövettana malignitást igazolt. Onkoteam döntése alapján végzett somatostatin kezelés mellett egyik esetben sem észleltünk tumor progressziót.

118 TRANSLOCATION BETWEEN PI(4,5)P2-POOR AND PI(4,5)P2-RICH MICRODOMAINS DURING STORE DEPLETION DETERMINES STIM1 CONFORMATION AND ORAI1 GATING

Maléth J.¹, Choi S.², Ahuja M.², Hegyi P.¹, Muallem S.², First Department of Medicine; University of Szeged; Szeged, Hungary¹, Epithelial Signaling and Transport Section, Molecular Physiology and Therapeutics Branch, NIDCR, NIH, Bethesda, United States²

Background: Receptor-stimulated Ca²⁺ influx, a critical component of the Ca²⁺ signal in epithelial cells, is mediated in part by the Ca²⁺ channel Orai1, which is activated by the endoplasmic reticulum (ER) Ca²⁺ sensor protein Stim1 in response to Ca²⁺ release from the ER. Orai1 then undergoes slow Ca²⁺-dependent inactivation (SCDI) that is mediated by binding of the regulator protein SARAF to Stim1. Aim: In this study our aim was to characterize the regulation of Orai1.

Materials & methods: Human embryonic kidney 293 cells were transfected with different plasmid constructs. We used SCDI by SARAF as a reporter of the conformation and microdomain localization of the Orai1-Stim1 complex. FRET was used to follow interaction of Stim1-SARAF and Ca²⁺ current measurement to determine Orai1 activity.

Results: Interaction of SARAF with Stim1 required the presence of Stim1-Orai1 in the ER/PM microdomain that is tethered by E-Syt1, stabilized by Septin4 and enriched in PI(4,5)P2. Notably, selective targeting of Stim1 to PI(4,5)P2 rich or to PI(4,5)P2-poor microdomains revealed that SCDI by SARAF is observed only when the Stim1-Orai1 complex is within the PI(4,5)P2-rich microdomain. Measuring the dynamics of Stim1-Orai1 localization using PI(4,5)P2-rich or PI(4,5)P2-poor microdomain probes revealed that store depletion is followed by transient Stim1-Orai1 formation in the PI(4,5)P2-poor microdomain where the channel is fully active, which then translocates to the PI(4,5)P2-rich domain to recruit SARAF and initiates SCDI.

Conclusion: These findings reveal the role of the ER/PM tethers in the regulation of Orai1 function and Ca²⁺ influx and describe a new mode of regulation by PI(4,5)P2 involving translocation between PI(4,5)P2 microdomains.

119 AUTOIMMUN PANCREATITIS – A RARE FORM OF CHRONIC PANCREATITIS

Márk L.¹, Kovács A.¹, Döbrönte Z.¹, Patai Á.¹, Markusovszky Teaching Hospital Szombathely¹

Introduction: Autoimmune pancreatitis (AIP) is a rare and uncommon form of pancreatitis, characterized by chronic inflammation. It's pathomechanism is still not clear. Elevated serum IgG4 immunoglobulin concentrations, some autoantibodies and the presence of IgG4 positive immune cells were observed. The clinical picture of AIP is not characteristic, abdominal pain, weight loss and obstructive jaundice can be observed. AIP is sometimes associated with other autoimmune disorders, such as Sjögren's syndrome, Riedel thyroiditis, sclerosing cholangitis, and inflammatory bowel disease. The clinical relevance is that it can be mistakenly diagnosed as pancreatic cancer. Both have similar signs and symptoms, but need very different treatments, so it is very important to distinguish one from the other. On the other hand in contrast with the majority of chronic pancreatitis it can be efficiently treated, even complete remission can be achieved on steroid therapy.

Aim: Through the case of our 42-year old patient we would like to present the characteristics of this heterogeneous and fibroinflammatory disorder of the pancreas.

120

LAPAROSKÓPOS ULTRAHANG SZEREPE A FELSŐ TÁPCSATORNAI DAGANATOK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN

Mersich T.¹, Mészáros P.¹, Dubóczki Z.¹, Sztipits T.¹, Tarpay Á.², Szmolá R.², Pozsár J.², Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum Hasi Sebészeti Osztály¹, Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum Invazív Gastroenterológiai Részleg²

Bevezetés: A laparoscopos ultrahang (lapUH) vizsgálat korlátozott elérhetősége és határterületi helyzete miatt kevésbé ismert eljárás. A felső tápcsatorna daganatos elváltozásainak diagnosztikájában és kezelésében az endoszkópos ultrahang (EUS) mellett tapasztalatunk szerint a lapUH vizsgálat "hözagoptoló" szereppel bírhat. Előadásunkban a lapUH kezelési tervben elfoglalt lehetséges szerepét kívánjuk bemutatni Osztályunkon kezelt betegeink tapasztalatai alapján.

Módszer: Laparoscopos UH vizsgálatra felső tápcsatornai daganat miatt végzett műtét során 16 alkalommal került sor. 11 alkalommal laparoscopos májreszekció során a reszekciós vonal meghatározásában és a maradék májvolumen tumormentességének verifikálásában, 3 esetben pancreas elváltozások kiterjedésének és szövettani verifikálásának megállapításában, 1 esetben retroperitonealis tumor és annak májajuttatásának verifikálásában, 1 alkalommal gyomor GIST kiterjedésének megítélésében volt segítségünkre a módszer. A reszekciós szélek a reszekált máj vonatkozásában 1 alkalommal volt érintett, 10 esetben ép széleket biztosított a reszekció. A pancreas biopsziák során a laparoscopos UH vezérelt mintavétel során lymphoma, GIST, egy alkalommal chronicus pancreatitis igazolódott malignitás nélkül, ezen eredmények a korábbi kezelési tervet alapvetően befolyásolták. A laparoscopos UH jelentősége elsősorban a hagyományos képalkotókkal és EUS-sel sem verifikálható léziók műtéti úton, minimálisan invazív technikával történő szövettani mintavétele során, illetve igazolt malignomák laparoscopos műtéti eltávolítása során a lokalizáció segítésében van. Laparoscopos májsebészethet a lapUH nélkülözhetetlen, szerepe a sebészeti reszekció kiterjesztésének meghatározásában áll. A módszer eredményes alkalmazása egyszerre kíván jártasságot laparoscopos sebészethetben, UH vizsgálatban és percutan intervenciós technikákban.

121

AKUT GASTROINTESTINÁLIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSÁNAK BEMUTATÁSA AZ MH EK SZRI GASTROENTEROLÓGIAI SZAKRENDELÉSÉN

Micskó É.¹, Magyar Honvédség Egészségügyi Központ Honvéd Kórház Szakrendelő Intézet Gastroenterológia¹

Az MH EK Szakrendelő Intézet Gasztro-endoszkópos Szakrendelése 2014 májusától eddigi feladatai mellett kiemelt szerepet kapott az akut gasztrointesztinális vérző betegek területi és regionális ellátása során. A kiemelt öt centrum egyike lehettünk.

Feladatunk az akut gasztrointesztinális vérző betegek diagnosztizálása, endoszkópos ellátása. Intézményünkben a Gasztroenterológus szakorvosok és endoszkópos szakasszisztensek a kórház egyéb egységeivel együttműködve team munka keretében végzik tevékenységüket.

Poszteremem ismertetni szeretném Gasztroenterológiánk feladatait, munkáját.

- A sürgősséggel végzett endoszkópos vizsgálatok leggyakoribb indikációit. (diagram segítségével)
- A gasztrointesztinális vérzések során alkalmazásra kerülő terápiás endoszkópos beavatkozásokat. Első tapasztalataink a Hemospray használata során.
- Az Endoszkópos asszisztenseink feladatai a sürgősségi kórképek ellátása kapcsán.
- Lehetséges betegutak intézményünk Gasztroenterológiai ellátását követően.

Tapasztalataink összefoglalása.

122

AZ ADALIMUMAB TROUGH SZINTEK ÁLLANDÓSÁGÁT BEFOLYÁSOLHATJA A TESTFELÜLET ÉS TESTÖSSZETÉTEL

Miheller P.¹, Molnár A.², Piri Z.¹, Katona B.¹, Farkas K.³, Kui R.⁴, Molnár T.³, Csontos Á.¹, Semmelweis Egyetem, II. Sz. Belgyógyászati

Klinika, Budapest¹, Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Patológiai Tudományág, Egészségtudományok program, Budapest², Szegedi Tudományegyetem, I. Sz. Belgyógyászati Klinika,³ Szegedi Tudományegyetem, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika⁴

Háttér: Az anti-TNF alfa gátló adalimumab (ADA) a gyulladásos bélbetegek (IBD) kezelésében sikeresen alkalmazott szer. A készítmény adagolása szubkután formában, a testtömegtől függetlenül, egységes dózisban történik. A jövőben célszerű lehet az ADA szint monitorozása a terápia optimalizálása, személyre szabása és hatékonyságának javítása érdekében. A célunk az volt, hogy felmérjük, befolyásolják-e a testösszetétel paraméterei az ADA völgykoncentrációját és annak variabilitását.

Módszerek: A vizsgálatunkba 18 olyan IBD beteget vontunk be, akiknél ADA kezelést indítottunk. Az indukciós terápia 160/80 mg-al kezdődött a 0/2 héten, majd fenntartó kezelésként kéthetente 40 mg ADA-val folytatódott. Az ADA szintek mérésére a kezelés 6. és 12. héten került sor. A testösszetétel vizsgálatát a kezelés kezdetén bioimpedancia analízis (BIA) segítségével, InBody720 készülékkel végeztük és 3 hónap elteltével ismételtük. A kapott BIA értékekből testösszetétel indexeket számítottunk (fat-free mass index [FFMI], skeletal muscle index [SMI], body fat mass index [BFMI]). A testfelszínt a DuBois-DuBois formula alkalmazásával számoltuk. Eredmények: Méréseink alapján a 6. és 12. heti ADA trough szintek nem különböztek szignifikánsan (9,00±2,90 µg/mL vs 7,73±3,14 µg/mL). Három betegnél mértünk (6,7%) szuboptimális ADA szintet, de csak egyikőjüknek detektáltunk antitesteket, őt a további vizsgálatokból kizártuk. Az adalimumab trough szintek változása negatívan korrelált a testfelülettel (r=-0,682; p=0,002). Mérsékelt összefüggést találtunk a völgykoncentráció variabilitása és BIA-val mért az izomparaméterek között (FFMI: r=-0,494, p=0,045, SMI: r=-0,508, p=0,038). Az ADA szintek változása nem mutatott összefüggést sem a zsírpáraméterekkel, sem az intra- és extracelluláris folyadékterek megoszlásával (BFMI: r=-0,099, extra/intracelluláris víz: r=0,089).

Következtetés: Vizsgálatunk kezdeti eredményei arra engednek következtetni, hogy a testfelület nagysága és a test izomparaméterei befolyásolhatják az adalimumab szérumszintek állandóságát. Eredményeink felvetik a kérdést, hogy a jövőben az adalimumab dózist a testfelülethez vagy a testösszetételhez kellene igazítani. A kérdés megválaszolásához a továbbiakban nagyobb betegpopulációt bevonó vizsgálatokra van szükség.

123

WHICH BIOLOGICAL THERAPY IS PREFERRED BY PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN HUNGARY?

Milassin Á.¹, Rutka M.¹, Csontos Á.², Miheller P.², Palatka K.³, Szűcs M.⁴, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Bor R.¹, Szepes Z.¹, Molnár T.¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 2nd Department of Internal Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary³, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary⁴

Background: Currently, two anti-tumor necrosis factor (TNF)-α therapies are available in the clinical practice for the treatment of moderate to severe inflammatory bowel disease (IBD) in Hungary. Although infliximab (IFX) and adalimumab (ADA) have similar efficacy, the route of administration is different which may influence the patient's preference. The aim of this study was to evaluate and compare the patients opinion on the two types of anti-TNF-α therapies in a Hungarian cohort of IBD patients who have received separately IFX, ADA or both IFX and ADA. Methods: An anonymous questionnaire was distributed to IBD patients who had attended three Hungarian IBD centers from April to September 2014. The survey focused on the preferences of the two anti-TNF-α therapies on the basis of the efficacy, the administration routes and side-effects. Results: 292 IBD patients (133 male, 159 female; 216 Crohn's disease, 74 ulcerative colitis, and 2 indeterminate colitis) completed the questionnaire. The mean age of patients was 35 years and the mean disease duration was 10 (1-38) years. 168 patients received only IFX, 45 patients received only ADA and 79 patients were treated with both anti-TNF-α agents. 68 patients were switched from IFX to ADA, while, 11 were switched from ADA to IFX. The mean duration of biological therapy was 1.7 (1-7) years. IFX treated patients noticed improvement of symptoms at 4-5 weeks and ADA treated patients noticed at 5-6 weeks. At the time of the survey, 33 patients were free of biological therapy, 153 were receiving IFX and 106 ADA. There was no difference between the patients' satisfaction regarding the types of anti-TNF-α therapy if they

received both. However, subcutaneous administration was preferred by ADA-treated patients previously receiving IFX ($p=0.007$) compared to intravenous route and they did not intend to change the mode of therapy ($p=0.040$). 90% of the patients, receiving only IFX or ADA were satisfied with their present therapy. The majority of patients would not switch to the other anti-TNF- α medication. 22% of the patients reported to have some concern with biological therapy – the majority due to fear from side effects. Conclusion: The majority of the patients preferred and would not change the present anti-TNF- α therapy, however, subcutaneous administration was preferred among those patients who had have experience with both.

124

CHANGES IN THE CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CANCER IN THE LAST 15 YEARS

Molnár S.¹, Juhász M.¹, Mihály E.¹, Miheller P.¹, Müllner K.¹, Sipos F.¹, Székely H.¹, Lippai D.¹, Kocsis D.¹, Péter Z.¹, Németh A.¹, Tulassay Z.¹, Herszényi L.¹, 2nd Department of Medicine; Semmelweis University, Budapest, Hungary;¹

Background: The incidence of colorectal cancer (CRC) increased in the last years in Western-countries and Hungary, and the disease starts to develop in an earlier age group. In general 70% of CRC is localised in the left colon and rectum, but recent studies suggest an increasing trend of right-sided tumours.

Aims: to investigate the prevalence of CRC, and to examine distribution of the gender, age and location over a 15-year period in our academic centre. Methods: a retrospective review of endoscopic and histologic records of patients with CRC between 1998 and 2013 every three years has been performed.

Results: Over a 15 years period (examined years were 1998, 2001, 2004, 2007, 2010 and 2013) a total of 9708 patients underwent colonoscopy. CRC was diagnosed in 3 % ($n=303$) of all patients. The rate of CRC increased significantly from 1998 to 2013 (2.48 % and 3.57%, respectively $p<0.05$), which represents an increase of 14 %. The mean age of CRC patients at the time of their diagnosis was 67,5 years over the examined time period, however, a stepwise decrease from 2001 to 2013 was observed (73 to 66 years, respectively, $p<0.05$). CRC was mainly detected in 70-80 years old patients in 1998-2001, while in 2013 the main age group was 60-70 years. The overall rate of right-sided CRC was around 30%, its prevalence increased from 1998 to 2007 (29% and 44%, respectively, $p<0.05$). The rate of right-sided CRC in females was significantly higher than in men ($p<0.05$), except in 2013 (female-male rates: 25-19 % in 1998; 29-10 % in 2001; 16-14 % in 2004; 26-21 % in 2007; 24-16 in 2010, and 9-14 % in 2013). The prevalence of rectum tumours showed a 3% increase in the left-sided tumour subgroup during the detailed study of localization.

Conclusion: The prevalence of CRC increased significantly over a 15-year period in our high-volume academic endoscopic centre between 1998 and 2013. We confirm a significant decrease in the average age of onset. We demonstrate a significant increase in the prevalence of right-sided tumors, especially in female patients.

125

A REVERSIBLE DNA METHYLATION SIGNATURE PRECEDE SPORADIC MUTATIONS IN COLORECTAL ADENOMA-DYSPLASIA-CANCER DEVELOPMENT

Molnár B.¹, Péterfia B.¹, Kalmár A.², Wichmann B.¹, Patai V. Á.², Tulassay Z.¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University; Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary;¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background & Aims: Next generation sequencing and array technologies allow the systematic investigation of genetic or epigenetic alterations in AD-CRC. The colorectal adenoma-cancer (AD-CRC) development is characterised by sporadic (<45%) mutations in a limited number of genes. Methylation of selected genes occurs in high frequency (>95%) in early stages of cancers. We aimed to evaluate epigenetic and genetic alterations in AD-CRC development using next generation sequencing and DNA methylation arrays.

Materials & methods: DNA was isolated from biopsies (20 normal; 33 AD; 17 CRC). A multiplex PCR panel was designed to amplify mutation hot spots of 12 selected genes (e.g. APC, EGFR, KRAS, PIK3CA, SMAD4, TP53). DNA methylation analysis of 94 genes was performed on Human Colon Cancer EpiTect Methyl II Signature PCR Array (Qiagen). Whole genome expression analysis was performed with HGU133Plus2.0 microarrays (Affymetrix) from 49 normal, 49 AD

and 49 CRC and on HT-29 cells after 5-Aza treatment. Immunohistochemistry was performed using tissue microarrays.

Results: Mutations were found in 76% of adenomas and 78% of the CRCs. The average number of mutations in mutated samples was 1; 1,8; 1,9 and 2,3 in low grade, high grade adenomas, carcinomas and serrated adenomas, respectively. APC 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 CRCs. DNA methylation was found in 100 % in colorectal adenoma and CRCs. 8 genes were methylated in all of the cases. This gen set included SFRP1, MAL, SLIT2, SST, VIM; another set of genes (DKK1, SLI3, TMEFF2) was hypermethylated in adenomas and CRCs in >75% of the cases. In adenomas 56 genes, in dysplasias 40 in cancer 37 genes were methylated. Effect of methylation could be confirmed by decreased mRNA and protein expression. Demethylation treatment restored the expression profile of the top methylated genes.

Conclusion: Methylation of gene sets occurred in early premalignant stages followed by somatic mutations in increasing number through the AD-CRC development. Demethylation treatment could reverse methylation alterations. Epigenetic alterations precede the somatic mutations of the AD-CRC and show higher significance in CRC development than genetic. This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

126

THE EFFECT OF OPIOID ADMINISTRATION IN EXPERIMENTAL ACUTE PANCREATITIS

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

Background: Acute pancreatitis (AP) is a common gastroenterological disease. It has an important clinical relevance; because there is not specific treatment despite it causes severe complications and high mortality. Although, 80 % of cases are mild, the remaining 20 % of the patients suffer from severe necrotizing AP. The AP is very often presents with severe abdominal pain. Major analgesics (opioids) diminish the pain associated with AP, but there are no experimental studies that investigated the effects of analgesia on the severity of the disease.

Aim: To investigate the effects of major analgesics (morphine, buprenorphine) on the severity of experimental AP.

Methods: AP was induced in SPRD rats by intraperitoneal (i.p.) injection of 3 g/kg L-ornithine ($n=8$), control animals ($n=6$) received physiological saline (PS) instead of the basic amino acid. Animals were sacrificed 24 hours after AP induction. 0.1-1 mg/kg i.p. buprenorphine or 5-20 mg/kg i.p. morphine (or PS) was administered one hour before AP induction. Laboratory (serum amylase activity, pancreatic dry/wet weight ratio) and histological (necrosis, oedema, inflammatory cell infiltration) parameters were measured. To determine the extent of pain, we used the writhing-test.

Results: Administration of morphine dose-dependently reduced the severity of AP. All histological parameters like oedema, inflammatory cell infiltration and necrosis were reduced in the AP group. The serum amylase activity and pancreatic dry/wet weight ratio were significantly reduced in morphine-treated (20 mg/kg) AP group, compared with the PS-treated AP group. In the buprenorphine-treated (1 mg/kg) AP group, all the measured laboratory- and histological parameters were significantly elevated compared to the AP group.

Conclusions: Different opioids have varying effects on the severity of AP. Administration of morphine seems to have beneficial effects, whereas buprenorphine worsens the severity of the disease. This study was supported by TÁMOP, OTKA and MTA.

127

NEM MINDIG AZ ERCP A NEHÉZ

Molnár T.¹, Fodorné Keserű A.¹, Székely A.¹, Izbéki F.¹, Fejér megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház I.Belgyógyászat Endoszkópos labor Székesfehérvár¹

Esetismertetés: 43 éves obes ffi.beteg - aki gyermekkor óta ismeretlen eredetű izomsorvadásban szenved - 2002-ben kerül először osztályunkra hányások,icterus miatt. Cholelithiasis igazolódott. Az átlagosnál nagyobb altatási kockázat miatt a műtétet nem vállalta. 2014.decemberében fokozódó gyomortáji panaszok, icterus miatt kerül ismét osztályunkra. Hasi UH: folyékony epét tartalmazó epehólyagot nem látnak, de a hólyag várható helyének megfelelően széles

hangárnyék indul. Laborokban enyhén emelkedett CRP és májfunctio értékek. Konzervatív terápia mellett cholangio-sepsis alakult ki, ezért ERCP szükséges. A beteg izomsorvadása miatt az alsó végtagjai kényszerített tartásban, térdben és csípőízületben flexios kontraktúra, valamint súlyos fokú alsó végtagi paresis miatt csak ülni tud, fekvés a kifejezett fájdalom miatt nem kivitelezhető. Altatást terveztünk, de anesthesiológus a narcosist ellenjavallja. A beteggel történt előzetes egyeztetést követően megpróbáljuk elhelyezni őt a vizsgáló ágyon az alsó végtagok kitámasztásával, enyhe oldalfekvésben. A pozíciót a beteg jól tolerálta. 10 mg Nubain és 20 mg Buscopan adásával a vizsgálatot elkezdjük. Kanülálás után selective töltöttük az epeutakat. A choledochus tágult, benne többszörös árnyékkiesések láthatók, az intrahepaticus epeutak is tágabbak. Papillotomiát végzünk, melyet követően purulens epe kíséretében számtalan 5-8 mm nagyságú kő ürül. Dormia-kosaras, valamint ballonos áthúzással még számos követ extrahálunk. Szövődményt, amilasemiát nem észleltünk. 2 nap múlva májfunctio ill. gyulladásos paraméterei jelentősen csökkentek, 2 hét múlva közel teljesen normalizálódtak, kivéve GGT értékét. Műtét azóta sem történt, de azt gondoljuk, hogy az ERCP ennél a magas anesthesiológiai kockázatú betegnél a megoldást jelentette. Az esetet nem az ERCP nehéz volta miatt tartottuk érdemesnek bemutatásra, hanem a beteg által teremtett különleges szituáció miatt.

128

TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT MARKEREI: BMI, FFMI, FMI (TESTÖSSZETÉL ANALIZÁLÁS: MISZTIKUM VAGY VALÓSÁG?)

Molnár A.¹, Csontos Á.², Kovács I.³, Török É.⁴, Pálfi E.⁵, Miheller P.², Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Patológiai tudományág, Egészségtudományok program, Budapest¹, Semmelweis Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest², Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest³, Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest⁴, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Dietetikai és Táplálkozástudományi Tanszék, Budapest⁵

Bevezetés: A mérés technikai eszközök korszerűsödésével lehetővé vált a testösszetétel-analízis 5 percben történő elvégzése, és eredmények nyerhetők a teljes, a zsírmassza (FFM=fat-free mass) és a zsírtömegre (FM=fat mass) vonatkozóan is.

Célkitűzés: Egy budapesti biológiai terápiás centrum IBD betegei testösszetételének feltérképezése és összevetése az egészséges budapesti (nemben, korban, magasságban hasonló) populációval. További célok: összefüggések feltárása a kóros testösszetétel fennállása valamint a betegség természete, lokalizációja, a gyógyszeres kezelések és a műtétek között.

Beteg és módszer: A vizsgálatunk során BIA módszert alkalmaztunk, és a kapott értékeket indexálva értékeltük: BMI, FFMI, FMI. A vizsgálatba 184 IBD beteget vontunk be (73%-a CD, 27%-a UC), ők voltak azok, akik egy éven belül egy szakorvos szakambulanciáján gondozottként jelentek meg és bejegyezték a vizsgálatba; a kontrollcsoportban 2688 egészséges ember volt. Az átlag életkor 33 év (18 és 60 közöttiek). A beválasztott betegek 28%-a már átesett műtéten. Terápia megoszlása: 39% ASA, 29% immunszuppresszív szer, 22% biológiai terápia, 6% szteroid kezelés, 4% nem fogyasztott gyógyszert. A felméréskor a betegek több mint felénél (52%) alacsony aktivitást mutatott a betegsége.

Eredmények: Index megoszlások, átlag±szórás, egészséges vs IBD beteg: BMI: 25,2±5,0 vs 23,3±5,1 kg/m². (Alcsoportok szerint: <18,5 BMI 3,3% vs 18,5%; 18,5-25 BMI 51% vs 47%; >25 BMI 45% vs 34%. Kóros BMI értékek: alultáplált 7% vs 35%; obese 93% vs 65%.) FFMI: 18,6±2,7 vs 17,4±2,6 kg/m². (Szarkopénia előfordulása BMI-től függően, FFMI határértéket figyelembe véve: <16,5 BMI 100% vs 100%; 16,5-18 BMI 88% vs 100%; 18,1-23 BMI 20% vs 34%; 23,1-25 BMI 0% vs 4%; 25,1-27 BMI 0% vs 3%; >27 BMI 2,5 vs 0,5.) FMI: 6,6±3,8 vs 5,8±3,7 kg/m². Nagyon jelentős különbséget találtunk a szarkopénia előfordulási gyakoriságában az IBD betegek és az egészségesek között. A CD betegség természete alapján kiemelendő a sztenotizáló forma, melynél 50% a szarkopénia előfordulási gyakorisága.

Következtetések: A BIA módszerrel történő testösszetétel-elemzés alkalmas a beteg- és az egészséges populáció tápláltsági állapotának összehasonlítására, a változások követésére, és a táplálásterápia hatékonyságának megítélésére. A táplálásterápia során a tápszerválasztást befolyásolhatja a BMI, a FFMI és a FMI, ezért is célszerű ezek mérése.

129

PROTOCOL AND EARLY RESULTS OF A RETROSPECTIVE CLINICAL TRIAL IN PEDIATRIC PANCREATITIS (PINEAPPLE-R - PAIN IN EARLY PHASE OF PEDIATRIC PANCREATITIS)

Mosztbacher D.¹, Tóth A.², Zsoldos F.³, Szentesi A.⁴, Tóth G.¹, Bereczki C.², Hegyi P.⁴, János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Szekszárd¹, University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center², Heim Pál Children's Hospital, Budapest³, University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Internal Medicine⁴, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group⁵

Background. The documented incidence of pediatric pancreatitis is very low; less than 1/100,000 in almost all European countries. According to two major studies, in the USA and in Australia the incidence is 3.6 and 13.2 in 100,000 which suggests that pediatric pancreatitis may not be as rare as reported in Europe.

Aim. Our aim is to investigate the correlation between serum pancreatic enzyme (lipase and amylase) measurements and/or pancreatic imaging (US, CT) with the number of diagnoses of pancreatitis.

Methods. The trial has been internationally discussed and registered at the ISRCTN registry (ISRCTN35618458). Patients under 18 years presenting with abdominal pain at emergency and surgical units were included. Information on patients concerning their clinical symptoms, results of imaging examinations and the laboratory parameters are collected retrospectively. The details of the study are available at <http://pancreas.hu/en/studies/pineapple>. Until now 1647 patients of two pediatric health care centres (County Hospital Tolna and University of Szeged) were analysed.

Results. 5,3% (88/1647) of patients seen in the emergency units had abdominal pain. 26% had nausea, whereas 17% had vomiting. Serum pancreatic enzyme levels (amylase) were measured only in 3 cases (3,4%), whereas transabdominal ultrasound were performed on 50 children (57%). Not surprisingly, pancreatitis cases were not diagnosed.

Conclusion. Our retrospective data analysis clearly showed that the number of serum pancreatic enzyme tests performed in the emergency unit setting are unacceptably low. Data collection from all European countries would be required. An evidence based (EBM) guideline for the necessity of serum pancreatic enzyme tests in pediatric patients presenting with abdominal pain is essential.

130

MIRNA EXPRESSION SIGNATURES OF COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE IN TISSUE AND MATCHED PLASMA SPECIMENS

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

MicroRNA has been found to play critical role in adenoma-carcinoma sequence. MicroRNA expression alterations can be observed in colorectal cancer (CRC), however considerable adenoma biomarkers have not been determined yet.

The aim of the study was to identify miRNA expression patterns between normal colonic tissue (N), tubular adenoma (ADT), tubulovillous adenoma (ADTV) and colorectal cancer (CRC) biopsy tissue samples. Further aim was to analyze the expression level of miRNA in matched plasma samples focusing on biomarker candidates. 60 fresh frozen colorectal biopsy (n=20 N, n=11 ADT, n=9 ADTV, n=20 CRC) and 16 matched plasma samples (n=4 N, n=4 ADT, n=4 ADTV, n=4 CRC) were collected and total RNA was isolated. MiRNA microarray experiments were conducted. Then, a series of pools of RNA from the same groups of tissue samples was made to validate the data of microarray by RT-qPCR. Plasma samples were selected to confirm the microarray on RT-qPCR platform. Data were analyzed using Expression Console. Out of the 1733, the detectable number of miRNA, was only a small percentage (tissue: N=442, AD=460, CRC=441; plasma: N=306, AD=334, CRC=321). Interestingly, 12 miRNA were upregulated and 11 miRNA were downregulated only (e.g. miR-10b, logFC=-1.7 p<0.001) in neoplastic lesions (AD+CRC) compared to N tissue samples. 11 miRNA showed altered expression between ADT and ADTV. Expression levels of 9 miRNA were found to be changed between ADT, TV and CRC groups based on tissue biopsy microarray data. Three miRNA(-31;-4506;-452*) have been found to be differentially expressed in adenoma compared to normal in both matched tissue plasma samples analyzed by microarray.

Significant positive overexpression was observed in tissue and in plasma in case of miR-31 in adenoma. Moreover, increased expressions were detected in CRC compared to healthy controls in tissue and plasma levels of 3 miRNA. MiRNA expression data could be confirmed by RT-PCR in both plasma and tissue samples. A small number (n=23) of miRNA showed characteristic alterations during neoplastic development in biopsy tissue. Our observations suggest that miRNA are also present in plasma fraction and positively correlate with matched tissue expression levels. The identified miRNA expression changes are consistent in different methods through adenoma-dysplasia-carcinoma sequence.

This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

131

COMPARISON OF PANCREAS SPECIFIC PROMOTERS FROM MOUSE AND RAT GENOME.

Németh B.¹, Hegyi P.², Sahin-Tóth M.¹, Boston University Medical Campus¹, 1st Department of Medicine University of Szeged²

Background: Rat elastase promoter followed by human or mouse trypsinogen gene carrying p.R122H mutation were used in attempts that aimed to create transgenic mouse models of hereditary pancreatitis. In these models trypsinogen had generally low expression levels. These initial claims were not followed by subsequent studies. Therefore in order to study hereditary pancreatitis in vivo, creating an available transgenic animal model would be necessary. Aims: We attempted to find a strong digestive enzyme promoter from mouse or rat genome that can express proteins only in the pancreas. Methods: 1000 bp long promoters of pancreatic elastase and amylase from rat genome and further promoters of pancreatic elastase, T7 trypsinogen and cyhmotrypsinogen B (Ctrb) from mouse genome were sequenced and cloned into pGL3 Luciferase Reporter Vectors (Promega). Firefly and renilla luciferase were expressed in AR42J and HEK293T cells and their activity were quantitatively measured using Dual Luciferase Reporter Assay (Promega). Results: Rat elastase and amylase and mouse elastase promoters were expressed luciferase to nearly comparable levels in AR42J cells, however they expressed luciferase 4-fold lower than Ctrb promoter did. Out of the 3 promoters mentioned above, the transgene containing rat amylase promoter expressed luciferase to highest levels in AR42J cells, and did not express luciferase in HEK293T cells. Also, the transgene with mouse T7 promoter did not express luciferase.

Conclusion: Rat amylase promoter might most specifically express proteins in pancreatic cells, however protein expression of transgenes regulated by this promoter might not be effective enough in order to create a transgenic model.

132

DIFFERENT CLINICAL PRESENTATION OF WILSON'S DISEASE IN IDENTICAL TWINS

Németh D.¹, Folhoffer A.¹, Krolopp A.¹, László S.¹, Gerlei Z.², Szalay E.¹, 1st Department of Internal Medicine of Semmelweis University¹, Department of Transplantation and Surgery of Semmelweis University²

Introduction: Wilson's disease (WD) is a rare autosomal recessive disease caused by mutation of the ATP7B gene. The toxic accumulation of copper in many organs is fatal without treatment. The diagnosis may be difficult because of wide variability of symptoms. Only few papers are available on identical twins with WD. Here we report on identical twins with different clinical presentation.

Case report: 21-year-old female university student went to see the doctor because of abdominal discomfort, nausea and vomiting. Liver cirrhosis was diagnosed. The cause of the liver disease was not identified that time. Symptoms of vascular decompensation and liver failure developed within six months. The low prothrombin value (16%), high bilirubin (157/63 µmol/L) and symptoms of hepatic encephalopathy (ammonia: 186 µmol/L) indicated the progression. Liver transplantation has been performed at her age of 22 years. Ten years passed and the patient is well. WD was diagnosed only after the transplantation by detection of high copper content in the liver and by genetic testing. ATP7B mutations were detected on both alleles (H1069Q/A874V). Her identical twin sister with same mutations was symptomless despite low ceruloplasmin and Kayser-Fleischer ring positivity at her age of 22 years. Liver function tests were negative. She is treated with D-penicillamine. No symptoms or abnormal findings appeared in the last ten years meanwhile she delivered three healthy children.

Discussion: Although Wilson's disease is caused by the mutations of ATP7B gene, looking at the fully different clinical presentation in our twins it seems that there is no direct genotype-phenotype correlation. There is no explanation for the differences. Epigenetic and/or environmental factors might play a role. The twins lived in the same family and environment until their age of 19. Thereafter they visited different universities for one semester only. Later they joined again and graduated at the same university. It could be of interest that the first sister had a longer new-born jaundice and underwent medical treatments because of epistaxis repeatedly.

Conclusion: The genetic testing is mandatory in siblings of the index patient. The presented two siblings are examples for a totally different manifestation of WD despite the identical gene mutations. The investigation for possible role of both epigenetic and/or environmental factors is in progress.

133

IZOLÁLT JEJUNALIS CROHN BETEGSÉG HÁROM ESETÜNK KAPCSÁN

Palatka K.¹, Dávida L.¹, Kacska S.¹, Haraszi B.¹, Tornai I.¹, Altörjay I.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék¹

A Crohn betegség klasszikusan az ileocecalis régiót érinti, de a tápcsatorna bármelyik szakasza involválhat. Kizárólagos jejunális érintettség a Crohn betegek 2,6-5,4%-ban fordul elő, ritka, súlyos tünetekkel jelentkező, nehezen diagnosztizálható forma, gyakoriak a stricturák és penetráló szövődmények, a betegek gyakrabban szorulnak sebészi beavatkozásra. 20 éves férfibeteg újkéletű ascites miatt került felvételre osztályunkra. A megelőzően számos vizsgálat történt alacsony növes háttérének tisztázása céljából, egyértelmű ok nem volt kimutatható. Laboreredmények felszívódási zavarra utaltak, a korábbi endoscopos vizsgálatok eltérést nem találtak, kettős ballon enteroszkópia jejunális Crohn betegséget igazolt. Adekvát kezelés mellett testtömege, testmagassága nőtt, laborparaméterei javultak.

Második esetben a 26 éves, felső tápcsatornai érintettségű Crohn beteg újonnan kialakult hányás, fogyás, subileus miatt érkezett. Képkalkotó vizsgálatok extrém tág duodenumot és proximális jejunumot, jelentős szűkületek jeleztek a jejunum távolabbi szakaszán. Kettős ballon endoscopia a második jejunumkacs területén oedemát, fekélyes környezetben csaknem teljes elzáródást talált, vezetődrót nem volt átvethető. Teljes parenterális táplálás és infliximab indukciót követően Trelumina szonda levezethetővé vált lehetővé téve a felső tápcsatorna dekompreszióját és enterális táplálást. Második indukciót követően operáció történt, a Treitz szaglás mögött 8 cm hosszú bélszakaszt resectáltak. Fenntartó biológiai kezelés mellett végezték kontroll kettős ballon endoscopia relapsust nem igazolt.

Harmadik esetben 29 éves férfibeteget 3 éve vizsgálták 20 kg-s fogyás, posztprandialis hasi fájdalom, felszívódási zavarra utaló eltérések miatt. Coeliakia szerológia, képkalkotó- és endoscopos vizsgálatok eltérést nem találtak. Kettős ballon enteroscopy során szegmentális fekélyeket, hyperplasiás, infiltrált nyálkahártya szigeteket találtak a jejunum és az ileum kezdeti szakaszán. Biológiai kezelés hatására panaszok enyhültek, jelentős testtömegnövekedés volt észlelhető.

Az atípusos gasztrointesztinális illetve extraintesztinális tünetek háttérében is állhat gyulladásoos bélbetegség. A szerteágazó klinikai kép, a félrevezető szisztemás tünetek diagnosztikai nehézségeket, zsákutcákat jelentenek, melyek a diagnózis késéséhez vezethetnek, miközben a progresszív folyamat következtében visszafordíthatatlan szövődmények alakulhatnak ki. A vékonybél lokalizációjú forma felismerése speciális felkészültséget és eszközöket igényel (enteroszkópia, kapszula endoscopia, MR enteroclysis). Ezen betegek IBD centrumokba való irányítása kiemelt jelentőségű, hiszen a korai diagnózis és a megfelelő kezelés jelentősen javítja a betegek életminőségét és a betegség várható kimenetelét.

134

ENDOSCOPIC NEEDLE-KNIFE STRICTUROPLASTY IN ESOPHAGEAL CROHN'S DISEASE – CASE REPORT

Pálincz D.¹, Lőrinczy K.¹, Banai J.¹, Gyökér T.¹, Department of Gastroenterology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest Hungary¹

Background: Crohn's disease of the esophagus is rare, but if present, it may cause stricture of the involved parts. Even though the primary therapeutic intervention is endoscopic balloon dilation, some patients with refractory strictures require surgical resection. However radial electroincision of refractory esophagogastric anastomotic stricture after

surgery is mentioned, Crohn's disease related needle-knife stricturoplasty is not known in the literature.

Case report: A 64 years old female patient was diagnosed with buccal and esophageal manifestation of Crohn's disease 5 years ago. No other part of the gastrointestinal tract was involved. Balloon dilation was performed in 2010 and 2011. She was admitted to our gastroenterology department in May 2014 with relapsing dysphagia. The former buccal ulcers scarred, while in the esophagus a ring-like stricture was revealed starting at 20 cm from incisors. The next 10 cm was narrowed by pseudopolyps without active ulceration. We used needle knife to perform three radial incisions at the level of the ring. One incision was clipped thereafter due to its deepness. The patient was discharged some days later. After 10 months of follow-up the patient was symptom-free, the gastroscopy revealed a tight ring with easy passage of the scope.

Conclusion: In case of ring-like fibrotic stricture of the esophagus caused by Crohn's disease beside balloon dilation, the needle knife incision can be useful method to reveal the symptoms for a long-term duration.

135

FLUID AND HCO₃⁻ SECRETION AND CFTR ACTIVITY ARE INHIBITED BY CIGARETTE SMOKE EXTRACT IN GUINEA PIG PANCREATIC DUCTAL CELLS

Pallagi P.¹, Venglovecz V.², Gál E.¹, Tóth K.¹, Schnúr A.¹, Maléth J.¹, Csopor D.³, 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 (CP). It is well documented that secretion of pancreatic ductal alkaline fluid (which is regulated mostly by the anion exchanger and CFTR) is diminished in CP. In this study we would like to understand whether smoking has any effects on pancreatic ductal fluid and HCO₃⁻ secretion.

Methods: Intra/interlobular pancreatic ducts were isolated from guinea pig pancreas. Cigarette smoke extract (CSE) was prepared by smoking of 3 cigarettes into 40ml distilled water by a smoking machine. Three different doses (20, 40 and 80µg/ml) were diluted using the stock solution. Basal and forskolin-stimulated fluid secretion was measured by video microscopy. Intracellular pH and Ca²⁺ concentration were evaluated by microfluorometry. Luminal anion exchange activity was determined by the chloride withdrawal technique using micropfusion. CFTR currents were detected by whole cell configuration of patch clamp technique.

Results: CSE dose dependently decreased forskolin-stimulated fluid secretion in guinea pig pancreatic ducts, bicarbonate secretion (20 µg/ml by 17.3%, 40 µg/ml by 40.5%) and forskolin-stimulated Cl⁻ current of CFTR Cl⁻ channel (20µg/ml by 55.5%, 40µg/ml by 30.7% and 80µg/ml by 18.7%). Moreover, CSE induced dose-dependent intracellular calcium elevation suggesting that some of the inhibitory effects may be regulated by calcium signalling. Conclusion: CSE inhibits pancreatic ductal fluid and HCO₃⁻ secretion and the activity of the CFTR which may play role in the smoke-induced pancreatic damage. This study was supported by OTKA, MTA and NFÜ/TÁMOP.

136

FOSZFODIÉSZTERÁZGÁTLÓK ÉS NITROGÉN-MONOXID EGYÜTTES ALKALMAZÁSA EPEÚTI OBSTRUKCIO KEZELÉSÉRE

Pap Á.¹, I.Bel-Gastroenterologia, Péterfy S.Utcai Kh-Ri és Baleseti Központ, Budapest¹

A legújabb irányelvek szerint ajánlatos a cholangitis nélküli epeúti obstrukció javulására várni 2 napon keresztül, hogy a kis epékövek spontán távozhassanak. Ezután endoszkopos UH vagy MRCP segítségével kizárhatjuk a choledochus kövességet, hogy elkerüljük a szükségtelen sphincterotomiát akár súlyos biliaris pancreatitisben is. Cholangitis esetén azonban korai papillotomiát kell végezni, mert az epeúti gyulladás életveszélyesen rontja a biliaris pancreatitist. Tartós obstrukció viszont előbb-utóbb cholangitishez vezet. A nyilvánvaló ellentmondás feloldására hatékony görcsoldó kezelés szükséges a gyors kótávozás elősegítésére.

Alacsony dózisu foszfodiészterázgátlók, mint a theophyllin (PDEi3-4-7) vagy sildenafil, tadalafil (PDEi5) és/vagy nitroglycerin (NO) alkalmazása gyorsan és hatékonyan ellazítja az Oddi sphinctert a Debray vagy Nardi teszt és a dinamikus scintigraphia tanúsága szerint és ez hatásosnak bizonyult a recidiváló pancreatitis kezelésére is. A NO

donorok cAMP-t és cGMP-t szabadítanak fel a simaizom sejtekből, melyek relaxáló hatását meghosszabbítja a lebontást gátló, többé-kevésbé szerszpecifikus PDEi. A nem-specifikus theophyllin további előnye, hogy a PDE7 receptorokhoz kötődve gátolja a gyulladásos sejtek aktivitását, ami tüdőszövődményben, de cholangitisben is hasznos és a cAMP accumulációja útján stimulálhatja a ductalis-sejtek bikarbonát szekrécióját és a ducto-acinaris együttműködést.

Az elmúlt 1,5 évben 10 beteg (9 nő, 1 férfi), átlagéletkor 76,7 (66-89) év kapott napi 400mg lassú Theospirex infusiót 18,7mg Nitromint tapasszal (TTS5) 5,9 (3-20) napon át az egyértelmű epeúti obstrukció kezelésére. Az obstruktív májenzimek gyorsan csökkentek és a 4 betegben emelkedett amiláz normalizálódott néhány nap alatt, míg a fájdalom szinte azonnal megszűnt. Egy 72 éves hölgy ERCP nélkül laparoscopos cholecystectomiára vár, 4 betegben papillitis/sclerosist láttunk valószínű kótávozás nyomaként az ERCP/papillotomia során, 5 betegben kőextractio történt. Egy köves esetben a 14 napos, sikeresnek tűnő konzervatív kezelés recidiváló cholangitist eredményezett.

Következtetés: 2-3 napos kis dózisu theophyllin és nitroglycerin kombinált alkalmazása hatásosnak látszik az epeúti obstrukció kezelésére a terápiás ERCP mérlegelése során, de choledochus kövesség tartós gyanúja esetén a sphincterotomiával sokáig késlekedni cholangitis veszélye miatt nem szabad.

137

PRESEPSIN SZEREPE A MÁJCI RRHOSISHOZ TÁRSULÓ BAKTERIÁLIS INFEKCIÓK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS PROGNOSZTIKÁJÁBAN. ÚJ MARKER - RÉGI ELVÁRÁSOK.

Papp M.¹, Tornai T.¹, Tornai D.³, Vitális Z.¹, Tornai I.¹, Lakatos P.², Antal-Szalmás P.³, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen¹, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem Budapest², Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen³

Elméleti háttér: A bakteriális infekciók a májcirrhosis gyakori szövődményei és a mortalitás jelentős okai. Korai, hatékony felismerésük fontos, azonban a diagnosztika, mind klinikai, mind pedig laboratóriumi szempontból nehéz. Célul tűztük ki, hogy elemezzük a plazma presepsin szint diagnosztikus és prognosztikus értékét a májcirrhosishoz társuló infekciókban és összevetjük azt a C-reaktív proteinnel (CRP) és procalcitoninnal (PCT). **Módszerek:** 216 májcirrhosisban szenvedő beteget vontunk be (ff: 54,4%, életkor: 57,6 év, MELD score: 13). Az infekció jelenlétét az elfogadott diagnosztikus kritériumok alapján állítottuk fel, valamint meghatároztuk a különféle akut fázis fehérjék (APP) szintjeit. Rövid távú követéses vizsgálatban elemeztük a különféle szervrendszer elégtelenség kialakulását és a 28-napos halálozást. **Eredmények:** 75 beteg (34,7%) szenvedett valamilyen bakteriális infekcióban. A plazma presepsin szintek szignifikánsan magasabbak voltak az infekció jelenléte esetén (medián érték, 1002 vs. 477 pg/mL, p<0,001), és összefüggést mutattak annak súlyosságával. A presepsin szintek a fertőzés során a szervelégtelenség jelenlétében (33%) szignifikánsan magasabbak voltak, mint annak hiányában (2358 vs. 710 pg/mL, p<0,001). A presepsin diagnosztikus hatékonysága a súlyos infekciók azonosításában megegyezett a PCT-ével és egyértelműen jobb volt a CRP-hez képest ROC analízist alkalmazva (AUC: 0,846, 0,845 and 0,659, p<0,01). Az optimális presepsin küszöbérték esetén (>1206 pg/mL) a szenzitivitás, specificitás, PPV and NPV értéke a következők voltak: 87,5%, 74,5%, 61,8% és 92,7%. A 28-napos halálozás gyakorisága szignifikánsan magasabb volt a presepsin >1277 pg/mL szinttel rendelkező csoportban összevetve a ≤1277 pg/mL csoporthoz képest (46,9% vs. 11,6%, p<0,001). Bináris logisztikus regressziós modellben, mely tartalmazta a nemet, életkort, MELD score-t és individuálisan az APP-t, a MELD score >21 pont (OR: 5,24, p=0,025), a PCT >0,5 pg/mL (OR: 9,10, p=0,006) vagy a CRP >40 mg/l (OR: 4,03, p=0,039) bizonyult a rövidtávú túlélés független kockázati tényezőjének, a presepsin azonban nem.

Következtetések: Presepsin egy értékes új biomarker a súlyos bakteriális infekciók azonosításában, hatékonysága megegyezik a PCT-ével. A rövid távú mortalitás előrejelzésére azonban a MELD score és az APP közül elsősorban a PCT alkalmas.

138

PANKREÁSZ ELLENES ANTITESTEK ÚJRAFELFEDEZÉSE ÉS PROGNOSZTIKAI SZEREPÜK MEGHATÁROZÁSA PROSPEKTÍVEN KÖVETETT CROHN-BETEG KOHORSZBAN: A SPECIFIKUS TARGET ANTIGÉNEK JELENTŐSÉGE (GP2 ÉS CUZDI)

Papp M.¹, Sipkei N.¹, Altörjay I.¹, Norman G.², Roggenbuck D.³, Fechner K.⁴, Antal-Szalmás P.⁵, Veres G.⁶, Lakatos P.⁷, Debreceni

Egyetem Klinikai Központ, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen¹, Inova Diagnostics, Inc., San Diego, CA, United States², Faculty of Natural Sciences, Lausitz University of Applied Sciences, Senftenberg, Germany³, Institute of Experimental Immunology, Euroimmun AG, Luebeck, Germany⁴, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen⁵, Semmelweis Egyetem, I.sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest⁶, Semmelweis Egyetem, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest⁷

Elméleti háttér: A glycoprotein 2(GP2) és a CUB zona pellucida-szerű domain 1(CUZD1) proteinek a bél innate immunrendszerének működésében résztvevő fehérjecsaldok tagjai, valamint CD-ben a PAb újonnan azonosított specifikus targetantigénjei. Célul tűztük ki, hogy felnőtt IBD centrumban, prospektív módon követett CD betegekben meghatározzuk az új target specifikus PAB-ok prognosztikai értékét a betegség lefolyás előrejelzésében.

Módszerek: A vizsgálatba 458 IBD beteget (CD: 271 and UC: 187) és 100 egészséges kontroll egyént vontunk be. A PAb meghatározásokat szérumból végeztük rekombináns 4-es isoformájú GP2-t tartalmazó (anti-MZGP2 és anti-GP2 IgA/IgG) enzimhez kapcsolt immunszorbens vizsgálattal és GP2-t ill. CUZD1-t expresszáló transzfektált HEK 293 sejteket tartalmazó biochippen indirekt immunfluoreszcens módszerrel (anti-rPAg2 és rPAg1). A betegség fenotípust, a kezelést és a betegség lefolyást (szövődmények kialakulása és sebészeti beavatkozás) a diagnózis felállításától prospektív módon követtük (medián követés: 108 hónap).

Eredmények: Az IgA/IgG típusú anti-GP2 és anti-CUZD1 antitestek előfordulása CD betegekben 12,4% és 20,8% volt, szignifikánsan magasabb mind az UC betegekhez, mind pedig a kontrollokhoz képest ($p < 0,01$ mindkettő esetén). A PAb státusz nem mutatott összefüggést az aktuális betegségaktivitással és a betegség lefolyása során is stabil maradt. A laboratóriumi egyezés a három különböző anti-GP2 teszt között jó volt (kappa érték: 0,44-0,70). Az anti-GP2 és az anti-CUZD1 pozitivitás egyértelműen eltérő klinikai adatokkal mutatott kapcsolatot. Időfüggő modellekben a PAb pozitivitás, főként annak IgA izotípusa, képes volt előrejelezni a gyorsabb betegségprogressziót. Kaplan-Meier analízisben, a rezekciós műtétig eltelt idő az anti-GP2 IgA pozitivitással ($pLogRank < 0,01$), míg a perianális betegség kialakulása az anti-CUZD1 IgA ($pLogRank < 0,001$) pozitivitással mutatott szignifikáns kapcsolatot. Az anti-CUZD1 IgA független kockázati tényező maradt multivariációs Cox-regressziós modellben is (HR: 3,43, 95%CI: 1,68–7,02, $p < 0,001$).

Következtetések: Jelen tanulmányban igazoltuk, hogy a target specifikus PAB-ok (főként az IgA izotípus) előrejelzik a szövődményes betegségforma kialakulását CD-ben.

139

PANCREATOJEJUNOSTOMIA, DOHÁNYZACSKÓOLTÉSSEL KOMBINÁLVA

Papp R.¹, Kaszás B.¹, Vereczkei A.¹, Kelemen D.¹, Pécsi tudományegyetem, Klinikai Központ, Sebészeti Klinika¹

Bevezetés: Bár az operatív mortalitás pancreatoduodenektomia esetén 5 % alá csökkent specializált centrumokban, a postoperatív morbiditási ráta 30-40% körüli. A szövődmények közül az egyik legjelentősebb a pancreasfistula. A szerzők egy dohányzacskóoltéssel kombinált pancreatojejunális anastomosist fejlesztettek ki. Az új sebészeti eljárást ismertetése és a kezdeti tapasztalatok bemutatása a cél.

Beteg és módszer: 2012. január elseje óta, az implantációs pancreatojejunostomiát úgy módosították, hogy egy dohányzacskó- és két vertikális matracöltés segítségével rögzítették a pancreas maradékát a vékonybélben. Puha pancreas esetén a Wirsung-vezeték stentelték és az erre használt vénakanült az afferens jejunumkacsont át hozták ki a hasfal elé. 40 betegnél, tumor miatt végzett pancreatoduodenektomia során alkalmazták a módszert.

Eredmények: A posztoperatív időszakban 14 szövődményt észleltek. Mind puha, mind fibroticus pancreas-szal végzett anastomosisnál egy-egy pancreasfistula alakult ki, ami 5,3%, ill. 4,8%-os arányt jelent. Reoperációra nem került sor és beteget sem veszítették el. Következtetések: Tekintettel arra, hogy a sebési szövődmények ritkább előfordulása új sebészeti módszerektől remélhető, a kezdeti eredmények alapján a módszer ígéretesnek tűnik. Messzemenő következtetéseket azonban csak később, nagyobb esetszámmal lehet levonni.

140

DOES NORMAL ALT MEAN HEALTHY LIVER IN HCV INFECTION?

Par G.¹, Hajdu H.¹, Vincze A.¹, Gervain J.², Miseta A.³, Par A.¹, First Department of Medicine, University of Pécs, Pécs¹, Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár², Department of Laboratory Medicine, University of Pécs, Pécs³

Aims: HCV carriers with persistently normal ALT (PNALT) have usually mild and stable liver disease with favourable prognosis than patients with elevated ALT. However, several studies reported worsening of liver injury in 20-30% of subjects with PNALT and development of cirrhosis and even HCC. Aim of our study was to compare liver fibrosis stage and fibrosis progression in chronic hepatitis C (CHC) patients with ALT levels within normal limits and CHC patients with elevated ALT.

Patients: Eighty-eight CHC patients were followed up in a five year period. Fifty-three patients (60 %) had ALT levels above our laboratory normal limit (ULN: >50 IU/ml), 35 patients (40 %) had normal ALT. Liver fibrosis (F0-F4 stages) were assessed by measuring liver stiffness (LS) using transient elastography (Fibroscan).

Results: Female CHC patients had normal ALT more often than males (44 % vs. 34%). Out of 35 CHC patients with normal ALT fifteen (49%) had no or only mild liver fibrosis (LS <6 kPa). In the group of patients with elevated ALT, 17 % had F0 or F1 liver fibrosis stage. Advanced liver fibrosis (LS >12 kPa) was more frequent in patients with elevated ALT compared to normal ALT group (56 % vs 23 %). Although moderate or more severe liver fibrosis occurred more frequently in patients with elevated ALT compared to normal ALT group (83 % vs 51%), high proportion of patients with normal ALT had LS suggesting moderate (>F1) fibrosis stage. In a five year follow up period most of the CHC patients with normal ALT had stable liver disease with no fibrosis progression.

Conclusion: Our results prove that normal ALT in CHC does not always mean „healthy liver” since a great proportion of these patients had minimal or moderate liver fibrosis and the possibility of progression to more severe condition. We do suggest that patients with normal ALT should not be excluded a priori from antiviral treatment. Decision on antiviral treatment should depend on multiple factors (e.g. histology, LS, symptoms, co-morbidities) as well as the motivation and the age of the patient, rather than on ALT level alone.

141

NON INVASIVE DIAGNOSIS OF FIBROSIS IN HCV INFECTION: ROLE IN THE TREATMENT INDICATION, FOLLOW-UP, AND THE ASSESSMENT OF THE PROGNOSIS.

Pár A.¹, Vincze A.¹, Pár G.¹, 1-st Department of Medicine, University of Pécs, Pécs¹

Chronic hepatitis C virus (HCV) infection associated with necroinflammation predisposes to liver fibrosis and cirrhosis, and leads severe end-stage complications. The staging of fibrosis is of basic importance for the indication of antiviral treatment, monitoring the response and predicting the prognosis in patients with HCV-related liver disease. Since liver biopsy, the „gold standard” for the diagnosis of fibrosis is invasive, and has some other limitations, non-invasive methods have been developed and now widely used in the clinical practice. Serum biomarkers, and the physical approaches measuring liver stiffness by elastography as well as combination algorithms, have gradually been integrated into guidelines, and reduce the need for biopsy. We review these non-invasive fibrosis markers and discuss their role in the indication of treatment, follow-up, and the assessment of prognosis for patients with chronic HCV infection.

142

PEDIATRIC PANCREATITIS. MULTICENTRE PROSPECTIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP

Pármiczky A.¹, László N.¹, Mosztbacher D.², Tóth A.³, Szűcs D.³, Vass N.³, Czelecz J.⁴, Andorka C.⁵, Veres G.⁵, Guthy I.⁶, Szmolá R.⁷, Németh B.⁸, Balázs A.⁸, Sahin-Tóth M.⁹, Hegyi P.¹⁰, Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary¹, János Balassa County Hospital, Department of Pediatrics, Szekszárd, Hungary², University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Hungary³, Bethesda Children's Hospital, Budapest, Hungary⁴, Semmelweis University, First Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Budapest, Hungary⁵, Szabolcs-Szatmár-Bereg County Hospitals, Jóna András University Teaching Hospital,

Nyíregyháza, Hungary⁶, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary⁷, University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Medicine, Hungary⁸, Department of Molecular and Cell Biology, Boston University Henry M. Goldman School of Dental Medicine, Boston, USA⁹, University of Szeged, First Department of Medicine, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument, Hungary¹⁰

Background: The incidence of pediatric pancreatitis (PP) has increased in the last decade. Some of the recent studies showed that the occurrence of the disease has grown over 10/100.000 which is not much less than in adults. We have established the Paediatric Section of the Hungarian Pancreatic Study Group in order to organize nationwide data collection and improve the management of the disease.

Aim: Our aim was to analyse the epidemiology, risk factors, management and clinical outcome of PP in Hungary. Patients & methods: 56 children suffering from PP were enrolled from 7 centres between 2012 and 2014.

Results: 61% of the children were female. 31 acute (AP), 11 recurrent acute (RAP) and 14 chronic pancreatitis (CP) cases were recorded in the registry. 84% of the AP patients had mild and 16% moderate episodes, however, no severe AP was observed. In RAP patients pancreatitis seemed to be more severe than in patients having isolated episodes (mild: 73% moderate: 18%, severe: 9%). Mortality was not observed at all. Without genetic testing we could identify the etiological factors only in 44% of the cases, the others remained idiopathic. In 17 cases, genetic analyses of PRSS1, SPINK1, CFTR and CTSC genes have been completed. Genetic alterations in PRSS1 were found in 3 cases (all CP), in SPINK1 in 4 cases (1 RAP and 3 CP), in CFTR in 1 case (CP) and in CTSC in 10 cases (3 AP and 7 CP). In 5 CP patients mutations in two genes were observed (3 SPINK1-CTSC, 1 PRSS1-SPINK, 1 CFTR-CTSC).

Conclusion: Genetic testing is essential to identify the etiological factors in children with pancreatitis.

143

CLINICAL CHARACTERISTICS OF MICROSCOPIC COLITIS IN A SINGLE TERTIARY REFERRAL CENTER

Patai V. Á.¹, Csóka C.¹, Csontos Á.¹, Micsik T.², Juhász M.¹, Müllner K.¹, Mihály E.¹, Herszényi L.¹, Tulassay Z.¹, Miheller P.¹, 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary²

Background: Microscopic colitis (MC) is an increasingly recognized, frequent cause of chronic diarrhea. Its epidemiology was described in several Western countries, however epidemiologic data from Eastern Europe is lacking. We aimed to investigate MC cases in our single tertiary referral center cohort.

Methods: All cases of microscopic colitis diagnosed at colonoscopy over a 17-year period (January 1997 – August 2014) were retrieved at the 1st Department of Pathology and retrospectively reviewed. The diagnostic criteria for lymphocytic colitis (LC) were ≥ 20 intraepithelial lymphocytes per 100 epithelial cells, and for collagenous colitis (CC) a collagenous layer of $\geq 10 \mu\text{m}$. Several demographic and clinical parameters were analyzed.

Results: 110 patients (91 patients with LC, and 19 patients with CC) were included in the study. 79 (71%) patients were female with a mean age of 52.0 years (SD $\pm$ 16.8) for LC and a mean age of 57.5 years (SD $\pm$ 17.0) for CC. Comparing the period 1997-2005 and 2006-2014, the incidence increased in both genders (30 females, 9 males vs. 49 females, 23 males). Chronic, watery diarrhea was the most common symptom (74%). The diagnosis of LC would have been missed in 11% of cases, if only left-sided biopsies had been taken, whereas all cases (100%) of CC were diagnosed with distal colonic biopsies alone. Osteodensitometry was performed in only 20% of cases, however it was pathological in 64% of the cases: osteoporosis was diagnosed in 46% and osteopenia in 18% of these cases. Among associated autoimmune diseases, celiac disease was the most common with 9%, followed by hypothyroidism (7.3%). 31.5% of patients were taking any of the previously associated drugs (proton pump inhibitors, ACE inhibitors, beta blockers, calcium antagonists, statins, acetylsalicylic acid or antidepressants).

Conclusions: The incidence of MC is increasing in Hungary, but still below of that reported in Western countries. LC seems to be more common than CC, but this might be due to underdiagnosis. Our results should be further examined in multicenter studies. This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

144

PILOT COLORECTAL SCREENING PROGRAM IN MOSONMAGYARÓVÁR

Pécsi D.¹, Tóth L.², Magyarosi D.², Kokas M.², Pécsi G.², Herszényi L.¹, 2nd Dept. of Int. Med., Semmelweis University, Budapest^{*1}, Dept. of Med. and Gastroent.²

Background: In Hungary, colorectal cancer is the second most common malignant disease. In the pilot program organised in the frame of the National Public Health Programme fecal occult blood testing (FOBT) was performed. Patients and methods: 1535 asymptomatic individuals were screened until August of 2013. Patients who tested positive were referred to the department of gastroenterology for colonoscopy. The main elements of the supply of FOBT test positive patients: 1. painless total colonoscopy, 2. endoscopic polypectomy if necessary, 3. postoperative observation.

Results: 11 out of 38 family doctor participated in the program in our region. 3573 patient has been called to participation in screening. Patient compliance was 42.9% and screening test positivity was 10.75%. In 148 (99.3%) cases total colonoscopy was performed. During the course of program 211 colon polyps and 9 carcinomas were detected in 106 patients. 8% of the polyps were hyperplastic polyps, 64% tubular adenomas, and 24% were tubulovillous adenomas. 4.3% of the adenomatous polyps had low-grade, 2% had high-grade dysplasia. In situ adenocarcinoma based on tubulovillous adenoma was found in 2 cases. 9 cancer were found (Dukes A: 3, B1: 2, B2: 2, C: 2).

Conclusions: The compliance of patients in first step of this voluntary screening program was average and extrem high in second step. The good communication in media has played a key role in high colonoscopy participation. The compliance of family doctors was low. In the screening program predominantly precancerous lesions and cancers of early stages were found. The authors carry out adequate follow-up those patients in the program who have undergone endoscopic polypectomy or surgery. Based on results of the pilot program, the authors propose an extension of the program on Hungarian population over 50 years.

145

PATIENT-CONTROLLED SEDATION WITH NITROUS OXIDE FOR COLONOSCOPY. FIRST EXPERIENCES

Pécsi G.¹, Kokas M.¹, Tóth L.¹, Magyarosi D.¹, Dept. of Gastroent. and Med., Karolina Hospital, Mosonmagyaróvár¹

Background: Intravenous sedation for colonoscopy is associated with cardiorespiratory complications and delayed recovery. In this pilot survey the authors sought to determine whether patient-controlled sedation (PCS) using nitrous oxide (Livopan: 50% nitrous oxide, 50% oxygen) provides adequate analgesia for colonoscopy and the impact of this agent on recovery.

Patients and methods: 79 ASA I-II patients (man:woman=40:39, mean age: 62.3 years) undergoing elective colonoscopy received nitrous oxide with PCS method. The patients completed 4-point satisfaction scale. The side effects, the success rate of colonoscopy and the recovery time were recorded.

Results: 77 (97.4%) patients underwent complete colonoscopy without any complications. 72 (91.1%) patients were satisfied (41 completely, 20 moderately, 11 mildly) with PCS. Recovery was fast (median 30 minutes). Only 7 patients would not choose PCS method in case of repeated colonoscopy. The authors experienced no side effects of nitrous oxide.

Conclusions: Patient controlled sedation with nitrous oxide is effective and safe method for colonoscopy, but further trials are necessary.

146

DRIVER MUTATIONS IN GASTRIC CANCER: ANALYSIS OF 18 CASES AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Péntek R.¹, Kohánka A.¹, Ágota A.¹, Félegyházi F.¹, Bodoky G.², Kopper L.³, Peták I.¹, Schwab R.¹, Oncompass Medicine Corp.¹, St Laszlo & Istvan Hospital², Semmelweis University, 1st Department of Pathology³

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 18 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 or translocations of 7 different genes.

Results: Mutations were detected in 88,89% of 18 cases. (The most frequent mutations were in TP53 (53,33% of all cases when it was tested) and in KRAS (33,33% of all cases when it was tested)). Clinically actionable mutations associated with potential targeted treatment were shown in 14 cases. The results of FISH assays proved amplification in HER-2 (1/14) case. Amplification of PIK3CA is frequently present in gastric cancer. We presume that scarcity of PIK3CA amplification is consequence of the low number of cases.

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

147 KETTŐSBALLON ENDOSZKÓPIA ASSZISZTENSISZEMMEL

Pikóné Babos G.¹, Kacska S.¹, Altörjay I.¹, Debreceni Egyetem Klinikai Központ Belgyógyászati Intézet Gasztroenterológiai Tanszék¹

A vékonybél elváltozásainak két legfontosabb eszköze a kapszula endoszkópia, és a hagyományos push and pull endoszkóp változatok, mint a kettős ballon endoszkópia. Az előadás célja bemutatni eme utóbbi eszközzel szerzett tapasztalatokat.

A szerző bemutatja a vékonybél vizsgálati lehetőségeit, ezen belül a kettős ballon endoszkópiát. Szemlélteti a működési elvét, a készülék összeállításának menetét, a beteg előkészítését a vizsgálatra. Fontos, hogy a vizsgálatához tapasztalt vizsgáló és tapasztalt asszisztens szükséges, még fontosabb a köztük uralkodó összhang. A vizsgálat célja a vékonybél teljes áttekintése, maga az eszköz alkalmas azonnali vérzéscsillapításra, mintavételre, valamint egyszerűbb operatív eljárásokra. Természetesen hátránya is van, pl. hosszadalmas és fájdalmas vizsgálat, ezért altatást kíván. Csak indikációkat és kontraindikációkat szem előtt tartva célszerű a vizsgálatot elkezdeni.

A szerző külön kitér a Centrumban szerzett saját tapasztalataira.

A módszer a vékonybél vizsgálatában kiemelkedő szerepet játszik, a kapszula endoszkópia alternatíváját jelentheti, de inkább egymást kiegészítve alkotnak diagnosztikus és terápiás egységet.

148 ERCP SORÁN EL NEM TÁVOLÍTHATÓ DUCTUS CHOLEDOCHUS KÖVEK ESWL KEZELÉSÉVEL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Pósfai G.¹, Bányász Z.², Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsiliszky Kórház Budapest Gastroenterológia¹, Bajcsy-Zsiliszky Kórház Budapest Sebészet²

Bevezetés: Az ERCP vizsgálatok egy részében a ductus choledochusban talált kövek nem távolíthatóak el a localis status, vagy a beteg általános állapota, alapbetegsége miatt. Ilyen esetekben átmeneti megoldásként az EST után nasobiliaris, vagy endobiliaris drain felhelyezéssel kell az epeelvezetésről gondoskodni, de a definitív ellátás érdekében további beavatkozásra van szükség, ami korábban általában az epeutak műti kezelését jelentette.

Betegek és módszer: Két év alatt 10 betegnél (5 ffi és 5 nő) 21 alkalommal végeztünk extracorporalis lökéshullám kezelést. az első ERCP során különböző okokból el nem távolítható ductus choledochus kövek miatt. Az ESWL kezelés előtt az ERCP során eseteink egy részénél nasobiliaris szondát vezettünk fel, vagy choledochus decompressió céljából endobiliaris szondát helyeztünk be. 2-3 alkalommal ESWL kezelés után kontroll vizsgálatokat végeztünk, és ennek alapján 14 esetben ismételt ERCP-t végeztünk a residuális fragmentumok eltávolítására. A fennmaradó eseteket követjük.

Összefoglalás: Az elvégzett beavatkozások tapasztalatai alapján megállapítható, hogy a choledocholithiasis miatt végzett ERCP, EST és kőextractio sikertelensége esetén segítséget jelenthet a choledochus kövek ESWL kezelése egy második ERCP vizsgálatot megelőzően, és így az esetek nagy részében elkerülhetővé válik az epeutak magas kockázatú műtéti kezelése.

149 SPECIALIZED, LUMEN- APPOSING STENT FOR EUS-GUIDED TRANSGASTRIC DRAINAGE OF A PANCREATIC PSEUDOCYST. CASE REPORT

Pozsár J.¹, Tarpay Á.¹, Burai J.¹, Szmla R.¹, Div. of Gastroenterology, Center of Surgical Oncology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹

Introduction. The first line treatment modality of peripancreatic fluid collections (PFC) was proved to be endoscopic cysto- enterostomy (CE). However, CE performed using transluminal placement of plastic stent(s) are not without complications i. e. stent blockage, necessitating one or multiple re-interventions. Large- bore self-expandable metal stents (SEMS) were offered to improve the quality of drainage and to reduce the number of re- interventions, but possible migrations mainly into the cavity of PFC and consequent peritoneal leakage remained the major concerns to prevent gaining popularity of this method. Recently new SEMS specifically designed for creation of CE were entered into the market. One of this stents have large body (16 mm) diameter to ensure good drainage and widely flared ends (26 mm) to provide stability and prevent migration.

Aim. We report a case of endoscopic pseudocysto- gastrostomy (PG) using a specialized lumen- apposing stent.

Case report. A 61 year old woman presented with a well demarcated PFC of 112 x 87 mm in size, supposed to be the complication of acute biliary pancreatitis 4 months later. Linear EUS showed a PCF with thick wall with bulging in the distal lesser curvature of the stomach. The distance between the PCF wall and the serosal surface of the stomach was measured 8-10 mm. PCF showed only a small amount of debris suggesting the presence of simple pancreatic pseudocyst. EUS-guided puncture of the pseudocyst was performed using 5- 10 F catheter (Cystotome, Cook) with electrical current. A 0.035 inch Jagwire was introduced through the catheter and coiled in the lumen of the pseudocyst. After removal of catheter an 8 mm CRE dilation of the PG tract was performed and finally a 30 mm long lumen-apposing stent (Nagi Stent™, Taewoong) was inserted to maintain the PG tract. The whole procedure time takes only 20 min. Follow-up imaging studies showed virtually total disappearance of the PFC within 24 hours. Apart from a slight inflammatory reaction, the patient has an uneventful course. After 2 months of the initial procedure, the stent easily removed, and a well matured, patent gastro-pancreatic fistula remained. The patient have a 1.5 year follow-up without PFC recurrence.

Conclusion. This specialized lumen- apposing stent may offer an effective, safe single step EUS-guided drainage of PFCs.

151 A PORTALIS HYPERTENSIO NON-INVÁZÍV VIZSGÁLATA MÁJCIRRHOSISBAN TRANZIENS ELASZTOGRÁFIA ÉS A PORTALIS KERİNGÉS MÉRÉSÉNEK EGYÜTTES ALKALMAZÁSÁVAL

Pusztay M.¹, Szent János Kórház, I. Belgyógyászat, Hepatológia¹

A hepaticus cirrhosis legjelentősebb komplikációja a portalis hypertensio és az oesophagealis varicositas. Az oesophagus varix vérzés megelőzésének gold standardja az endoszkópos szűrés a magas rizikójúnak tartott betegcsoportban. A gasztroszkópiás szűrés invazív beavatkozás és költsége sem elhanyagolható. A portalis hypertensio non-invazív diagnózisa egyre inkább előtérbe kerül. Az utóbbi időben több tanulmány is bizonyította, hogy a tranziens elasztográfiával mért liver stiffness jó prediktora az nyelőcső varicositas előfordulásának. Ugyancsak számos közlemény látott napvilágot a vena portae átmérő és portalis áramlás portalis hypertensióval való összefüggéséről. A tranziens elasztográfiát kombinálva az ultrahangos portális keringés vizsgálatokkal még pontosabb képet kaphatunk a portalis hypertensióra és az oesophagus varicositasra vonatkozóan, így szűkíthetjük azon betegek körét, akiknél a gasztroszkópiás vizsgálat szükséges lehet a varix vérzés megelőzésére.

151 FUNCTIONAL MEASUREMENTS OF ION-TRANSPORTERS INVOLVED IN PH REGULATION OF AMELOBLAST CELLS

Rác R.¹, Bori E.¹, DenBesten P.², Bronckers A.³, Steward M.⁴, Varga G.¹, Department of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Orofacial Sciences, UCSF, San Francisco, USA², Department of Oral Cell Biology, ACTA, Amsterdam, The Netherlands³, Faculty of Life Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK⁴

Introduction: Although, ameloblasts are known to express a number of transporters and channels involved in pH-regulation and bicarbonate transport, there is no functional evidence for their activity in these cells. Therefore, we developed a novel cellular ameloblast model to investigate these mechanisms, using the HAT-7 rat ameloblast cell line. Earlier we reported the expression of sodium/proton exchangers (NHE1), anion exchangers (AE2) and the sodium/potassium/chloride

cotransporter (NKCC1, previously not investigated in ameloblasts) in these cells.

Our aim was to provide functional evidence for the role of these transporters in this model. We planned to testify the localized activity of these transporters.

Methods: To obtain monolayers, HAT-7 cells were seeded on Transwell membranes and cultured in differentiation medium for 4 days. We monitored transepithelial resistance as an indicator of tight junction formation and polarization. We evaluated intracellular pH changes by microfluorometry using BCECF fluorochrome. The activity of anion exchangers were tested by withdrawal of chloride-ions, and using anion exchange inhibitor DIDS. With ammonium-pulse technique, we inspected the compensation after a rapid intracellular alkalization/acidification by withdrawal and subsequent restoration of sodium ions. The activity of NHE was investigated by its inhibitor amiloride in a bicarbonate/CO₂-free solution. NKCC activity was also tested in this setting by its inhibitor bumetanide.

Results: We detected NHE activity, a sodium-dependent amiloride-sensitive compensation after acidosis, at the basolateral side of HAT-7 cells (0.326 ± 0.026 vs 0.047 ± 0.005 dpH/dt, $p < 0.05$). We found basolateral, DIDS-sensitive anion exchanger activity, most probably AE2 (0.141 ± 0.030 vs 0.064 ± 0.016 dpH/dt, $p < 0.05$), and basolateral NKCC activity, very likely due to NKCC1 (-0.084 ± 0.006 vs -0.057 ± 0.003 dpH/dt, $p < 0.05$).

Conclusions: Our HAT-7 model can be useful to conduct functional studies on the molecular mechanisms of amelogenesis. We could verify the activity of several transporters affecting the pH regulation of ameloblast originated cells. NKCC should have a role in the intracellular chloride accumulation mechanism in the cells. Supported by NIH NIDCR 5R01DE013508 subaward:7743sc

152

DIGITAL IMAGE PROCESSING SOFTWARE FOR PREDICTING THE HISTOLOGY OF SMALL COLORECTAL POLYPS BY USING NARROW-BAND IMAGING MAGNIFYING COLONOSCOPY

RÁCZ L.¹, SZALAI M.¹, HORVÁTH A.², SPINDLER S.², VARGA S.³, KISS G.¹, REGŐCZI H.¹, HORVÁTH Z.², Dept. of Gastroenterology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr¹, Széchenyi István University, Győr², Dept. of Pathology, Petz Aladár County and Teaching Hospital, Győr³

Background: Narrow-band imaging (NBI) evaluation of colorectal polyps using the NBI International Colorectal Endoscopic (NICE) classification is clinically useful in prediction of histology for colorectal polypoid lesions. However, NBI based diagnosis requires training and high experience. We developed digital image processing software (DIPS) to automatically classify NBI magnifying colonoscopy images to predict the histology of polyps. We also compared the accuracy of software based and NICE classification based predictions with final histology.

Patients and methods: We gathered NBI magnifying colonoscopy images of 81 colorectal polyps undergoing endoscopic polypectomy. The stored NBI and magnified (60x) images taken before polypectomy were classified according to NICE classification by three experienced endoscopists who were blinded to histology. Histology was used as "gold standard" reference in statistical calculations. A two-class classification was considered: non-neoplastic (hyperplastic) or neoplastic (tubular or serrated adenoma). By DIPS we analyzed the surface and vascular patterns of the polyps. After noise reduction and contrast enhancement the software identifies the extracted images of small patterns and classifies them with a Quadratic Discriminant Analysis type method according to the Kudo and Tsuruta criteria. The relative area (RA) of neoplastic type shapes was calculated finally and used to characterize the whole area. The average contrast (AC) of the prefiltered image was another image characteristic. We found by preliminary training images that non neoplastic (hyperplastic) polyps can be found at small RA or small AC values. Leave-one-out test: 85.2% precision, AUC=0.841. The colorectal polyps were by histology: hyperplastic: 57, adenoma or serrated adenoma: 24.

Results: The digital image processing software system yielded a detection accuracy of 87.7% (71/81) with a sensitivity of 87.3% (48/55) and specificity of 88.5% (23/26) for the diagnosis of non-neoplastic lesions in the whole data set. For diminutive polyps (≤ 5 mm) the DIPS method had a detection accuracy of 89.3% (25/28) and a sensitivity of 72.7% (8/11) with a specificity of 100% (17/17). For both polyp size groups DIPS and NICE classification data were comparable to predict hyperplastic histology.

Conclusion: Our digital image processing software is promising and reliable for predicting non-neoplastic polyp histology especially in diminutive colorectal polyps.

153

FUNCTIONAL MEASUREMENTS OF ION-TRANSPORTERS INVOLVED IN PH REGULATION OF AMELOBLAST CELLS

RÁCZ R.¹, BORI E.¹, DENBESTEN P.², BRONCKERS A.³, STEWARD M.⁴, VARGA G.¹, Department of Oral Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Orofacial Sciences, UCSF, San Francisco, USA², Department of Oral Cell Biology, ACTA, Amsterdam, The Netherlands³, Faculty of Life Sciences, The University of Manchester, Manchester, UK⁴

Introduction: Although, ameloblasts are known to express a number of transporters and channels involved in pH-regulation and bicarbonate transport, there is no functional evidence for their activity in these cells. Therefore, we developed a novel cellular ameloblast model to investigate these mechanisms, using the HAT-7 rat ameloblast cell line. Earlier we reported the expression of sodium/proton exchangers (NHE1), anion exchangers (AE2) and the sodium/potassium/chloride cotransporter (NKCC1, previously not investigated in ameloblasts) in these cells.

Our aim was to provide functional evidence for the role of these transporters in this model. We planned to testify the localized activity of these transporters.

Methods: To obtain monolayers, HAT-7 cells were seeded on Transwell membranes and cultured in differentiation medium for 4 days. We monitored transepithelial resistance as an indicator of tight junction formation and polarization. We evaluated intracellular pH changes by microfluorometry using BCECF fluorochrome. The activity of anion exchangers were tested by withdrawal of chloride-ions, and using anion exchange inhibitor DIDS. With ammonium-pulse technique, we inspected the compensation after a rapid intracellular alkalization/acidification by withdrawal and subsequent restoration of sodium ions. The activity of NHE was investigated by its inhibitor amiloride in a bicarbonate/CO₂-free solution. NKCC activity was also tested in this setting by its inhibitor bumetanide.

Results: We detected NHE activity, a sodium-dependent amiloride-sensitive compensation after acidosis, at the basolateral side of HAT-7 cells (0.326 ± 0.026 vs 0.047 ± 0.005 dpH/dt, $p < 0.05$). We found basolateral, DIDS-sensitive anion exchanger activity, most probably AE2 (0.141 ± 0.030 vs 0.064 ± 0.016 dpH/dt, $p < 0.05$), and basolateral NKCC activity, very likely due to NKCC1 (-0.084 ± 0.006 vs -0.057 ± 0.003 dpH/dt, $p < 0.05$).

Conclusions: Our HAT-7 model can be useful to conduct functional studies on the molecular mechanisms of amelogenesis. We could verify the activity of several transporters affecting the pH regulation of ameloblast originated cells. NKCC should have a role in the intracellular chloride accumulation mechanism in the cells. Supported by NIH NIDCR 5R01DE013508 subaward:7743sc

154

THE PLACE OF THE LIGATION IN THE VARICEAL UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING MANAGEMENT

RÁCZ F.¹, SZEGEDI L.¹, JÓSA ANDRÁS County Hospital Nyíregyháza. 1 st Department of Internal-Medicine and Gastroenterology¹

In the last two decades the ligation became the most common treatment of the upper gastrointestinal variceal bleeding, which developed due to the portal hypertension. In our institute we perform such ligation from 2002. In this presentation we want to introduce the data of our 87 intervention in the last five years.

155

THE EXAMINATION OF GASTRIC SUBMUCOSAL PROTRUDING LESIONS WITH ENDOSCOPIC ULTRASOUND (EUS)

RÉDEI C.¹, SAHIN P.¹, ZOLNAI Z.², MÁTÉ M.³, TOPA L.¹, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Oktatókórház, Budapest¹, Patológiai Osztály, Szent Imre Oktatókórház, Budapest², Sebészeti Profil, Szent Imre Oktatókórház, Budapest³

Introduction: The submucosal lesions of the gastrointestinal tract are often discovered during gastroscopy as intact epithelium-covered or ulcerated alterations. They are detected either incidentally or as the cause of gastrointestinal bleeding. Biopsies taken from the surface of the mucosa do not provide meaningful assistance in the characterization of the lesions. Endoscopic ultrasonography (EUS)-guided fine needle

aspiration cytology (FNA) has a key role in the diagnosis of these tumors.

Results: In 2013 and 2014, during the EUS examinations of the esophagus, stomach and duodenum, submucosal protruding lesions were described in 19 cases. The average age of the patients was 66.46 years. Gender distribution: female: 5 (26%), male: 14 (74%). The number of gastric lesions was 13 (68%). In the group of gastric lesions, due to histologically confirmed adenocarcinoma of the stomach FNA was not performed in two cases (15.3%). FNA was performed on 11 patients (84.6%). The overall results of the EUS-FNA were diagnostic, suggestive, and nondiagnostic in 6 (54.5%), 4 (36.4%), and 1 (9%) cases respectively. Distribution of cytological results: C1: 1 (9%), C2: 8 (72.7%), C3: 1 (9%) C5: 1 (9%). Gastrointestinal stromal tumor (GIST) had the greatest proportion of the diagnoses: 4 cases (36.4%). Each of the cases listed below had a single occurrence (9% of the total): lipoma, pancreatic cyst, abscess, leiomyoma tumor, low-differentiated adenocarcinoma, lymphoma, metastasis in lymph node of ductal, and tubular adenocarcinoma.

Conclusion: Our results correlate with the data we have found in the international literature. The endoscopic ultrasound is of paramount importance in the diagnosis of gastric submucosal lesions. We suggest that into the diagnostic algorithm of gastric submucosal lesions detected during routine gastroscopy, EUS should be introduced as the second step, with FNA (when necessary).

156

DISORDERS ASSOCIATED WITH BARRETT'S ESOPHAGUS

Reisz Z.¹, Inczei O.², Róka R.², Rosztóczy A.², Wittmann T.², Csucska M.¹, Volford G.¹, Németh I.¹, Tiszlavicz L.¹, Department of Pathology, University of Szeged, Hungary¹, First Department of Medicine, University of Szeged, Hungary²

Background: Barrett's esophagus is a disease of the esophagus; however, it can be associated with different non-neoplastic and neoplastic gastrointestinal disorders. Not enough information is available in this topic.

The aim of our study was the analysis of the associated gastrointestinal and extraintestinal disorders in Barrett's esophagus as recorded in the database of the First Department of Medicine and Department of Pathology of the University of Szeged.

Methods: Cases bearing K21.00 or K21.90 ICD codes (respectively gastroesophageal reflux disease, without esophagitis, and gastroesophageal reflux disease, with esophagitis) were evaluated for the intervals 1998-2007 and 2014. Instances of functional disorder were excluded; only cases with histological diagnosis were assessed.

Results: A total of 1098 patients was diagnosed with Barrett's esophagus (556 males and 542 females). The overall mean age was 55.6 years (15 to 94 years). Celiac disease (30 cases), Crohn's disease (7 cases), and ulcerative colitis (4 cases) were the most common associated non-neoplastic gastrointestinal disorders. Colorectal adenomas (28 cases) and gastric polyps (31 cases) were of note among benign gastrointestinal tumors. Gastrointestinal malignancy was demonstrated in 17 cases, with colorectal cancer (10 cases) most common. Among non-neoplastic disorders and benign tumors of extraintestinal viscera, non-toxic multinodular goiter (6 cases) and uterine leiomyoma (5 cases) were most common. Malignant extraintestinal tumors were associated to Barrett's esophagus in 36 instances (breast cancer, 9 cases; lung cancer, 5 cases; prostate cancer, 4 cases; 18 others).

Conclusion: While Barrett's esophagus is an esophageal disorder, the gastrointestinal apparatus, like the body as a whole, is a unified system. Association of various disorders with Barrett's esophagus thus may not be only coincidental. Further research is needed to determine underlying pathomechanisms.

157

GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX (GER) RELATED SYMPTOMS ARE LESS COMMON IN SOUTH-EAST HUNGARIAN SUBJECTS THAN EXPECTED ON THE BASIS OF EPIDEMIOLOGIC STUDIES OF THE WESTERN COUNTRIES.

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

Introduction: Most population based epidemiologic studies indicate approximately 20% prevalence of GER 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 population based data on the prevalence of GER related symptoms in South-East Hungary.

Methods: Seven-hundred and fifty-one consecutive blood donor volunteers (M/F: 450/301, mean age: 38 (17-65) years) were enrolled. Data collection was carried out by means of a questionnaire. Typical (heartburn, regurgitation) and atypical (esophageal, extraesophageal) symptoms were assessed.

Results: Typical symptoms of GER such as heartburn and acidic regurgitation were reported by 23% (174/751) and 20% (152/751) of the studied healthy subjects. The half of them 80/174 and 92/152 had such symptoms less than once per month. Monthly heartburn episodes were reported by 12, and weekly by 7 percent of the cases, while acidic regurgitation occurred in 8 and 3 percent respectively. Of the atypical (esophageal and extraesophageal) symptoms upper airway symptoms were the most prevalent (21%), although only 8% had such symptom at least monthly. Globus occurred in 8%, while other atypical symptoms were reported by less than 5% of the subjects. Typical GER symptoms occurred more frequently in females, coffee drinkers, former smokers and subjects with moderate obesity. Current smoking, alcohol use were not associated with increased GER symptom prevalence.

Conclusions: In contrast to the studies carried out in the western countries South-East Hungarian subjects seem to have less GER related symptoms.

158

A KÜLÖNBÖZŐ SZÉKLETESZTEK ÉRTÉKE VASTAGBÉL POLYPOK ÉS DAGANATOK ESETÉBEN

Rutka M.¹, Farkas K.¹, Bor R.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Szűcs M.², Szepes Z.¹, Nagy F.¹, Molnár T.¹, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged¹, Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Orvosi Fizikai és Orvosi Informatikai Intézet, Szeged²

Bevezetés: Az alsó tápcsatornai malignus folyamatok tekintetében egyre nagyobb az igény olyan non-invazív szűrővizsgálatok bevezetésére, amelyek időben és kellő érzékenységgel jelzik a vastagbél adenoma jelenlétét, illetve a colorectalis carcinoma korai szakaszát. Vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük, hogy a székletmarker vizsgálatok milyen mértékben alkalmasak a colorectalis carcinoma korai felismerésére illetve rák megelőző állapotának azonosítására.

Betegek és módszerek: Prospektív vizsgálatunkba 80, 2014 szeptembere óta vastagbél daganat gyanúja miatt colonoscopiára előjegyzett beteget (48 férfi/32 nő) vontunk be. A betegek átlagos életkora 66 év (20-91 év). A vastagbéltükrözés indikációját hasi panaszok, véres széklet, korábbi polypectomia utáni ellenőrzés, és valamilyen rizikófaktor megléte (pozitív családi anamnézis, 60 év feletti életkor) jelentette. A betegektől a colonoscopiát megelőzően székletmintát kértünk. A mintákból M2-piruvát kináz enzim (M2-PK) és a humán hemoglobin (Hb) (Schebo-Neotest kft. 2:1 kombinációs gyorseszteszt) meghatározást végeztünk. Továbbiakban széklet matrix metallo proteáz (MMP)-9 és széklet Calprotectin (CP) kvantitatív meghatározás történt.

Eredmények: Vastagbéltükrözés során 31 betegnél (38,8 %) vastagbél polyp (1 cm felett: n=19, 1 cm alatt: n=12), 12 betegnél (15%) szövettani vizsgálattal megerősített adenocarcinoma, 37 betegnél (46,25 %) vastagbéltükrözés során rák megelőző állapotra vagy malignus elváltozásra nem derült fény (kontroll csoport). Az M2PK teszt szenzitivitása az összes adenoma (mérettől függetlenül) és carcinoma esetén 67,4 %, az 1 cm alatti adenomák nélkül számított szenzitivitás 80,6%-nak, specificitás 67,6 %-nak bizonyult. Hb kimutatás szenzitivitása összes premalignus és malignus elváltozást tekintve 74,4%, míg az egy cm alatti adenomákat kihagyva 87,09 %, specificitása 70,3 % volt. A két teszt kombinálva 79,07 % illetve az egy cm alatti adenomák nélkül 93,5 % szenzitivitást és 56,75 % specificitást mutatott. MMP-9 és CP nem volt alkalmas az 1 cm feletti adenomák elkülönítésére a kontroll csoporttól. Az adenocarcinomák esetén az MMP-9 70 %-ban, a CP 75 %-ban mutatott pozitívítást.

Konklúzió: Mind az M2-PK és a Hb is megfelelő szenzitivitású és specificitású módszer rákmegelőző állapot felismerésére. Az MMP-9 és CP pozitívítás malignus folyamatra utalhat nem gyulladásos bélbetegség körében.

159

TREATMENT OF OESOPHAGEAL PERFORATIONS AND ITS COMPLICATIONS (MEDIASTINITIS, ABSCESS) WITH COVERED METAL STENT AND DRAINAGE

Solt J.¹, Horváth Ö.², Sarlós G.³, Mühl D.⁴, Csizmadia C.⁵, Acél P.⁵, Vincze Á.¹, 1st Department of Medicine of University Pécs¹, Department of Surgery of University Pécs², Department of Radiology of University Pécs³, Intensive Care Institute of University Pécs⁴, Departments of Medicine and Gastroenterology of City Hospital Mohács⁵

Introduction: The covered metal stents were first used for malignant oesophageal stenosis. Since 2007 we have used it 15 times for treatment of oesophageal perforations and post-operative leaks.

Methods and patients: When the perforation or leakage was recognised the decision on the ways of therapy was done after consultation with an oesophageal surgeon. The optimal size of retrievable covered metal stent was calculated individually. The stenting was supplemented in most cases with drainage, and with antibiotic treatment in an intensive care unit. The timing of stent removal (in most cases 6-10 weeks) was after individual consideration. The indications for stenting were: iatrogenic perforation in corrosive stenosis in 4 cases; Boerhaave's syndrome in 2 cases; postoperative leakage in 6 cases; oesophagus defect after thyroid surgery in 1 case and thoracic empyema with oesophageal fistula in 2 cases.

Results: The oesophageal defect was sealed in all 15 cases. One patient died as a result of a non-related disease - severe lung destruction and aspergillosis. Twelve oesophagus defects were healed from 14 patients. In one case, with operated Boerhaave's syndrome, the inveterate fistula persisted. In another case, the septic patient with Boerhaave's syndrome was treated with drains and late stenting. After medical stabilization two (residual) mediastinal abscesses were left; they were not drained by the referring hospital despite our request. After removing the stent we observed 2 fistulae. After subtotal oesophagectomy substernal a gastric tube bypass was performed.

Conclusion: Early stenting and drainage is a safe, effective and less invasive treatment of oesophageal perforation and leakage with low mortality.

160

COMPARISON OF SESSILE SERRATED ADENOMA (SSA) HISTOPATHOLOGIC DIAGNOSTIC CRITERIA AND THEIR EFFECT ON RECLASSIFICATION RATE OF MICROVESICULAR HYPERPLASTIC POLYPS TO SSA

Sumánszki C.¹, Horváth R.¹, Micsik T.², Tulassay Z.³, Patai V. Á.³, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.¹, 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University, Budapest, Hungary.², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.³

Background: During the past two decades sessile serrated adenomas (SSA) received considerable attention due to their increased risk of leading to colorectal carcinoma (CRC). CRCs arising from SSA have frequently been associated with interval cancers (those arising after negative colonoscopy). Diagnosis of these lesions can be challenging, as both macroscopic and microscopic features show similarities to microvesicular hyperplastic polyps (MVHP). Since there is almost no malignant potential of MVHP, it is critical to distinguish them from SSA in order to determine the appropriate follow up.

Aims: The aims of our study were to compare the major classification criteria available in the literature for the diagnosis of SSAs and to use these criteria to examine the reclassification rate of MVHP to SSA.

Methods: Colorectal polyps diagnosed between 2010 and 2014 at the 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research were searched for samples with descriptions matching serrated lesions. For the diagnosis of SSAs the criteria recommended by Rex et al. were used. The remaining serrated lesions were classified using the WHO 2010 criteria. These lesions were then reanalyzed using seven major histopathological classification studies (Aust 2010, Chung 2008, Higuchi 2005, Mohammadi 2011, Rex 2012, WHO 2010, Yao 2011) and reassessed whether they met the diagnostic criteria for the diagnosis of SSA

Results: A total of 347 serrated colonic polyps were found that included 50 (14.4%) SSAs, 143 (41.2%) MVHPs, 148 (42.7%) goblet cell rich hyperplastic polyps (GCHP) and 6 (1.7%) traditional serrated adenomas (TSAs). A significant difference for SSA diagnosis was noted between the classification studies, with results varying from

100% (Rex 2012) to 20% (Chung 2008). This difference was also observed in the reclassification rate of MVHP to SSA: ranging from 15 (10.5%) (Rex 2012) to 2 (1.4%) (Chung 2008) of all MVHPs.

Conclusions: In conclusion, we would like to emphasize the significant difference among studies differentiating colorectal serrated lesions. It seems to be clear that a universal diagnostic criteria based on prospective clinicopathological studies is needed to avoid the underdiagnosis that can result in inadequate surveillance and increased risk of CRC. This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

161

ANTRAL VASCULAR ECTASIA: LIGATION VERSUS ARGON PLASMA COAGULATION - MULTI-CENTER EXAMINATION

Szabó E.¹, Bor R.¹, Farkas K.¹, Molnár T.¹, Szepes Z.¹, Lőrinczy K.², Gyökéres T.², Banai J.², Kovács V.³, Rácz I.³, University of Szeged, 1st Department of Medicine, Szeged¹, Ministry of Defence, Medical Center, Gastroenterology, Budapest², Petz Aladár County Teaching Hospital, Internal Medicine – Gastroenterology, Győr³

Introduction: Non variceal gastrointestinal bleeding occurred in 4% of those diagnosed with gastric antral vascular ectasia (GAVE). Patients presented with iron deficiency anemia, occult blood, or in some cases, overt bleeding requiring transfusion. Two types can be distinguished, the classical watermelon stomach which is linear, or the diffuse form which pathologically encompasses the entire antrum. Instead of utilizing traditional surgical intervention with antrectomy, endoscopic argon-plasma coagulation (APC) or ligation was employed.

Objective: To observe the therapeutic effects of endoscopic intervention, ligation versus APC, in those with GAVE syndrome were compared amongst three medical centers over a five year period.

Results: A total of 31 GAVE syndrome patients (mean age of 65 years, 14:17 men:women, 25 diffuse, 6 linear type, followed for 0-63 months) were enrolled into the study. Amongst those requiring blood transfusions, the group undergoing APC intervention required an average of 3.4 treatments, whereas those undergoing ligation required 2 treatments. To reach remission, those receiving APC required an average of 4.3 treatments while those undergoing ligation required 2 treatments. The average time between each treatment ranged from 3.3-3.5 months (1-15 months). Specifications utilized during APC intervention included 30-70 W/2.41/min-nel, while ligation was fitted with an average of 6 rings. Prior to endoscopic intervention, the average blood transfusion for those receiving APC intervention was 11.54 units versus 11.88 units for those undergoing ligation. After the treatments, transfusion requirement was reduced to 0.9 versus 2.7 units. During the treatment, no complications were observed in regards to the endoscopic techniques. In those with diffuse GAVE there was a significant association with portal hypertension, in a total of 14 cases. Acute gastrointestinal bleeding was observed in 9 cases.

Conclusion: In those with GAVE syndrome, therapeutic interventions utilizing APC or ligation were both safe and well tolerated. Upper gastrointestinal bleeding and the need for signification blood transfusions were reduced with both methods. During our observation, we noticed that linear types were more effectively treated with ligation whereas diffuse types were better treated with APC modality.

162

IMPACT OF SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY IN OBSCURE GASTROINTESTINAL BLEEDING PATIENTS

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

Background and aim: About 5 % of all patients with gastrointestinal bleeding are classified as obscure gastrointestinal bleeders (OGIB). OGIB is the most frequent indication of small bowel capsule endoscopy (CE). We retrospectively analysed the clinical outcome and therapeutical impact of CE examinations performed by OGIB indications in a 3 year period.

Patients and methods: The Hungarian National Health Insurance started to reimburse small bowel CE in August 2011. Since that time we performed a total of 228 small bowel CE examinations in OGIB patients. The clinical appearance of bleeding in 35 patients was melaena, 40 patients had haematochezia and in 4 patients both. The remaining 149 patients had iron deficiency anaemia with FOBT positivity. A total of 145 CE-s were indicated by our own expert group and 43 patients were referred by other hospitals. We analysed the number of enteroscopies, need for surgery and all therapeutical changes initiated by the CE examination results.

Results: The mean age of the CE patients was 60.3 year. At the CE record readings bleeding and/or anaemia sources were recognized in 106 (46.4%) cases. A total of 62 (27.2%) CE-s were negative and in additional 60 (26.3%) cases CE recordings showed non-significant lesions. The most frequent findings were arteriovenous malformations detected in 70 (30.7%) cases. Surgery was indicated in 14 patients based on the CE results. In 18 cases CE was followed by enteroscopy out of them in 5 patients the CE findings were simply confirmed and in additional 7 patients endotherapy by APC was achieved. In 79 patients CE examinations were followed by changes in medical therapy. Capsule endoscopy findings resulted therapeutical consequences in 48.6% of all patients (111/228).

Conclusion: Small bowel capsule endoscopy findings resulted notable changes in further medical or interventional therapy almost in every second OGIB patients.

163

ABDOMINAL PARAGANGLIOMA: EUS APPEARANCE AND RISK ASSOCIATED WITH EUS-GUIDED FNA. A CASE-REPORT.

Szanyi S.¹, Reismann P.³, Le N.³, Burai J.¹, Tarpay Á.¹, Pozsár J.¹, Mészáros P.⁴, Mersich T.⁴, Bak M.², Szmolá R.¹, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary¹, Department of Cytopathology, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary², 2nd Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary³, Department of Abdominal Surgery, National Institute of Oncology, Budapest, Hungary⁴

EUS-guided FNA (EUS-FNA) aspiration of peripancreatic mass lesions and enlarged lymph nodes is considered to be an accurate and safe diagnostic method; however in some cases FNA should be applied with caution to prevent fatal outcomes. Paragangliomas are rare, extra-adrenal catecholamine-secreting tumors. Of all pheochromocytomas 10% are extra-adrenal in location and most arise in the abdomen (around celiac, superior/inferior mesenteric sympathetic ganglia), fewer than 20% are considered malignant in nature. Patients often present with hypertension, abdominal pain, or an abdominal mass, with the classic triad of headaches-palpitations-diaphoresis. However, in up to 20-40% of cases there are no typical symptoms and therefore the diagnosis may be unanticipated at the time of EUS, with the potential risk of malignant hypertension in response to an FNA procedure.

A 34-year-old white woman presented with epigastric pain of 2 weeks duration with a 6 year medical history of hypertension. Transabdominal ultrasound and later CT and MR disclosed a mass around the pancreatic head region, that was 45mm in diameter, had cystic components. EUS demonstrated a well circumscribed 54x40mm paraduodenal mass with calcifications and large cystic components, a pancreatic tumor could not be ruled out. Shortly after FNA the patient developed marked but transient hypertension with blood pressure measurements of 240/100 mm Hg, therefore the procedure was terminated. Hormonal evaluation identified a catecholamine secreting tumor. The patient underwent surgical resection of the mass with protective administration of α -blocking agents and is currently doing well, with blood pressures around 120/70 mm Hg.

In our presentation we will discuss the EUS appearance of a paraganglioma and how careful evaluation of the patient can avoid sometimes fatal complications during an FNA procedure.

164

RITKA EPEÚTI BETEGSÉGEK ULTRAHANGOS DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKÁJA

Székely G.¹, Szilvás Á.², Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

Bevezetés. Az epeúti betegségek élesen különválnak a jó- és rosszindulatú kórképek tekintetében. Az előbbieket sokszor banálisak (polypok, adenomák), és nem ritkán véletlenszerűen kerülnek felfedezésre. Epeúti dyskinesisek, epeúti kövek a mindennapi diagnosztika részei.

Esetmegbeszélés. Eseteinkben a nagyobb méretű, vagy a fokozatosan növekvő polypoid elváltozások mögött nem lehet egyértelműen kizárni a malignitást. A diagnosztikus algoritmus egyértelműen kidolgozott: a rutin és kiegészítő speciális laborvizsgálatok, a hagyományos (valamint a Doppler- háromdimenziós) ultrahangvizsgálat során felvetődő diagnózist a spirál-CT, vagy cholangio-MR (MRCP), a cholelscintigráfia, az endosonographia megerősítheti, ezt követi az endoszkópos terápia, vagy a műtét, amely sokszor szintén csak palliatív kezelés. A ritkább epeúti tumorok diagnosztizálása és kezelése igen

nehéz feladat, centrumokban való ellátást igényel. A távoli eredmények egyenlőre nem biztatók. Nagyon fontos a differenciáldiagnosztika is, mivel a distalis epeúti tumorokat el kell különíteni a hasonló tüneteket okozó Vater-papilla, primer duodenum és pancreas fej daganattól. Az extra- és inrahepatikus epeutak jóindulatú daganatai irodalmi ritkaságnak számítanak. Differenciáldiagnosztikai szempontból a az epesár (sludge) képződés a choledochusban jön elsősorban szóba, amely elfedheti, vagy utánozhatja a daganatot. A jóindulatú choledochus tumor is növekedhet, diagnózis általában icterus esetén történik. Az epeutak adenomái precancerosist jelentenek, japán szerzők szerint a betegek 21%-ánál állhatott fenn carcinomát megelőző adenoma. A multiplex bilaris papillomatosis ritka kórkép, és kis százalékban malignizálódik, melyből multiplex tumor fejlődik ki.

Következtetés. A ritka epeúti betegségek preoperatív kivizsgálása gyakran nem vezet kellő eredményre, ezért a sebészi beavatkozások között magas az exploratív laparotomiák száma. A rossz állapotú malignus epeúti elváltozásban szenvedő betegek exploratioja miatt magas lehet a postoperatív halálozás. Ezért van nagy jelentősége a non invazív diagnosztikának, amelyet az intervenciós radiológiai és endoscopus beavatkozások követnek.

165

LACTOBACILLUS RHAMNOSUS AZ IRRITÁBILIS BÉL SZINDRÓMA KEZELÉSÉBEN

Székely G.¹, Szilvás Á.², Szent János Kórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály¹

Bevezetés, háttér: Az utóbbi évek kutatásai alapján irritábilis bél szindrómás (IBS) betegeknél 30-50%-ban sérül a bélflóra. Ennek helyreállítása probiotikumok alkalmazásával történik, amelyek az anyatejjel jutnak be a szervezetbe. 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 vetélkedni 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.

Módszerek és eredmények: IBS lehetősége esetén fel kell venni az anamnézist gyógyszerek, étkezési szokások, intolerancia szempontjából. Tisztázni kell organikus betegségekre utaló gyanújelek fennállását: fogyás, hőemelkedés, láz, véres széklet. Éjszakai nyugalmat is zavaró fájdalom, vagy székelési zavar is kevésbé jellemző, bár előfordul. Többnyire jó általános állapotban lévő betegekről van szó. Az 50 év feletti életkorban kezdődő tünetek is organikus ok mellett szólnak. Az irodalomban található multicentrikus vizsgálatokat randomizált, kettős- vak módszerrel végezték, és az IBS három speciális score eljárását alkalmazták (Francis, HAD severity score, QIQLI életminőség score). A Lactobacillus rhamnosus multicentrikus vizsgálata IBS kezelésében kiemelkedően jó eredményt hozott. Az egyes IBS alcsoportok közül a hasmenéssel járó IBS alcsoport betegek reagáltak leggyorsabban a kezelésre: 4 hét alatt 30- 40%-os javulás állt be a betegeknél. Az életminőség javulását felmérő kérdőívek kimutatták, hogy a fizikai tünetek javulása a mentális állapotot is igen pozitív hatással volt.

Következtetés: A multicentrikus vizsgálatok alapján az újonnan bevezetésre került, tisztított Lactobacillus rhamnosus tenyészet kiemelkedően jó hatású a hasmenéssel járó irritábilis bél szindróma kezelésében.

166

COST-EFFECTIVENESS TRIAL OF SELF-EXPANDABLE METAL STENTS AND PLASTIC BILIARY STENTS IN MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION

Szepes Z.¹, Bor R.¹, Daróczi T.¹, Farkas K.¹, Bálint A.¹, Milassin Á.¹, Fábán A.¹, Szabó E.¹, Nagy E.¹, Szűcs M.², Molnár T.¹, 1st Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary¹, Department of Medical Physics and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary²

Introduction: Self-expandable metal (SEMS) and plastic stents can be applied in the palliative endoscopic treatment for patients with unresectable malignant biliary obstruction. SEMS is substantially expensive, but the stent patency is significantly longer. Current guidelines recommend the use of SEMS if the patient's life expectancy is more than four months. The aims of this study were to compare the therapeutic efficacy and cost-effectiveness of SEMS and plastic stents in the treatment of malignant biliary obstruction.

Methods: 74 patients with unresectable malignant biliary obstruction were retrospectively enrolled who received a SEMS (34 patients) or a plastic stent (34 patients). We evaluated the technical and functional success, the complication rate, the stent patency and the cumulative cost of treatment.

Results: The complication rate of SEMS was lower compared with plastic stents (40.54% vs. 56.76). The stent occlusion was the most frequent complication. The mean time of stent patency were significantly higher in the SEMS group (19.11 vs. 8.29 weeks; $p=0.0041$). In these cases the length (10.89 vs. 13.7 days; $p=0.19$) and frequency (1.18 vs. 2.32; $p=0.05$) of hospitalization of patients in context with stent complications were substantially lower, but the necessity of reintervention for stent dysfunction was higher (17 vs. 27; $p=0.033$). In the plastic stent group the multiple stent implantation increased the stent patency: the second stent raised it from 7.68 to 10.75 weeks. In the three quarter of cases the stent complications were manageable endoscopically in both groups: re-ERCP, re-stent implantation or stent replacement were performed. There was no difference in the total cost of treatment of malignant biliary obstruction between the two groups ($p=0.848$). If the patients' survival time was more than two months, the cost-effectiveness of SEMS was better than plastic stents.

Discussion: Considering the cost of treatment, the burden of patients and health care system we recommend the SEMS implantation if the life expectancy of patients is more than two months. In short survival cases or if the SEMS not available the multiple plastic stent implantation is recommended.

167

THE CHANGES IN THE INDEXES OF ENDOHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS AFTER CHOLECYSTECTOMY

Szircsák E.¹, Kurcsák N.², Ruszin L.³, Ungvári Nemzeti Egyetem, Orvosi kar, belgyógyászati tanszék¹, Ungvári Nemzeti Egyetem, Orvosi kar, belgyógyászati tanszék², Ungvári Nemzeti Egyetem, Orvosi kar, sebészeti tanszék³

Aim of the research. To investigate the changes in the indexes of endothelial dysfunction (ED) and their role in the formation of chronic pancreatitis (CP) in patients with cholecystectomy (CE).

Materials and methods. The study involved 96 patients who had CE conducted in terms of 2 to 8 years. The patients after CE were divided into 2 groups according to the presence or absence of pancreatic gland (PG) lesions. Group I consisted of 30 patients after CE, without lesions of the PG. Group II consisted of 66 patients with CP after CE. All of the patients had the level of von Willenbrand factor (vWF) and P-selectin (P-s) in the blood measured.

Results. The vWF index, as one of the main biomarkers of ED, has increased, as endothelium is its main producer, the main function of which is associated with the maintenance of platelet adhesion to the damaged wall of vessels at its lesion. The number of vWF in blood serum was significantly increased in patients from group II (to $183.2 \pm 7.7\%$) compared to the indexes of group I ($125.6 \pm 5.1\%$) and control group ($96.5 \pm 7.4\%$). Thus, the increase of the level of vWF can be regarded as an ED index, and indicate the damage of microcirculation in patients with CP after CE. A pronounced increase of the P-s index was observed in the blood serum of patients after CE. The changes were less prominent in patients after CE without PG damage (to 203.5 ± 9.9 ng/ml), although in patients with CP the index of P-s increased to 485.6 ± 11.2 ng/ml ($p < 0.01$), considering that in the control group it was 114.3 ± 4.6 ng/ml. The obtained increased indexes of P-s in patients from group II are associated with the presence of inflammatory changes in PG tissue, not excluding the damage in the microcirculation system. The increase of vWF indexes, that are synthesized by endothelium, point out the damage of the endothelium function in patients after CE. The processes of the induction of an inflammatory response are observed more often in patients with CP after CE, which is proven by the increase of P-s level. Moreover, all these changes point at the ED with the damage of endothelial homeostasis balance, and determine the damage in the system of microcirculation.

Conclusions: The damage of endothelium functions is observed in patients after CE. The ED (changes in vWF indexes, P-s) is more prominent in patients after CE with CP than in patients without the damage of pancreas.

168

CHRONIC PANCREATITIS. MULTICENTRE PROSPECTIVE DATA COLLECTION AND ANALYSIS BY THE HUNGARIAN PANCREATIC STUDY GROUP

Sztics Á.¹, Gódi S.², Halász A.³, Kui B.⁴, Nagy G.⁵, Páncsik A.⁶, Izbéki F.³, Pár G.², Szmola R.⁷, Kelemen D.⁸, Takács T.⁴, Czakó L.⁴, Szepes Z.⁴, Hegyi P.⁹, 1st Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest¹, 1st Department of Internal Medicine, University of Pécs², 1st Department of Medicine, Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár³, 1st Department of Medicine, University of Szeged⁴, Institute of Internal Medicine, Clinical Center, University of Debrecen⁵, Heim Pál Children's Hospital, Budapest⁶, Department of Interventional Gastroenterology, National Institute of Oncology, Budapest⁷, Department of Surgery, University of Pécs⁸, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group⁹

Background: Chronic pancreatitis is an inflammatory disease associates with structural and functional damage of the pancreas causing pain, maldigestion and weight loss worsening the quality of life.

Aim: Our aim was to find correlations from a multicentre database representing the epidemiological trait, diagnosis and treatment of the disease in Hungary.

Methods: The Hungarian Pancreatic Study Group collected data of patients suffering from chronic pancreatitis in a prospective manner from 2012 to 2014. Statistical analysis of different questions was performed.

Results: Data of 229 patients (74% male and 26% female) were uploaded from 14 centers. In 53% of patients alcohol consumption is present in aetiology. 66% of patients were previously treated with acute exacerbation. One third of the patients had former endoscopic or surgical intervention. Pain was in 22%, endocrine insufficiency in 33%, diarrhea and weight loss in 39% present. Diagnosis was confirmed with US (80%), CT scan (52%), MRI-MRCP (6%), ERCP (39%), and EUS (7,4%). Functional test was performed in 5% of patients. In 31% of patients endoscopic intervention was performed with the need for re-intervention in 5%. Further elective surgical intervention was necessitated in 44% of endoscopies. 20% of registered patients were primarily treated by surgery. Biliary complication rate of surgery was significantly smaller (2%) than endoscopy (27%), however pancreatic complication was higher in patients treated with surgery.

Conclusions: Chronic pancreatitis should be treated by multidisciplinary consensus based on evidence based medicine. Conclusions from these data collection provide important information for improving our treatment of disease and defining the place of endoscopy and surgery.

169

ANALYSING THE ROLE OF ALPHA2- AND IMIDAZOLINE RECEPTORS IN THE PATHOMECHANISM OF NSAID-INDUCED INTESTINAL ULCERS

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

Introduction: It is well-established, that non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) induce gastric and duodenal mucosal damage, which can be reduced by co-administration of antisecretory drugs. However, NSAIDs also damage the mucosa in lower parts of the small intestine and can cause bleeding, anemia, occult blood loss or malabsorption. These complications are more common than earlier thought, and cannot be effectively treated with antisecretory agents, some studies even suggest aggravation caused by these drugs. α_2 -adrenoceptors and imidazoline receptors both have been implied in gastric mucosal protection, but their possible involvement in the pathomechanism of NSAID-induced small intestinal damage has not been elucidated yet.

The aim of this study was to analyse, whether α_2 -adrenoceptor/imidazoline receptor ligands are able to ameliorate the development of NSAID-induced intestinal lesions in rats. **Methods:** Intestinal lesions were induced by a single dose of indomethacin (20 mg/kg per os) in male Wistar rats (180-200 g), and were evaluated either 48 or 72 h after the challenge. Clonidine and moxonidine (0.01-

1 mg/kg) were injected intraperitoneally (i.p.) on a daily basis during the experiment.

Results: Clonidine, which possesses similar affinity for α -adrenoceptors and imidazoline I1 receptors, in smaller dose range tended to decrease the NSAID-induced damage; it slightly reduced the macroscopic score of lesions, the bowel shrinkage and the mortality rate of animals, which effect diminished at the highest dose. In contrast, moxonidine, which has higher affinity for I1 receptors than for α -adrenoceptors, induced a slight aggravation of NSAID-induced damage, the most effective dose was the lowest one (0.01 mg/kg).

Conclusions: Our results suggest that both agents are able to influence the development of NSAID-induced intestinal damage. Because clonidine in smaller dose range is rather protective, while moxonidine is rather damaging, we hypothesize that α -adrenoceptors and imidazoline I1 receptors may mediate opposite effects, namely inhibition and aggravation of mucosal damage, respectively. However, further studies with more selective ligands are necessary to confirm this hypothesis.

This work was supported by the Austrian-Hungarian Action Foundation (88öu2 project) and by OTKA (PD 109602).

170

THE ROLE OF ENDOSONOGRAPHY IN A RARE SUBMUCOSAL TUMOR'S LAPAROSCOPIC SURGERY.

Takács R.¹, Benedek G.², Bányász Z.², Hamvas J.¹, Bajcsy-Zsiliszky Hospital Budapest dept of Gastroenterology¹, Bajcsy-Zsiliszky Hospital Budapest dept of Surgery²

The endosonography is one of the most important diagnostic procedures in cases of submucosal tumors. Moreover the surgical concept could be depend on the endosonography localisation. Tumors unable to endoscopic resection would be operated on depend on u-T, u-N staging. On our departement the endosonography routinely use from 2007 to help definitive organ saving laparoscopic surgery on gastrointestinal tract.

Case report: 75 y.o. woman admitted to gastroenterology for abdominal complains, and anemia. We found an antral polyp hence results gastric outlet obstruction due to temporally sliding movement through pylorus to duodenum. Endosonography verified submucosal origin of the polyp. Laparoscopic resection performed with simultaneously intraoperative gastroscopy. On course of operation the polyp was taken and stabilised with gastroscopy snare and puled out completely with gastroscope after laparoscopic resection of gastric wall. The closing of gastric resection was visually controlled with gastroscope. The histology result of surgical specimen was inflammatory fibroid polyp (IFP) or Vanek's tumor, with intact resection surface. That differed from endoscopic biopsy which resulted duodenal gastric heterotopy.

Conclusion: The IFP relatively rare polyp of the upper gastrointestinal tract and often appears in the distal stomach region, located in the second and/or third sonographic layer of the gastric wall without involvement of the fourth layer. In the differential diagnosis, it is important to distinguish namely eosinophilic gastroenteritis, gastrointestinal stromal tumor, inflammatory pseudotumor, hemangiopericytoma, and hemangiopericytoma. Usually the surgical procedure is gastrectomy. In our case the endosonography diagnosing of submucosal tumor allowed and the combined method of laparoscopic organ saving surgery with intraoperative gastroscopy. This promising procedure could result better outcome of healing and shorter hospitalisation in certain group of patients.

171

KORROZÍV SÉRÜLÉSEK ENDOSZKÓPOS ELLÁTÁSA GYERMEKKORBAN

Tani E.¹, Koráné Patkás C.¹, Lásztity N.¹, Nagy A.¹, Gasztróenterológiai és Nephrológiai Osztály - Endoszkópia, Heim Pál Gyermekkorház, Budapest¹

A gyermekkori sürgősségi endoszkópia indikációját képezik a marószerek, erős savak és lúgok által okozott nyelőcső és gyomorsérülések. Másfél-két éves gyerekek után, akik beteganyagunk döntő többségét képezik, a legveszélyeztetettebb a 6 éven felüli korosztály. Kórházunkban 2014-ben 659 felső endoszkópos vizsgálatból 161 történt korrozív sérülés gyanúja miatt, 56/161 esetben igazolódott közepes vagy súlyos fokú nyálkahártya sérülés. Az endoszkópos vizsgálat a korrozív sérülést követően legkorábban 6 óra múlva és 24 órán (max. 48 órán) belül végzendő a károsodás kiterjedésének és súlyosságának megítélésére. Korai endoszkópos vizsgálat esetén a sérülés kiterjedése, mélységi definiálása elégtelen

vagy fals negatív eredményt adhat. Ezért az időt be kell tartani. Egyes marószerek esetén (kálium permanganát kristály, Neomagnol tbl, gombelem) a vizsgálatot azonnal el kell végezni a marószerek nyálkahártyáról történő eltávolítása céljából. Korrozív sérülés a feltárást követően rögtön láthatóvá válik, érintheti a nyelőcső felső, középső, vagy alsó szakaszát, esetenként az egész nyelőcsövet, gyomrot, vékonybelet. A gyomorban általában foltos sérüléseket látunk, pylorus vagy antrum ritkábban érintettek, duodenális sérülés ritka. Az endoszkópos vizsgálatot követően dől el a beteg gyermek további sorsa. Kezelés során nasogastricus vagy nasojejunális szondatáplálást alkalmazunk és az endoszkópiát végző orvos protonpumpa-gátlók, antibiotikumok, esetenként szteroid adását is javasolhatják. Korrozív sérülteknél kialakuló szövődmények lehetnek a nyelőcsőszűkület, perforáció, fistula képződés. Kontroll endoszkópia a sérülés kiterjedésétől, súlyosságától függően 1-3 hét múlva történik.

172

TRANSZNAZÁLIS GASZTROSZKÓP (TN) ASSZISZTÁLT RUSSEL, VAGY TROKÁR MÓDSZERREL VÉGZETT PEG IMPLANTÁCIÓJA

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

Bevezetés: Daganatos beteg megfelelő tápláltsági állapota kulcskérdés, mely nagyban befolyásolja a morbiditást és mortalitást is. Fej-nyak tumoros betegek, dysphagiás betegek hosszútávú táplálása Ponsky "Pull" PEG (percutan endoscopic gastrostomia) behelyezése mellett ideális, azonban a módszer sokszor nem kivitelezhető súlyos szűkülettel rendelkező betegeknél, mivel ilyenkor a hagyományos endoszkópot, illetve a PEG tubust nem lehet szájon keresztül a gyomorba vezetni. Korábban a beteg hosszútávú enterális táplálását ezekben az esetekben csak sebészileg behelyezett tápláló gastrostómával tudtuk megoldani, mely beavatkozásnak magas a morbiditása a PEG-el szemben.

Esetek, módszerek, eredmények: 7 esetben végeztünk TN asszisztált Russel, vagy trokár módszerrel végzett PEG implantációt, akinél előrehaladott fej-nyak, vagy felső harmadi nyelőcső tumoros okozta súlyos dysphagia jelentkezett még a kezelés megkezdése előtt, és hagyományos felső panendoszkópiát, illetve Ponsky típusú PEG behelyezést a tumoros szűkület miatt nem tudtuk elvégezni. A nyelőcső, gyomor és duodenum vizsgálatát, illetve a szűrés pontját transznazális gasztroszkóp segítségével végeztük. Mindkét módszer esetén a kijelölt szűrés pontját háromszögeltük, majd gastropexiát végeztünk T-kapocs, vagy varróegység segítségével PEG behelyezése 6 esetben vezetődrót segítségével Russel módszerrel végeztük, illetve 1 esetben trokár segítségével. A gastro tubusokat „peel off” tubussal pozicionáltuk. Szövődményt egyik esetben sem észleltünk. PEG mellett a beteg táplálása és adekvált folyadék bevétele megoldódott.

Konklúzió: A Russel, vagy trokár típusú PEG behelyezése hatékony megoldást jelenthet a súlyos dysphagiás betegek hosszútávú táplálásában, amikor a hagyományos "Pull" PEG behelyezése technikailag nem kivitelezhető, ráadásul neoadjuváns kezelés esetén az esetleges tumor implantáció 100%-ban elkerülhető ezekkel a módszerekkel.

173

OESOPHAGO-JEJUNOSTOMIA UTÁN KIALAKULT AFFERENS KACS INSZUFFICIENCIA SIKERES KEZELÉSE ÖNTÁGULÓ NYELŐCSŐ FÉMSTENTTEL. ESETISMERTETÉS.

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

Bevezetés: Oesophago-intesztinális anasztomózisok sokszor súlyos, időnként fatális kimenetelű szövődménye a varratelégtelenség következtében kialakult anasztomózis szivárgás. A szövődmény gyakorisága nagy Európai tanulmányok alapján 7,2% és 12,3% között mozog. A korai reoperáció, intenzív ellátás, széles spektrumú antibiotikumok alkalmazása ellenére ezen szövődmény mortalitása elérheti akár a 45%-ot is. Az endoszkóposan behelyezett öntáguló fémstentek (SEMS) behelyezése biztonságos és hatékony palliatív módszer dysphagiák kezelésében. Néhány közlemény sikeres átmeneti nyelőcső SEMS implantációval végzett nyelőcső ruptura kezeléséről számolt be alacsony mortalitás és morbiditás mellett. A leggyakoribb szövődmény a migráció és a stent benövés volt.

Eset, módszer, eredmény: Az idős férfi betegnél két héttel a nyelőcső adenocarcinoma miatt végzett oesophago-gastrectomia után láz alakult ki, melynek hátterében a CT vizsgálat varratelégtelenséget talált az afferens kacs disztális végénél. A szövődményt megerősítette a nyelés

röntgen, illetve a gastroscopia is. Multidiszciplináris döntés alapján első lépésben speciális, „leakage”, bevont, antimigrációs mechanizmussal ellátott Taewoong Beta-2 nyelőcső SEMS behelyezése mellett döntöttünk. A szövődménymentes implantációt követően a beteg otthonában 4 héten keresztül folyékony-pépes diétán volt. 4 hét után a stentet szövődménymentesen eltávolítottuk. Kontroll CT, nyelés röntgen és gastroscopia gyógyult anasztomózis igazolt. Egy éves utánkövetés mellett a beteg tumormentes és panaszmentes.

Konklúzió: SEMS behelyezése afferens kacs varratelégtelenség esetén biztonságos, hatékony, minimál invazív módszer.

174

AIR EMBOLISM CASE FOLLOWING ERCP

Theisz J.¹, Igaz L.¹, Tóth L.¹, Topa L.¹, Szent Imre Hospital, Budapest¹

Air embolism is a very rare endoscopic complication (occurs in 1 of 6000-8000 procedures) but possesses the potential to be severe and fatal. It is most commonly associated with an ERCP, but it can result from any endoscopic procedure including an gastroscopy, enteroscopy, an EUS, a colonoscopy. Risk factors are previous interventions or surgeries of the bile duct system, transhepatic portosystemic shunt, percutaneous transhepatic biliary drains, blunt or penetrating trauma to the liver, inflammation of the digestive system, sphincterotomy, stent placement, hepatic abscesses or tumors.

The patient was a 53-year old female with history of previous acute pancreatitis and abdominal surgery for multiple abscesses and cholecystectomy, ERCP with EST and biliary plastic stent placement. During the procedure we exchanged the former biliary plastic stent. The cardiovascular and neurological symptoms appeared when the patient was repositioned from prone to supine position at the end of the procedure. Computer tomography showed air in vena femoralis communis. The patient's condition improved rapidly in the ICU.

In summary, endoscopists should be aware of the signs and symptoms of an air embolism. In patients with risk factors, prophylactic measures can be applied. Increased awareness is essential for prompt recognition of the air embolism, which can allow potentially life-saving therapy to be provided.

175

SAFETY AND EFFECTIVENESS FOR ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (EUS-FNA) OF PANCREATIC SOLID AND/OR CYSTIC LESIONS

Topa L.¹, Sahin P.², Rédei C.³, Igaz L.⁴, Zolnai Z.⁵, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Gasztroenterológia¹, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Patológia²

Background: The pathological diagnosis of pancreatic tumors is important to ensure that proper treatment is given and the optimum prognosis is achieved. EUS-FNA is currently the standard method for tissue acquisition and pathological diagnosis of pancreatic mass lesions. The diagnostic yield of pancreatic EUS-FNA has been reported to exhibit a sensitivity of 54%-96% with high specificity and diagnostic accuracy of 83%-95%. However, it occasionally causes serious complications, and factors that increase the susceptibility to such adverse events remain unknown.

Method: This single-center retrospective study included 74 consecutive patients with pancreatic solid or cystic lesions who underwent EUS-FNA procedures from Jan 2013 to Jan 2015. The inclusion criteria were: the presence of solid and/or cystic pancreatic masses revealed by computed tomography (CT) and/or MRI and EUS. The mean age of pts: 66 yrs (37-91 y), 29 male, 45 female. The lesions located of pancreatic head 83,8% (62 pts), and pancreatic body or tail in 16,2% (12 pts). The mean tumor-size was 32 mm (10-65 mm), cystic vs. solid lesion in 23% (17 pts) - 77% (57 pts). We registered all patients undergoing EUS-FNA with a standard 22 G (85%) and 19 G (15%) needle. Retrospectively analyzed the sensitivity and specificity of FNA and the presence/absence of post-procedural adverse events.

Result: The cytological diagnosis were C 2-3 in 32 pts, C 4-5 in 42 pts. The final clinical (surgical) diagnosis was chronic pancreatitis by 15/74 pts. The remained 59 pts had malignant disease. The sensitivity of cytological diagnosis was 71,2 % and specificity 82,8%. The incidence of post-procedural adverse events, including moderate to mild pancreatitis, mild abdominal pain, and mild bleeding, was 4 %. Conclusion: EUS-FNA provides an accurate preoperative diagnosis of pancreatic tumors, compared to other imaging modalities, with a diagnostic accuracy of 75-95%. Major complications of EUS-FNA are rare but can include pancreatitis, bleeding, and post procedural pain.

176

A MAKROFÁG AKTIVÁCIÓT JELZŐ SZOLUBILIS CD163 (SCD163) MÁJCI RRHOSISBAN A BAKTERIÁLIS INFEKCIÓ SZEROLÓGIAI MARKERE ÉS AZ AKUT DEKOMPENZÁCIÓ SORÁN A RÖVIDTÁVÚ HALÁLOZÁS FÜGGETLEN KOCKÁZATI TÉNYEZŐJE

Tornai T.¹, Tornai D.², Vitális Z.¹, Antal-Szalmás P.², Tornai L.¹, Papp M.¹, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen¹, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Debrecen²

Bevezetés: A makrofág aktiváció fontos szerepet játszik az akut és krónikus májbetegségek patogenezisében. A szöveti makrofágok sejtfelszíni CD163 receptoráról a gyulladásos válaszreakció során leváló fragmentumok a keringésbe kerülnek és szerológiai módszer segítségével meghatározhatóak. Célul tűztük ki, hogy egy nagyszámú, prospektíven követett májcirrhosisos beteganyagot vizsgálva meghatározzuk a szérum sCD163 mérés jelentőségét a klinikai gyakorlat számára.

Módszerek: 378 májcirrhosisos beteget vontunk be (férfi: 54%; Child A/B/C: 39,2/38,1/22,7%; akut dekompenzáció[AD]: 48,9%). A sCD163 szintet ELISA módszerrel határoztuk meg. A betegek követése során (medián[IQR], 778[182-1720] nap) prospektív módon rögzítettük az első AD időpontját és típusát, a hepatocelluláris carcinomá(HCC) kialakulását és a halálozást. A kontroll csoport 150 nemből és korban egyező, egészséges egyénből állt.

Eredmények: Májcirrhosisban a sCD163 szintje szignifikánsan magasabb volt az egészségesekhez képest (median: 3724 vs. 1104 ng/ml, p<0,001), összefüggött a betegség súlyosságával (p<0,001), de a nyelőcsővarixok jelenlétével nem. Stabil betegekben a sCD163 szintje nem volt képes előrejelezni az első AD epizódot, a HCC kialakulását, vagy a hosszú távú túlélést. A stabil betegek értékeihez képest az AD során magasabb értékeket találtunk, de a különbség csak az infekció jelenlétében volt szignifikáns (stabil: 3471, AD-nem-INF: 3497, AD-INF: 4969 ng/ml, p<0,001). Az infekciók esetén (n=119), a sCD163 szintje szignifikánsan magasabb volt szírelégtelenség társulása esetén (31%) és összefüggést mutatott annak súlyosságával. A sCD163>7110 ng/ml szérum szinttel rendelkező betegcsoportban a ≤7110 ng/ml csoporthoz képest a 28-napos halálozás szignifikánsan magasabb volt (46.5% vs. 15.8%, p<0,001) és a halálozásig eltelt idő is szignifikánsan rövidebb (pLogRank<0,001). A sCD163 szint a rövidtávú túlélés független kockázati tényezőjének bizonyult az életkort, nemet, etiológiát, társbetegségeket és MELD pontszámot tartalmazó időfüggő multivariációs (Cox) modellben is (HR:2,91, 95%CI:1,34-6,32, p=0,007).

Összefoglalás: A sCD163 szint meghatározás az infekcióval szövődött AD epizódok során segítséget nyújthat a halálozás szempontjából magas kockázattal rendelkező betegek korai azonosításában.

177

CIRCADIAN RHYTHM OF METHYLATED SEPTIN 9, CELL-FREE DNA AMOUNT AND TUMOR MARKERS IN COLORECTAL CANCER PATIENTS

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

Background: Methylated Septin 9 (SEPT9) is a sensitive and specific blood-based biomarker for colorectal cancer (CRC). However, its circadian rhythm and the relationship to the circadian cycle of cell-free DNA (cfDNA) amount and blood-based tumor markers have not been described.

Aims: Circadian rhythm of SEPT9 was compared to the cycle of the amount of cfDNA and the nowadays used blood-based tumor markers, as well.

Materials and methods: Plasma samples were collected four times a day (06:00, 12:00, 18:00 and 0:00) from 9 patients with CRC (5 with Stage I, II and 4 with Stage III, IV), an adenoma and a healthy for controls. DNA was isolated and bisulfite-converted using Epi proColon Plasma Quick Kit and methylated SEPT9 was detected by Sensitive PCR kit. RT-PCR was used to determine the total amount of DNA. Tumor markers (CEA, AFP, CA19-9 and CA72-4) were measured from the plasma samples, as well.

Results: At 0:00, all the cancer samples (100%) and adenoma were positive for SEPT9 methylation. At other times (06:00, 12:00 and 18:00) only 77.7% of CRC samples showed SEPT9 positivity. Stage I

cancer samples were positive only at 0:00. Interestingly, the highest SEPT9 methylation level was found at 0:00 in most CRC cases. In 7 of 6 the advanced tumors (Stage II-IV) highest DNA level and SEPT9 methylation were found at the same period of the day. The level of tumor markers correlates with the amount of cfDNA during the four times measurement. However, cortisol level showed inverse level comparing with cfDNA amount. In normal control plasma, although cfDNA was the lowest level compared with others, it showed a circadian rhythm and SEPT9 negativity at the same time.

Conclusion: In cases with low amount of cfDNA, such as adenoma and early stage cancer (Stage I), the time of blood draw for SEPT9 detection as CRC screening is essential, since positive results were measured only in the early hours. Contrarily, in CRCs from Stage II, SEPT9 methylation can be determine confidently, however it follows a circadian rhythm.

This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

178

AZ IGAZSÁG (MÁR) ODAÁT VAN. PRIMER HEPATICUS ANGIOSARCOMA SPONTÁN RUPTÚRÁJA - ESETBEMUTATÁS

Tóth I.¹, Szenes M.¹, Völgyi Z.¹, Herr G.¹, Nagy E.², Nagy G.², Tóth Z.³, Gasztonyi B.¹, Zala Megyei Kórház Belgyógyászati Osztály, Zalaegerszeg¹, Zala Megyei Kórház Radiológiai Osztály, Zalaegerszeg², Zala Megyei Kórház Patológiai Osztály, Zalaegerszeg³

Bevezetés: A lágyrész sarcomák 2-3%-át adó angiosarcomák közt mindössze 5%-ban találunk primer hepaticus angiosarcomát. Ezen ritka daganat kórisméje rendkívül nehéz. A klinikai tünettan és a képalkotókkal látott morfológiai kép rendkívül sokrétű, s a tumormarker vizsgálatok sem specifikusak. A prognózis igen rossz, az átlag túlélés csupán 5 hónap, mely a legheroikusabb terápiával is legfeljebb 17 hónapra nyújtható. A halál oka leggyakrabban májelégtelenség, illetve a következményes alvadási defektusból adódó spontán ruptúra fatális vérvéssel.

Esetismertetés: A 78 éves nőbetegnél hasi ultrahangon felfedezett soliter májgóc miatt indult kivizsgálás. A beteg fizikális és laborvizsgálatai dekompenzált májsugorra utaltak, kóroki tényezőként az alkoholfogyasztás, vírusos hepatitis fertőzés, illetve autoimmun májbetegség kizárható volt. Gyomortükrözés során varixokat nem találtunk. Computertomográfia hepatomegáliát, májcirrhosist és a 6-os szegmentumban egy 70x57 mm-es atipusos gócot mutatott. A máj mágneses rezonancia vizsgálata során látott morfológiai kép alapján hepatocellularis carcinoma lehetősége merült fel. Kontrasztanyagot ultrahangon a májgóc inkább benignusnak imponált. Tumormarkerek (AFP, CEA) normál tartományban voltak. A bizonytalan diagnózis, s ezáltal a célzott kezelés hiánya miatt ultrahang vezérelt májbíopsziát tervezünk, melyre súlyos coagulopathia, majd magas lázzal járó felső légúti vírusinfekció miatt nem került sor. Az egyébként fent járó betegnél hirtelen collapsus, majd cardiogén shock alakult ki, s a resuscitáció ellenére rövid időn belül exitus következett be. Kórhozatni vizsgálat során a májban látott terime spontán ruptúrájából származó jelentős (3000 ml) vérvetsésre derült fény, mely a beteg halálát okozta. A post mortem szövettani vizsgálat nem cirrhotikus májban kialakult primer hepaticus angiosarcomát igazolt.

Megbeszélés: Esetünkkel egy ritka kórkép gyakori, letális szövődményét mutatjuk be. Tanulságként szolgálhat a megtévesztő klinikai kép, és az a tény, hogy májgóc esetén még a legmodernebb képalkotók is ellentmondások lehetnek. A hepaticus angiosarcoma diagnosztikája sokszínű morfológiai megjelenése miatt nehéz, a tumormarkerek nem relevánsak, a májbíopszia szövődményrátája az irodalmi adatok szerint magas, kezelésére nincs egységes szakmai ajánlás és a kórjóslat is rendkívül szomorú.

179

PROTOCOL AND EARLY RESULTS OF A PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL IN PEDIATRIC PANCREATITIS (PINEAPPLE-P - PAIN IN THE EARLY PHASE OF PEDIATRIC PANCREATITIS).

Tóth A.¹, Mosztbacher D.², Zsoldos F.³, Szentesi A.⁴, Tóth G.², Bereczki C.¹, Hegyi P.⁵, University of Szeged, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics and Pediatric Health Center, Hungary¹, Children's County Hospital Tolna, János Balassa Hospital, Szekszárd, Hungary², Heim Pál Children's Hospital, Budapest, Hungary³, University of Szeged, Faculty of Medicine, First Department of Medicine, Hungary⁴, Hungarian Academy of Sciences - University of Szeged, Monument Gastroenterology Multidisciplinary Research Group and University, Hungary⁵

Background: The reported incidence of pediatric pancreatitis is low, however, the disorder is likely underdiagnosed. Retrospective data analyses (PINEAPPLE-R) suggest that pancreatic enzyme (amylase or lipase) measurements (PEM) are ordered only for a small number of children presenting with abdominal pain in emergency units. Currently no evidence based (EBM) guideline is available to offer proper instructions concerning the necessity of PEM in children.

Aim: Our aim is to develop a fast and reliable scoring system based on multicenter, multinational prospective data collection, which can help to decide the necessity of PEM in children with abdominal pain.

Patients & methods: Patients under 18 years with abdominal pain are included. The detailed protocol contains questionnaire concerning child medical history, complaints, symptoms especially concerning the characteristics of abdominal pain. Proper physical examination including evaluation of abdominal tenderness and guarding is performed. PEM and abdominal imaging are performed in all cases. The trial has been internationally discussed and registered at the ISRCTN registry (ISRCTN35618458). Data can be collected via an electronic data administration system. <http://pancreas.hu/en/studies/pineapple>

Results: 59 children with abdominal pain have been enrolled into the study within a month and one case of pancreatitis has already been discovered. The duration of the abdominal pain was 4 days before diagnosis. The pain was cramping, continuous, localized to the epigastrium. Both lipase and amylase levels were elevated more than 3 times above the normal level. Transabdominal ultrasound examination showed no alteration in the pancreas. Conclusion: This trial will help to develop an EBM guideline. More centres/patients are required.

180

OTSC (OVER THE SCOPE CLIP) – ESETBEMUTATÁS

Tóth L.¹, Theisz J.², Topa L.³, Varga P.⁴, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest¹, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest², Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest³, Gasztroenterológiai Profil, Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest⁴

Bevezető: Az OTSC vagy OVESCO egy speciális kliprendszer, mely alkalmazható nem varix eredetű gasztrointesztinális vérzések esetén vérzéscsillapító eljárásként, endoszkópos vagy sebészi beavatkozásokat követően kialakult perforációs nyílás vagy sipoly zárására. Rendkívül stabilan rögzül, a szerv falának összes rétege átfogható vele.

Betegek - esetbemutató: 51 éves férfi felvételére keringésmegingással járó gasztrointesztinális vérzés, haematemesis-melaena miatt került sor. Urgens gastroscopia során a gyomor fundusában Dieulafoy lézió igazolódott aktív vérzéssel. Ineffektív scleroterápia, majd egy db. haemoclip felhelyezés történt, a vérzés megállt. Ezt követően két alkalommal történt újrávérzés, második alkalommal a lelökődött korábbi haemoclip helyére újabb clip felhelyezés történt. Vérzésszünetben endoszkópos ultrahang vizsgálatot végeztünk a lézió kissé protrudáló (1 cm átmérő, tetején apró behúzóda) megjelenése miatt, esetleges GIST kizárására, mely során felszínesen futó, jelentős kaliberű artériát láttunk Doppler alkalmazásával, így az iniciális diagnózist helyesnek ítéltük. Ezt követően az OTS Clip felhelyezése sikeresen megtörtént, mely után már ismételt vérzés nem volt. A beteg utánkövetése folyamatban van. 57 éves férfi felvételére keringésmegingással járó gasztrointesztinális vérzés, melaena miatt került sor. Urgens gastroscopia során a postbulbaris duodenumban egy vastag nyelű polypust észleltünk Forrest I/a vérzéssel. Scleroterápia, majd a polypus nyelére 2 db. haemoclip felhelyezését követően polypectomia, majd a vágási felszín elektrokoagulációja történt. A polypust szövettanra visszanyerni nem sikerült. Otthonába bocsájtottuk. Ezt követően több mint 2 hónappal került ismételt felvételre melaena miatt. Gastroscopia során a korábbi duodenalis polypnak megfelelően a nyél még látható volt, innen észleltünk szivárgó vérzést, melyet scleroterápiával és egy db. haemoclip felhelyezéssel láttunk el. Második ülésben került sor OTS Clip felhelyezésre, mely után újrávérzést nem észleltünk. A beteg utánkövetése folyamatban van.

Következtetés: Mint a fenti két esetből látható az OTSC rendkívül hatékony módszer a hagyományosan, széles körben alkalmazott endoszkópos vérzéscsillapító eljárások sikertelensége esetén, ezért ne feledkezzünk meg a létezéséről, valamint az egyéb indikációs területeiről.

181

AZ ANADAMID ÉS 2-ARACHYDONOIL-GLYCEROL SZINT EMELÉSE GASZTOPROTEKTÍV HATÁST EREDMÉNYEZ PATKÁNYON

Tóth V.¹, Zádori Z.¹, Fehér Á.¹, Németh J.², Gyires K.¹, Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet¹, Debreceni Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet²

Előzmények: Korábbi kísérleteink igazolták, hogy a cannabinoidok gasztoprotektív hatást fejtenek ki mind perifériás, mind centrális adás során. A védőhatásban a centrális komponens bizonyult meghatározónak (1, 2). Irodalmi adatok alapján felvetődött, hogy az endocannabinoidok szintjének emelése lebontásuk, ill. visszavételük gátlásával, a cannabinoidok terápiás alkalmazásának egy új ígérete útja.

Célkitűzés: Az anandamid ill. 2-arachnoidyl-glycerol (2-AG) szint emelésének vizsgálata a mukozális léziókra részben lebontásuk /FAAH (fatty acid amid hydrolase) ill. MAGL (mono acyl glycerol lipáz)/ részben az anandamid visszavételének gátlása révén. Módszerek: a mukozális léziókat a savas alkohol orális bevitelével váltottuk ki. A vegyületeket részben intraperitoneálisan (i.p.), részben intracerebroventrikulárisan (i.c.v.) adtuk be 20 ill. 10 perccel az alkohol beadása előtt. A nyálkahártya léziók értékelését 60 perccel az alkohol beadása után végeztük. A CGRP és szomatostatint szinteket RIA módszerrel határoztuk meg. Az i.c.v. injiciált vegyületek gyomor motilitásra gyakorolt hatását in vivo ballon metodika segítségével vizsgáltuk, az i.c.v. kanül behelyezése sztereotaxiás készülékkel történt.

Eredmények: 1. A FAAH ill. MAGL gátló URB 597 (3-12 umol/kg) ill. JZL 184 (10-19 umol/kg) i.p. adás mellett szignifikánsan gátolta a léziók kialakulását. 2. Mind az URB 597 mind a JZL 184 hatását az i.c.v. injiciált CB1 receptor antagonistá AM 251 felfüggesztette. 3. I.c.v. adás során az URB 597 (0.6-3 nmol) a JZL 184 (0.3-1.3 nmol) és AM 404 (2,5-12 nmol, anandamid visszavételét gátló) gasztoprotektív hatásának bizonyult. 4. A gyomornyálkahártyában az alkohol hatására lecsökkent CGRP és szomatostatint szinteket valamennyi vizsgált vegyület szignifikáns mértékben emelte. 5. Egyik általunk vizsgált vegyület sem befolyásolta szignifikánsan sem a gyomor tónusos összehúzódásait, sem a gyomorkontrakciók amplitúdóját a gasztoprotektívnek bizonyult dózistartományban.

Következtetés: 1. Az endocannabinoid szint emelése gasztoprotektív hatást eredményezett. 2. A védőhatásban a centrális támadáspont meghatározó.

Irodalom: 1. Shujaa et al. J Physiol Pharmacol. 2009; 60; 7:93-100. 2. Gyires et al. Mol Cell Endocrinol. 2014; 15; 382:971-8.

182

TREATMENT OF HOME PARENTERAL NUTRITION RELATED CATHETER INFECTIONS WITH CATHETER RETENTION

Udvarhelyi G.¹, Bíró I.¹, Mészárosné T.², Straub É.², Fejér C.², Futó J.², Topa L.¹, Sahin P.¹, Department of Gastroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University¹, Intensive Care, St. Imre Teaching Hospital, Budapest and Pécs University²

Introduction: Home parenteral nutrition (HPN) is a life-saving treatment of patients with permanent bowel disorders. HPN-associated bloodstream infection is one of the serious complications of HPN, a determining factor of mortality. Between 2010 and 2011 seven patients were treated in our own centre and during 1000 days of care we encountered 0.51 catheter infections. Between 2012 and 2014 we had 11 patients, the infection rate was 1.58. As the infection rate was increasing we compiled a catheter reservation protocol in line with the literature to facilitate long term central vein integrity preservation and to reduce the rate of recurrent catheter infection.

Patients, method: Between 2012 and 2014 we treated 11 patients. We set up a catheter retention protocol: (1) immediate catheter removal upon infections caused by fungi, Pseudomonas, MRSA or other resistant pathogens; (2) in the event of repeated and proven catheter infections: use of the infected catheter is prohibited; (3) 3× catheter closing with 70 per cent ethanol; (4) the catheter is reused upon the normalization of white blood cell count and CRP; (5) thereafter the central catheter is closed with Tauroloc-Hepa on every second day of nutrition. We examined the retention time of the catheter and the complications of the infection.

Results: There were three patients with repeated catheter infections, two of them had a jejunostomy and one had a tumour. Average age: 51 years. Patient 1: 3× E. coli infections, after the third instance the catheter was replaced, there were no complications. Catheter retention: 112 days. Patient 2: 1× Staph. coag. neg., catheter retention: 65 days;

Patient 3: Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumonia, later on Staph. coag. neg. Catheter retention: 179 days. Infection rate with this group: 3.95

Summary: Catheter infection occurred with older (>60ys) male patients and longer (>450 days) nutrition periods. In two of the three cases reviewed there were no complications; catheter replacement times could be prolonged by 118.7 days on average. After the third recurring infection of the patient with a tumour and a jejunostomy endocarditis occurred as a complication. Conclusion: Male gender and >450 days of HPN pose increased risk, as described in the literature. We changed our protocol and now remove the central catheter if a second proven recurring catheter infection occurs.

183

CHANGE OF EXOSOME MARKER EXPRESSION IN EPITHELIAL, EPITHELIAL-ORIGIN CARCINOMA AND BLAST-LIKE CELLS DURING COLORECTAL ADENOMA-CARCINOMA SEQUENCE

Valcz G.¹, Kalmár A.², Krenács T.³, Molnár B.¹, Tulassay Z.¹, Molecular Medicine Research Unit, Hungarian Academy of Sciences, Budapest, Hungary, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, 2nd Department of Internal Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary², 1st Department of Pathology and Experimental Cancer Research, Semmelweis University Budapest & MTA-SE Tumor Progression Research Group³

Background and Aims: The intercellular communication between the epithelial/epithelial-origin carcinoma and stromal component become abnormal during colorectal carcinoma (CRC) formation. In addition to soluble regulators, the smaller membrane vesicle-like structures termed exosomes play important role in defective communication between these two compartments. Here we examined the alteration of ALIX and EXOSC8 exosome marker expression in epithelial, carcinoma and stromal α-SMA+ blast-like cells during colorectal adenoma-carcinoma sequence (ACS).

Materials and Methods: Immunohistochemical staining was performed on healthy (n=47), adenoma (n=60; including 20 tubular, 20 villous and 20 tubulovillous adenoma) and CRC samples (n=60) which were included into tissue microarray (TMA) block. We used ALIX and EXOSC8 antibodies for exosome detection as well as anti-cytokeratin and anti-α-SMA to detect of epithelial and α-SMA+ blast-like cells (i.e. myofibroblast in healthy and adenoma stroma and carcinoma associated fibroblasts/CAFs in tumor stroma), respectively. The samples were analyzed with digital microscope and evaluated by Q-score method.

Results: We found weak diffuse and strong granular ALIX and EXOSC8 expression in adenoma epithelium (Q-scores respectively: 144.48±20.28 and 166.66±30.88) and in CRC cells (Q-scores: 141±24.4 and 251.42±23.02) compare to moderate/strong diffuse ALIX (Q-score: 234.07±15.05) and low/moderate diffuse EXOSC8 (Q-score: 119.37±15.69) exosome marker expression of normal epithelium. We found strong granular ALIX and EXOSC8 expression in CAFs (Q-scores: 111±18.44 and 115±27.28) as well as in the intercellular compartment of CRC stroma. In contrast, low diffuse protein expression was detected in adenoma (Q-scores: 73.1±19.1 and 25±17.17) and healthy (Q-scores: 10.55±9.23 and 17.5±6.81) myofibroblasts.

Conclusions: The altered intercellular exosome-based information transport between epithelial/epithelial-origin carcinoma cells and α-SMA+ blast like cells may be fundamental in development of genetic and epigenetic alterations in association with colorectal ACS. This study was supported by the Hungarian Scientific Research Fund (OTKA-K111743 grant).

184

HIDROGÉN KILÉGZÉSI TESZT: MIÉRT, MIKOR, HOGYAN?

Varga-Csuka S.¹, Takáts A.¹, Bakos L.¹, Garai C.¹, Endomédix Diagnosztikai Központ¹

Célkitűzés: A H2 kilégzési vizsgálatok optimalizálása Anyag és módszer: Előkészítő útmutató H2 kilégzéses vizsgálathoz, kiértékelés

Eredmények: A tápcsatoma normális működése során nem szabadul fel diagnosztikus mérésre alkalmas mennyiségű H2-gáz. Diszbakteriózis vagy elégtelen laktáz aktivitás esetén azonban mérhető a tüdőből kiáramló H2 mennyisége, amelynek időbeli lefolyása is információval szolgál. Bár a vizsgálat egyszerűnek tűnik, kivitelezése során több buktatóval is szembesülhet a mérést végző asszisztens. Az eredményt befolyásolhatja egy megelőző gyógyszeres kezelés, étkezés, dohányzás stb. A H2 kilégzéses készülékek modern, kisméretű szerkezetek, sok

szakrendelésen használják. A téma aktualitását az egyre növekvő számban végzett vizsgálatok indokolják.

Következtetés: A kilégzéses teszt eredménye szempontjából igen fontos az előkészítés-mérés-értékelés folyamatának egysége, a kritikus pontok monitorozása.

185

6-MONTHS FOLLOW-UP RETROSPECTIVE STUDY OF POSTERIOR TOTAL (NISSEN) FUNDOPLICATION PATIENTS WITH GERD: INFLUENCE OF PSYCHIATRIC CO-MORBIDITY AND ANTIDEPRESSANT CO-TREATMENT IN THERAPEUTIC RESULT OUTCOMES

Varjú P.¹, Horváth Ö.², Papp A.², Czimmer J.¹, Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Clinical Center, University of Pécs¹, Department of Surgery, Clinical Center, University of Pécs²

Background: Surgical methods play a significant role in the treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD) refractory to conservative therapy. There is no evidence-based consensus on the best choice of technique, posterior total (360o) Nissen fundoplication is the most widely used antireflux surgery technique worldwide. Therapy dependent and refractory GERD patients with psychiatric co-morbidity and/ or antidepressant co-treatment arise challenge in choice of best treatment methods.

Aim of the study was to compare 6-month-results of Nissen fundoplication of psychiatric co-morbidity (PCM, n=16) and antidepressant co-treatment (ADT, n=17) as independent risk factors with general population data in our patients (n=177) between 2011-2015.

Results: Postoperative improvement of GERD symptoms occurred in 86 % (symptom-free ratio was 48,6%), in antidepressant treated group 88,2% (and 41%, respectively) and in case of psychiatric co-morbidity 56,2% (and 31,2 %, respectively). Reoperation was needed in 2,82% of patients (none in PCM or ADT group). Postoperative dysphagia occurred in 28,8% (50% with PCM, 29% with ADT). Significant (>10%) weight loss was measured 6 months after surgery in 24,8% (37,5% with PCM, 17,6% with ADT). Generally intervention because of surgery-associated complication was needed in 10,2% (18,75% with PCM, 5,9% with ADT). Re-use of proton pump inhibitor (PPI) treatment was needed in 32,8% (62,5% with PCM, 35,3% with ADT) 6 month later.

Conclusions: Similar to literature data psychiatric co-morbidity in itself worsens therapeutic results of Nissen fundoplication in objectively diagnosed therapy refractory and dependent GERD patients. However antidepressant use in itself does not seem to be a significant risk factor for it, it may decrease weight loss and some complication risk. More randomized data are needed to clear correlations in the matter.

186

PREDIKTÍV TÉNYEZŐK PROSPEKTÍV VIZSGÁLATA CLOSTRIDIUM DIFFICILE FERTŐZÉSBEN

Várkonyi I.¹, Misák O.¹, Bodnár Z.², Komáromi E.¹, Kardos L.¹, Rákóczi É.¹, Klinikai Farmakológiai Infektológiai és Allergológiai Intézet, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet¹, Belgyógyászati Osztály, Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet²

Bevezetés A Clostridium difficile (CD) fertőzés súlyossága, magas halálozási mutatói miatt napjainkban kiemelt népegészségügyi probléma. Az antibiotikum kezelés eltérő enyhe és súlyos formában, a terápiás döntést számos tényező együttes értékelése határozza meg. Az időben és jól megválasztott kezelési forma létfontosságú, ami a kimenelt javítja.

Anyag és módszer Clostridium difficile figyelőszolgálatunk másfél év alatt 164 beteg esetét követte napi rendszerességgel. Felmérte a betegeknek előforduló rizikófaktorok előfordulását (antibiotikum előkezelés, protonpumpa gátló [PPI], komorbiditások), és megvizsgálta, ezek a faktorok befolyással voltak-e a kimenetelre.

Eredmények A betegek 79,27 %-a tartozott a 65 év feletti rizikó csoportba. Összesen 10 beteg nem kapott a fertőzés kialakulása előtt antibiotikumot. Betegeink között a halálozás 23,17% volt. Protonpumpa gátló (PPI) kezelésben részesült a betegek 58,54 %-a. A PPI kezelés korrigált hatása - bár nem volt szignifikáns -, mintegy kétszeres relatív halálozási esélyt jelzett az ilyen kezelésben nem részesülők és a csak H2-receptor blokkolót használók összevont csoportjához képest (EH=1,9; 95% CI: 0,7 – 5,0, p=0,18). 13 beteg részesült a CD fertőzés előtti egy hónapon belül parenterális szteroid kezelésben, mely rizikóval a becslés szerint több, mint 4-szeres letalitási esély járt együtt (EH=4,7; 95% CI: 1,2 – 18,0, p=0,025).

Következtetések A protonpumpa-inhibitorok hatásai – szemben az egy támadáspontú H2-blokkolókkal – statisztikai elemzésünk alapján fokozott veszélyt jelentenek a CD fertőzés alatt, ezért csak alaposan megfontolt és indokolt esetben javasoljuk a PPI kezelés folytatását CD fertőzések alatt. A CD fertőzés előtt közvetlenül alkalmazott immunszuppresszív terápia elemzésünk szerint kifejezett súlyossági tényező a CD halálozásának tekintetében.

187

TREATMENT STRATEGY, SURGERY AND HOSPITALIZATION RATES DURING THE FIRST YEAR AFTER DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES FROM THE 2011 ECCO-EPICOM INCEPTION COHORT

Végh Z.¹, László L.², EpiCom Group E.³, Péter László L.¹, 1st Department of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary¹, Department of Medicine, Csolnoky Ferenc Hospital, Veszprem, Hungary², EpiCom Group³

Background: The ECCO-EpiCom study investigates the differences in the incidence and therapeutic management of inflammatory bowel diseases (IBD) between Eastern and Western Europe. The aim of this study was to analyze the differences in the therapeutic strategy, surgery and hospitalization rates in the 2011 ECCO-EpiCom inception cohort within the first year after diagnosis.

Methods: Fourteen European (9 Western and 5 Eastern European centers) and 1 Australian center with 258 Crohn's disease (CD), 380 ulcerative colitis (UC) and 71 IBD unclassified (IBDU) patients (65% from Western, 25% from Eastern Europe, 10% from Australia; female/male: 326/383; mean age at diagnosis: 40.9 years, SD: 17.3 years) participated in the one-year follow-up. Patients' data regarding medical therapy, surgeries and hospitalizations were registered and entered in the ECCO-EpiCom database during the first year after diagnosis.

Results: In CD, 36 (19%) Western Europe/Australian and 6 (9%) Eastern European patients received biological therapy (p=0.04), but the immunosuppressive (IS) use was equal and high (Eastern Europe vs. Western Europe/Australia: 53% vs. 45%; p=0.27). In Eastern Europe, significantly more CD patients were hospitalized compared to Western Europe/Australia (pLogRank=0.01) and more CD patients underwent a surgical procedure (pLogRank=0.001). Of note, surgery was associated to ileal only location and stenotic behavior (pLogRankLoc=0.008, pLogRankBeh<0.001). Overall, the disease behavior was the major driver for both hospitalization and surgery (pLogRankhosp<0.001, pLogRanksurg<0.001). In UC, patients in Western Europe/Australia received more steroids (pLogRank=0.01) compared to Eastern Europe, however disease extent was not different. In contrast, time to 5ASA, IS, biological therapy and colectomy was not different between these regions.

Conclusion: In Eastern Europe, a significantly more of CD patients had surgery and were hospitalized compared to Western Europe/Australia within the first year after diagnosis. Disease behavior was the major predictor for both surgery hospitalization. In UC, both hospitalization rates and risk for colectomy was low. We found a higher exposure to biologicals in CD patients in Western Europe/Australia, while only steroid exposure was different in UC.

188

NE ÍTÉLJÜNK ELSŐ LÁTÁSRA! – AVAGY NEM MINDEN CROHN, AMI ANNAK LÁTSZIK

Visnyei Z.¹, Lőrinczy K.¹, Zsigmond F.¹, Gyökeres T.¹, Banai J.¹, Gasztroenterológiai Osztály, MH Egészségügyi Központ Honvédkórház, Budapest¹

Esetismertetés: 38 éves, Sharp-szindrómában (kevert kötőszöveti betegség - MCTD) szenvedő nőbeteg, hasi fájdalom, hányinger, hányás, magas láz miatt került felvételre belgyógyászati osztályra. Laboreredményeiből emelkedett gyulladásos paraméterek, enyhe fokú microcytae anaemia emelhető ki. Hasi UH szabad hasi folyadékot, a colon ascendens és a sigma fali megvastagodását és a kismedencében rövid szakaszon megvastagodott vékonybélszakaszokat írt le. CT enterographia az ileum kiterjedt gyulladásos folyamatát igazolta a terminalis ileum dominanciájával. A látott kép alapján Crohn-betegséget vetettek fel. Colonoscopy során a terminalis ileumban makroszkóposan Crohn-betegségre jellemző gyulladásos nyálkahártyát találtunk. Szteroid lókesterápiát és 5-ASA kezelést kezdtek, metotrexat helyett azatioprint vezettek be. Ezt követően a beteg lázlatanná vált, gyulladásos paraméterei regrediáltak, emittáltak. Az ileumból vett szövettan Crohn-betegséget igazolt. 20 nappal később ismét felvételre

került a beteg emelkedő gyulladásos paraméterek, hasmenés, éjszakai lázak miatt. Lázát azatioprin elhagyása sem szüntette. Széklettenyésztés *Cl. difficile* infekciót igazolt, melyre kombinált kezelést indítottak. 5 nap múlva septikus állapot, vékonybélileus alakult ki. Rohamosan romló általános állapot miatt intenzív osztályra került és urgens műtét történt, mely során súlyos diffúz peritonitist találtak. Az aboralis vékonybélkonglomeratum a coecummal és a colon ascendenssel eltávolításra került. Ileostoma felhelyezése közben vékonybélszakadás (extrém rigid, szakadékony belek) miatt további rezekcióra kényszerültek. 10 nappal később hasi drainen megjelenő zavaros bennék miatt reoperáció vált szükségessé. Az exploratio során gyógyulási hajlamot nem lehetett látni, a hasüregben diffúz purulens váladék volt. A vékonybélben több perforációs nyílást találtak. A belek törékenysége miatt csak jejunostomát sikerült kivezetni. Tenyésztés alapján (vancomycin rez. *E. faecalis*) tigecyclin adását kezdték. Az időközben elkészült műtéti rezekátum szövettani eredménye Crohn-betegséget utánzó, aktív ileo-coecalis béltuberculosist igazolt.

Megbeszélés: Esetismertetésünk kapcsán szeretnénk felhívni a figyelmet, arra hogy az endoszkópos kép és a szövettani diagnózis ismeretében is a klinikai kép döntő a beteg kezelése kapcsán. Immunszupprimált betegek lázas állapota esetében mindig gondoljunk tuberculosist lehetőségére is!

189

LIVER ENZYMES ARE NOT RELIABLE PARAMETERS TO REVEAL LIVER FIBROSIS IN CHRONIC PANCREATITIS

Zsóri G.¹, Czepán M.¹, Illés D.¹, Pálvölgyi A.¹, Nagy I.¹, Czákó L.¹, Szegedi Tudományegyetem I. számú Belgyógyászati Klinika, Szeged¹

Introduction: The coincidence of chronic pancreatitis and liver cirrhosis in alcoholic patients is rare. Aims: To assess liver fibrosis in patients with chronic pancreatitis by measuring non-invasive fibrosis scores and liver stiffness.

Methods: Twenty five patients with chronic pancreatitis were enrolled in the study. Eight volunteers were recruited to serve as controls. Non-invasive fibrosis scoring systems including aspartate aminotransferase to platelet ratio index (APRI), fibrosis-4 score (FIB-4) and non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) score were determined and transient elastography was performed.

Results: Transient elastography was successful in all but one patients (16 male and 9 female, mean age 59,41±13 years). Mild and severe fibrosis was revealed in 5 and 2 patients by elastography, respectively. However the liver enzymes were elevated only in 3 patients. The values of APRI, FIB-4 and NAFLD scores did not revealed fibrosis of the liver in any patients. The duration of chronic pancreatitis was longer (10,57±5 vs. 8,05±4 years), the presence of diabetes mellitus was higher (57,14% vs. 17,64%) and regular alcohol consumption occurred more frequently (42,85% vs. 23,52%) in chronic pancreatitis patients with liver fibrosis than without liver fibrosis, respectively. There was no correlation between metavir stages and the incidence of pancreatic surgery.

Conclusions: Liver fibrosis occurs in a small proportion of chronic pancreatitis patients. Liver enzymes are not reliable parameters to reveal liver fibrosis. Alcohol consumption, the duration of chronic pancreatitis and the presence of DM are the risks factors for the development of liver fibrosis.

SZERZŐK NÉVSORA

A

Acél P. 159
 Agócs L. 55
 Ahuja M. 118
 Almuhtadi K. 96
 Altorjay I. 133, 37, 71, 80,
 147, 104, 138, 102, 95
 Altorjay Á. 62, 12
 Andorka C. 107, 142, 5*
 Andorka M. 162, 100, 8, 87
 András P. 113
 Annaházi A. 6*
 Antal-Szalmás P. 137, 176,
 104, 138
 Artner A. 7*

Á

Ábrahám G. 85
 Ábrahám S. 6, 1*, 2*
 Ádám T. 3*
 Ágota A. 92, 45, 146, 4*

B

Babarczy E. 7
 Bajor J. 9*, 89, 65
 Bak M. 163
 Bakos L. 184
 Bakos Á. 17
 Balla E. 15*
 Balla Z. 14*, 84, 101, 126
 Balogh E. 81
 Balogh M. 57, 114
 Balázs A. 142, 65, 107, 63,
 115, 5*, 10*, 11*
 Balázs M. 3
 Baló T. 111
 Banai J. 51, 161, 188, 134, 61,
 113
 Barták B. 49, 130, 177, 82,
 16*
 Basha J. 74
 Bene L. 17, 51
 Benedek G. 170
 Bereczki C. 129, 179
 Berényi A. 12
 Birinyi P. 18*, 19*
 Blázovics A. 88
 Bod B. 65, 5
 Bodnár Z. 186, 21*
 Bodoky G. 92, 45, 146, 4

Bogyó L. 55
 Bor R. 41, 158, 161, 65, 12,
 166, 22*, 42, 123
 Bori E. 151, 153
 Borka K. 109
 Bosnyák A. 29
 Bourglá L. 48
 Breitenbach Z. 23*
 Bronckers A. 151, 153
 Brúgós B. 37
 Budai A. 38
 Budai J. 81
 Bueno L. 6
 Burai J. 149, 24*, 163
 Burai M. 172, 173
 Buzás G. 25*
 Bábits I. 8*
 Bálint A. 12*, 166, 22, 42,
 123, 41, 158
 Bálint L. 157, 13*
 Bányainé Bodonyi K. 81
 Bányász Z. 26, 170, 148
 Bányi A. 17*
 Bély M. 53
 Bíró B. 61, 113
 Bíró G. 20*
 Bíró I. 182

C

Celecz J. 107
 Chamdin S. 26*
 Choi S. 118
 Crai S. 65, 5
 Csajbók R. 70
 Csefkó K. 65, 27*, 15
 Csekő K. 28*
 Cserey G. 47
 Csicsóné Miklós T. 29*
 Csilek A. 30*
 Csintalan Z. 15
 Csiszkó A. 10
 Csizmadia C. 159
 Csonka A. 12
 Csontos Á. 90, 122, 32*, 123,
 128, 143
 Csucska M. 156
 Csupor D. 135
 Csóka C. 31*, 143
 Csókáné Takács S. 93
 Csöndes M. 86

Csörgő E. 47
 Czakó L. 35, 168, 22, 5, 10,
 189, 77, 79, 63, 65
 Czelecz J. 142
 Czepán M. 189
 Czerődi E. 53
 Czimmer J. 185, 28, 63, 10
 Czirják K. 34, 33*
 Czuczor V. 34*

D

Dancs N. 35*, 86
 Dank M. 88
 Dankó I. 46
 Darnaudery M. 78
 Darvas E. 36*
 Daróczi T. 166
 DenBesten P. 151, 153
 Dombi S. 99
 Drozgyik D. 38*
 Dubravcsik Z. 39*, 29, 60, 5
 Dubóczki Z. 120
 Duerr J. 11
 Durcsán H. 83, 86, 40*
 Dávida L. 133, 37*
 Dóra R. 110
 Döbrönte Z. 119

E

Egyházi Z. 117
 Elek I. 17
 EpiCom Group E. 187
 Eutamene H. 6

F

Farkas A. 55
 Farkas D. 23
 Farkas G. 5, 63
 Farkas K. 41, 158, 161, 12,
 122, 51, 102, 166, 22, 42*,
 123, 6
 Fazekas A. 30
 Fechner K. 138
 Fehér Á. 169, 43*, 181
 Fejes R. 44*
 Fejér C. 182
 Ferrier L. 78
 Figler M. 23
 Fischer T. 67
 Fodor D. 48*, 46*

Fodor E. 47*
 Fodorné Keserű A. 127
 Folhoffer A. 132, 106
 Forró G. 76
 Futó J. 182
 Fábíán A. 166, 41*
 Félegyházi F. 92, 45*, 146, 4
 Földesi I. 6
 Földi S. 47
 Fülöp A. 38, 98
 Fülöp C. 17
 Fülöp F. 14
 Fűri I. 49*

G

Galamb O. 177, 82
 Galló N. 50*
 Garai C. 184
 Garbera I. 117
 Gasztonyi B. 67, 51, 178
 Gaál A. 15
 Gecse K. 51*, 102, 58
 Gelley A. 53*
 Gellért B. 116, 47, 52*, 60
 Gerdán J. 21
 Gerlei Z. 132
 Gervain J. 54*, 140, 5, 65
 Ghimessy Á. 55
 Gieszer B. 55*
 Golovics P. 51, 102, 58, 57*, 114
 Gombos E. 108
 Gosztola P. 36
 Grenda A. 59*
 Gráf L. 111
 Gubicskóné Kisbenedek A. 23
 Gulyás J. 40
 Gupta R. 74
 Gurzó Z. 81
 Guthy I. 142
 Gyetvai Á. 157
 Gyimesi G. 60*
 Gyires K. 181, 169, 43
 Gyorgyev K. 62*
 Gyugos M. 55
 Gyökeres T. 39, 161, 188, 134, 61*, 113
 Gyöngy M. 52
 Gyöngyösi B. 110
 Győrfy K. 117
 Gál E. 135
 Gárdonyi M. 96

Gódi S. 65, 56*, 168, 63, 10
 Gönczi L. 58*

H

Hagymási K. 111, 91
 Hajdu H. 140
 Hajdú E. 46, 48
 Halász A. 65, 63*, 168, 5, 10
 Halász J. 111
 Hamar S. 22
 Hamvas J. 64*, 65*, 26, 170, 148, 5
 Haragh A. 96
 Haraszi B. 133, 37
 Harisi R. 66*
 Harsányi L. 38, 98, 91
 Hausinger P. 60
 Hegede G. 17
 Hegedűs I. 28
 Hegyi E. 107, 5, 10
 Hegyi P. 135, 107, 168, 179, 63, 118, 115, 10, 11, 14, 84, 101, 126, 73, 103, 131, 129, 39, 142, 65
 Heiler Z. 94
 Helyes Z. 28
 Herr G. 178, 67*
 Hersényi L. 111, 31, 143, 89, 124, 144
 Hidvégi E. 68*
 Holzer P. 169
 Holzinger G. 77
 Horvát G. 69*
 Horváth A. 152
 Horváth G. 30, 97
 Horváth I. 72
 Horváth K. 71*
 Horváth R. 72*, 160
 Horváth Z. 70*, 152
 Horváth Ö. 185, 159
 Hritz I. 73*, 74*, 39, 65, 60, 107, 5, 10
 Huberth B. 47
 Hunyady B. 96, 97, 117
 Huszár S. 75*

I

Ifj. Rakonczay Z. 14, 101, 115, 126
 Igaz I. 175, 76*, 174
 Illés A. 3, 5, 28
 Illés D. 189, 77*, 79

Illés K. 98
 Inczeffi O. 6, 78*, 156, 157, 103, 13
 Iszák A. 81
 Ivány E. 79*
 Iványi B. 14, 101, 126
 Izbéki F. 168, 63, 5, 10, 65, 127, 13, 44, 62

J

Juhász M. 143, 89, 90, 91, 124
 Juhász Z. 48
 Jäckel M. 61, 113

K

Kacska S. 147, 95, 133, 37, 71, 80*
 Kahán Z. 63, 10*
 Kalapala R. 74
 Kalmár A. 49, 130, 177, 82*, 16, 183, 125
 Kander K. 96
 Karacs K. 52
 Kardos L. 186
 Karoliny A. 108
 Kaszás B. 139
 Katona B. 122, 32
 Katona M. 84*
 Kelemen D. 139, 168, 63, 5
 Kincses Z. 21
 Kiss A. 110
 Kiss B. 49, 82, 16
 Kiss G. 83, 162, 152, 40, 100, 8, 87*
 Kiss I. 85*, 85
 Kiss L. 102, 58
 Kiss P. 157
 Kiss T. 65
 Kiss Z. 86*
 Kleiner D. 88*
 Kocsis D. 89*, 90*, 91*, 124
 Kocsis Á. 55
 Kohánka A. 92*, 45, 146, 4
 Kokas M. 93*, 144, 145
 Koller M. 47
 Komáromi E. 186
 Konderák Judit J. 25
 Kondász A. 48, 46
 Kopper L. 92, 45, 146, 4
 Kormányos E. 14, 84, 101, 126

Koráné Patkás C. 108, 171
 Kosár K. 77
 Kotsis L. 94*
 Kovács A. 119
 Kovács G. 95*, 37
 Kovács I. 128
 Kovács J. 34
 Kovács M. 99*
 Kovács T. 98*
 Kovács V. 162, 86, 161, 40, 100*, 87
 Kovács Z. 96*, 97*
 Kovácsné Tomasits K. 93
 Koós O. 98
 Krajczár P. 21
 Krenács T. 183
 Kristóf T. 51
 Krizsán M. 12
 Krolopp A. 132, 106
 Kudron E. 70
 Kui B. 168, 63, 11, 14, 84, 101*, 126, 65
 Kui R. 122
 Kurcsák N. 167
 Kádár T. 81*
 Kántor D. 83*
 Kárász T. 83, 86
 Kürti Z. 102*, 58
 Kőrösi G. 17

L

Laczkó D. 157, 103*
 Lakatos G. 63*
 Lakatos L. 51, 57, 114
 Lakatos P. 51, 137, 104*, 138, 102, 58, 57, 114
 Lakhtakia S. 74
 Lakó K. 40, 8
 Lang G. 55
 Langhammer S. 105*
 Layé S. 78
 Le N. 163, 109*
 Leindler L. 63
 Lendvai G. 110*
 Lippai D. 124, 116, 47, 111*
 Lombay B. 112*, 30
 Lotz G. 38, 98
 Lovász B. 51, 102, 58, 57, 114*
 László L. 187
 László S. 132, 106*
 Lásztity N. 142, 5, 107*, 108*,

171
 Látrányi B. 97
 Lázár G. 6, 1, 2
 Lépinay A. 78
 Lőrincz M. 108
 Lőrinczy K. 161, 188, 134, 61, 113*

M

Madácsy L. 116*, 47, 52, 39, 111, 60
 Madácsy T. 115*
 Magyarosi D. 144, 145, 117*
 Makai G. 69
 Mall M. 11
 Maléth J. 135, 118*, 115, 84, 5
 Masszi I. 53
 Menczel E. 48, 46
 Mersich T. 120*, 163
 Micsik T. 72, 160, 31, 143
 Micskó É. 121*
 Miheller P. 89, 90, 122*, 32, 51, 124, 123, 128, 31, 143
 Mihály E. 111, 143, 124
 Miklós S. 5, 10
 Milassin Á. 12, 166, 42, 123*, 41, 158
 Miseta A. 140
 Misák O. 186
 Molnár A. 128*, 122, 32, 126*
 Molnár B. 49, 130, 109, 177, 82, 16, 183, 125*
 Molnár S. 124*
 Molnár T. 127*, 41, 158, 1, 2, 161, 51, 12, 122, 102, 166, 22, 42, 123, 6
 Molnár Z. 5
 Moró Z. 117
 Mosztbacher D. 107, 179, 129*, 142, 65
 Muallem S. 118
 Muhi M. 29
 Mulder C. 91
 Murányi M. 116
 Mályi K. 113
 Márk G. 12
 Márk L. 119*
 Máthé Z. 111
 Máté M. 155
 Mészáros L. 55
 Mészáros P. 163, 120

Mészárosné T. 182
 Mühl D. 159
 Müllner K. 124, 31, 143

N

Nagy A. 108, 171
 Nagy E. 178
 Nagy F. 41, 158, 51, 166, 22, 42
 Nagy G. 67, 178, 168
 Nagy I. 189
 Nagy N. 48
 Nagy P. 110
 Nagy Z. 49, 130*, 109, 82
 Nehéz L. 111
 Nijeboer P. 91
 Norman G. 138
 Norman L. 104
 Novák J. 65, 5
 Nyári T. 42
 Németh A. 111, 124
 Németh B. 131*, 142, 107, 5
 Németh C. 10
 Németh D. 132*, 106
 Németh I. 156, 11
 Németh J. 181

O

Oláh T. 117
 Orosz P. 59

Ö

Ördög B. 10

P

Pakodi F. 56
 Palatka K. 51, 123, 95, 133*, 37
 Pallagi P. 135*, 115
 Pallagi-Kunstár É. 12
 Pap T. 30
 Pap Á. 136*, 17
 Papp A. 185
 Papp G. 111
 Papp J. 91, 58
 Papp M. 137*, 176, 104, 89, 138*, 51, 102
 Papp R. 139*, 63
 Par A. 140
 Par G. 140*
 Paszt A. 2
 Patai V. Á. 177, 16, 125, 72,

160, 31, 143*
 Patai Á. 119, 51
 Patonai A. 110
 Pepa K. 15
 Perkecz A. 28
 Peták I. 92, 45, 146, 4
 Pikóné Babos G. 147*
 Pink T. 15
 Piri Z. 122, 32
 Plósz J. 21
 Pohóczky K. 28
 Polreisz J. 93
 Polyák É. 23
 Pozsár J. 172, 173, 55, 149*,
 24, 163, 120
 Pusztay M. 150*
 Pák P. 52, 99
 Pál A. 12
 Pálfi E. 26, 128, 50
 Pálinkás D. 134*
 Pálvölgyi A. 189
 Pápay J. 111
 Pár A. 141*
 Pár G. 168, 141
 Párniczky A. 107, 168, 10,
 142*, 65*, 5
 Pécsi D. 144*
 Pécsi G. 93, 144, 145*
 Péntek R. 92, 45, 146*, 4
 Péter H. 5
 Péter László L. 187
 Péter Z. 124
 Péterfia B. 16, 125
 Pócsi A. 33
 Pósfai G. 148*

R

Radezcky P. 55
 Rajnics P. 96
 Rakonczay Z. 103, 5, 135, 11
 Rakonczay, Jr. Z. 84
 Ramchandani M. 74
 Reddy D. N. 74
 Regőczy H. 83, 162, 152, 40,
 100, 87
 Reismann P. 163
 Reisz Z. 156*
 Roggenbuck D. 138
 Rogler G. 57, 114
 Román E. 72
 Rosendahl J. 5
 Rosztóczy A. 6, 78, 156, 157*,

103, 13
 Rudas A. 62
 Ruffert C. 5
 Ruszin L. 167
 Rusznyák K. 113
 Rutka M. 41, 158*, 12, 102,
 42, 123, 6
 Ruzsa Á. 117
 Rábai K. 61, 113
 Rácz F. 33, 154*, 34
 Rácz I. 83, 162, 152*, 86, 161,
 40, 100, 8, 87, 35
 Rácz R. 151*, 153*
 Rákóczi É. 186
 Rázga Z. 84
 Rédei C. 155*, 175
 Rényi-Vámos F. 55
 Róka R. 6, 78, 156, 157, 103,
 13

S

Sahin P. 182, 155, 175, 76
 Sahin-Tóth M. 107, 131, 142
 Salamon Á. 51
 Sarlós G. 159
 Sarlós P. 65
 Schaff Z. 110
 Schatterny J. 11
 Schlachter K. 110
 Schnúr A. 135
 Schwab R. 92, 45, 146, 4
 Schäfer E. 61, 113
 Shums Z. 104
 Simon J. 169
 Simonka Z. 2
 Sipeki N. 104, 138, 102
 Sipos F. 177, 124
 Solt J. 56, 159*
 Somodi K. 97, 117
 Somogyi E. 29
 Spindler S. 152
 Steward M. 151, 153
 Straub É. 182
 Sumánszki C. 72, 160*
 Suták M. 33
 Szabó A. 86, 40
 Szabó E. 85, 161*, 166
 Szabó I. 56, 65, 28
 Szabó L. 17
 Szakál T. 33
 Szalai K. 7, 117
 Szalai M. 162*, 152, 86, 40,

100, 87
 Szalay F. 112, 132, 106
 Szalontai B. 28
 Szamosi T. 51
 Szanyi S. 163*, 109
 Szegedi L. 33, 154, 34
 Szekanecz Z. 37
 Szekeres I. 67
 Szekeres L. 157
 Szekeresné Szabó S. 23
 Szenes M. 178, 67
 Szentesi A. 129, 179, 63
 Szentkereszt Z. 63, 5
 Szentmihályi K. 88
 Szepes A. 39, 29, 60, 5, 35, 22
 Szepes Z. 39, 41, 158, 2, 161,
 79, 51, 63, 12, 166*, 168, 22,
 42, 123, 5, 65
 Szidor V. 65
 Szijártó A. 38, 98
 Szilvás Á. 165, 164
 Szinku Z. 97
 Szircsák E. 167*
 Szita I. 57, 114
 Szmola R. 120, 107, 168, 63,
 172, 173, 55, 149, 142, 24,
 163, 109, 5*
 Sztipits T. 120
 Szulcsán Á. 12
 Szántó S. 37
 Székely A. 127, 44
 Székely G. 165*, 164*, 36
 Székely H. 91, 124
 Székely I. 44
 Szücs Á. 168*
 Szűcs D. 142
 Szűcs M. 166, 123, 6, 158
 Szűcs Á. 63, 65, 109
 Sági Z. 111
 Süle K. 88
 Sümegi J. 65, 5

T

Tajti J. 2
 Takács R. 26, 170*, 64
 Takács T. 63, 65, 168, 169*,
 5, 126
 Takáts A. 184
 Tani E. 171*
 Tarpay Á. 120, 172*, 173*, 55,
 149, 24, 163
 Terzin V. 77

Theisz J. 174*, 180, 76
 Theodorou V. 6, 78
 Tihanyi D. 38
 Tiszlavicz L. 156, 85, 60, 11
 Tolmácsi B. 113
 Topa L. 174, 182, 155, 175*,
 180, 76
 Tornai D. 137, 176
 Tornai I. 137, 176, 133
 Tornai T. 137, 176*
 Tulassay Z. 49, 130, 116, 47,
 52, 72, 160, 111, 31, 143, 109,
 89, 90, 91, 177, 82, 16, 124,
 183, 125
 Turner J. 78
 Tátrai-Németh K. 50, 70
 Tóth A. 129, 142, 107, 179*
 Tóth G. 129, 179, 117
 Tóth G. T. 36
 Tóth I. 178*
 Tóth K. 177*, 82, 16, 135
 Tóth L. 174, 144, 180*, 145,
 76
 Tóth T. 51
 Tóth V. 181*, 169, 43
 Tóth Z. 178
 Tóthné Píszmán K. 29
 Török K. 55
 Török É. 128

U

Udvarhelyi G. 182*

V

Vadász P. 94
 Valcz G. 177, 183*, 49
 Varga G. 151, 153
 Varga M. 27, 15, 5, 50, 65
 Varga P. 180
 Varga S. 152
 Varga-Csuka S. 184*
 Varjú P. 185*
 Varsányi M. 113
 Vasas B. 22
 Vass L. 72
 Vass N. 142
 Vavricka S. 57, 114
 Velkei T. 60
 Venglovecz V. 103, 135, 115,
 84
 Vereczkei A. 139

Veres G. 104, 138, 107, 142,
 5
 Veress G. 117
 Vincze A. 140
 Vincze L. 8
 Vincze Á. 105, 28, 63, 39,
 141, 56, 51, 159, 5
 Visnyei Z. 188*, 113
 Vitális Z. 137, 176
 Vizer A. 88
 Volford G. 156
 Várkonyi I. 186*
 Vécsei L. 14
 Végh Z. 187*, 102, 58, 57,
 114
 Vén L. 33
 Vén P. 80
 Völgyi Z. 67, 178

W

Wagner I. 62
 Wichmann B. 49, 130, 177,
 82, 16, 125
 Wittmann T. 6, 78, 14, 156,
 157, 103, 13, 79

X

Xia L. 78

Z

Zaránd A. 64
 Zhou-Schuckow Z. 11
 Zolnai Z. 155, 175
 Zoltán R. 10
 Zsigmond F. 188, 61, 113
 Zsoldos F. 129, 179
 Zsóri G. 189*, 77, 79
 Zádori Z. 169, 43, 181

KIÁLLÍTÓK, HIRDETŐK ÉS TÁMOGATÓK EXHIBITORS ADVERTISERS AND SPONSORS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönetet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a
57. 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 57th Annual Meeting.

- | | | |
|--|---|---|
| • ABBVIE Kft.
Budapest | • ENDO-PLUS-SERVICE Kft.
Budapest | • MEDIREX Zrt.
Budapest |
| • ALLEGRO Kft.
Budapest | • FERRING MAGYARORSZÁG Kft.
Budapest | • MICROMEDICAL Kft.
Budapest |
| • ANAMED Kft.
Budapest | • FRESENIUS KABI HUNGARY Kft.
Budapest | • MSD PHARMA HUNGARY Kft.
Budapest |
| • ARAMIS PHARMA Kft.
Budapest | • GOODWILL PHARMA Kft.
Szeged | • MYLAN EPD Kft
Budapest |
| • ART STÚDIÓ GALÉRIA
Veszprém | • HUN-MED Kft. Fuji Képviselő
Budaörs | • ORIFLAME.
Budapest |
| • BERLIN-CHEMIE /
A.MENARINI Kft.
Budaörs | • IZOTÓP INTÉZET Kft.
Budapest | • ORMA 2000 Kft.
Szeged |
| • BOEHRINGER INGELHEIM RCV
GmbH & Co. KG Mo. Fióktelepe
Budapest | • IZINTA KERESKEDELMI Kft.
Budapest | • RECKITT-BENCKISER Kft.
Budapest |
| • BRAND UP PHARMA Kft.
Budapest | • KPS
ONCOMPASS MEDICINE Corp.
Budapest | • RICHTER GEDEON Nyrt.
Budapest |
| • BRABEX Kft.
Budapest | • LUX HUNGÁRIA Kft.
Budapest | • PENTACORE LABORATÓRIUM
SEMMEIWEIS KFT.
Budapest |
| • BRISTOL-MYERS SQUIBB
Budapest | • MED-EN TRADE Kft.
Budapest | • STRATHMANN GmbH&CO KG
Budapest |
| • ELEKTRO-OXIGÉN Kft.
Budapest | • MEDICINA KÖNYVKIADÓ Zrt.
Budapest | • TAKEDA PHARMA Kft.
Budapest |
| • ENDOCAM Kft.
Székesfehérvár | • MEDICONS Kft.
Budapest | • TEVA Magyarország Zrt.
Budapest |

A PROGRAMFÜZET HIRDETÉSEI A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Strathmann GmbH&CO KG	Lactase	BII
Goodwill Pharma Kft.	Normix	12
Strathmann GmbH&CO KG	Lactase	14
HUN-MED Kft.	Fujifilm	20
Berlin-Chemie A. Menarini Kft.	Espumisan	23
Med-En Trade Kft.		24
AbbVie Kft.	Humira	26
TEVA Magyarország Zrt.	Rabyprex	28
Medicons Kft.	Salofalk	30
Fresenius Kabi Hungary Kft.	Fresubin	34
TEVA Magyarország Zrt.	Refluxon	43
Ferring Magyarország Kft.	Pentasa	44
Aramis Pharma Kft.	Metadoxil	46
AbbVie Kft.	Humira	48
Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co. KG Magyarországi Fióktelepe	Dulcolax	50
MSD Pharma Hungary Kft.	Simponi	52
Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co. KG Magyarországi Fióktelepe	Dulcolax	54
Berlin-Chemie A. Menarini Kft.	Pangrol	60
Strathmann GmbH&CO KG	Lactase	65
Fresenius Kabi Hungary Kft.	Fresubin	66
Takeda Pharma Kft	Controloc	70
Richter Gedeon Nyrt.	Quamatel	72
Allegro Kft.	Sigmavisc	74
KPS	Oncompass	76
AbbVie Kft.	Viekirax+Exviera	78,79
AbbVie Kft.	Viekirax+Exviera	148, BIII
Medicons Kft.	Salofalk	BIV

HIRDETÉS
ABBVIE
(VIEKIRAX+EXVIERA)

BIII.

HIRDETÉS
ABBVIE
(VIEKIRAX+EXVIERA)

BIV.

HIRDETÉS
FALK