

**Magyar Gasztroenterológiai Társaság**  
**66. Nagygyűlés**  
Siófok, Hotel Azúr, 2024. május 30 – június 2.

**PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK**

**Hungarian Society of Gastroenterology**  
**66<sup>th</sup> Annual Meeting**  
Siófok, Hotel Azúr, May 30 - June 02. 2024. Hungary

**PROGRAM / ABSTRACTS**



HIRDETÉS

BII oldal

**Sandoz**  
**Hyrimoz**

# Magyar Gasztroenterológiai Társaság

## 66. Nagygyűlés

Siófok Hotel Azúr 2024. május 30 – június 02.

ceu-jgh.org

Volume 10, Supplementum 1 / May-June 2024

# (IMPRESSUM)



# Magyar Gasztroenterológiai Társaság 66. Nagygyűlése

Program / Előadáskivonatok

2024. május 31. – június 2.

<p><b>Szerkeszti a Magyar Gasztroenterológiai Társaság</b></p> <p>Felelős szerkesztő:  Dr. Szalay Ferenc MGT Állandó Iroda ügyvezető igazgató</p> <p>1092 Budapest Kinizsi u. 22. Tel: +36 30 548 7472 E-mail: gastroent@gmail.com</p> <p><b>ISSN: 2415-9107</b></p> <p><b>2024.</b></p>	<p>Tartalom</p> <p>Időrendi beosztás ..... 4</p> <p>Prekonferencia: Hands-on tréning, szimulátorok ..... 5</p> <p>Szabad témájú bejelentett előadások (FREE-0) varia ..... 5</p> <p>A nagygyűlés megnyitása ..... 7</p> <p><i>Egis szimpózium</i> ..... 7</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG1) Autoimmun májbetegségek ..... 7</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG2) Az acut pancreatitis menedzsmentje a gyakorlatban ..... 8</p> <p><i>Confidence Med szimpózium</i> ..... 8</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG3) A cholangioscopia mint diagnosztikus és terápiás lehetőség ..... 9</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG4) Felső tápcsatornai vérzésmenedzsment ..... 9</p> <p><i>Lilly szimpózium</i> ..... 9</p> <p>Esetmegbeszélés (CASE1) Esetbemutatók - felső tápcsatorna ..... 10</p> <p>Esetmegbeszélés (CASE2) Esetbemutatók - hepatopancreatobiliáris kórképek ..... 10</p> <p>Prekonferencia: Hands-on tréning, szimulátorok ..... 11</p> <p>Poszter 1/a szekció Esetismertetések ..... 12</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG5) Speciális kórállapotok a gyomorban ..... 13</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG6) Neuroendocrin tumorok a gasztrointesztinumban ..... 13</p> <p><i>Celltrion szimpózium</i> ..... 14</p> <p>Plenáris ülés (P3) plenáris szekció ..... 14</p> <p>Plenáris ülés (P4) plenáris szekció Magyar Imre emlékelőadás, Top absztraktok ..... 14</p> <p><i>Bristol Myers Squibb szimpózium</i> ..... 16</p> <p>Poszter 2 szekció ..... 16</p> <p>Szakmai szimpózium (SYMP3) Gasztroenterológia jelene és jövője ..... 18</p> <p>Szakmai szimpózium (SYMP4) Gyermek és felnőtt hepatológia néhány aktuális kérdése ..... 18</p> <p><i>Sanofi szimpózium</i> ..... 19</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG9) Colon polypok diagnosztikája és terápiája ..... 19</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG10) Otthoni parenteralis táplálás (OPT) ..... 19</p> <p>MGT közgyűlés ..... 20</p> <p><i>Pfizer szimpózium</i> ..... 20</p> <p>Poszter 1/b szekció Pancreas ..... 21</p> <p>Szakmai szimpózium (SYMP1) Transzlációs és klinikai kutatások a gyulladással járó bélbetegségek kezelésében ..... 22</p> <p>Szabad témájú bejelentett előadások (FREE7) Alap kutatás ..... 23</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG7) Innovatív tápcsatornai endoszkópos eljárások ..... 25</p> <p>POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG8) Crohn betegség ..... 25</p> <p>Szakmai szimpózium (SYMP5) Epeúti endoszkópia (diagnosztika, mintavétel, szűkületek, epecsorgás ellátása) ..... 26</p> <p>Szakmai szimpózium (SYMP6) Colonoscopia helyett? - a kiváltó metódikák helye a CRC szűrésben és a diagnosztikában a gyakorlatban ..... 26</p> <p>Szabad témájú bejelentett előadások (FREE8) Alap kutatás ..... 27</p> <p>Szabad témájú bejelentett előadások (FREE9) Alap kutatás ..... 28</p> <p><i>AstraZeneca szimpózium</i> ..... 30</p> <p><i>Johnsson&amp;Johnsson (Janssen-Cilag kft.) szimpózium</i> ..... 30</p> <p><i>HD-Cord szimpózium</i> ..... 30</p> <p>Szakmai szimpózium (SYMP7) Iskola a határon - gastrorheumatologia ..... 31</p> <p><i>Abbvie 1 szimpózium</i> ..... 31</p>
--	--

Plenáris ülés (P1) Plenáris szekció.....	32
Plenáris ülés (P2) Hetényi Géza emlékelőadás Pro Optimo Merito in Gastroenterologia kitüntetések átadása .....	32
Plenáris ülés (P2) Plenáris szekció.....	33
<i>Goodwill szimpózium</i> .....	35
Poszter 3 szekció Esetismertetések.....	35
Angol nyelvű előadások (ENG) / Lectures in english (ENG) .....	36
Szakmai szimpózium (SYMP2) Új preklínikai modellek a gasztrointesztinális kutatásban.....	37
<i>Supremex szimpózium</i> .....	37
Szakmai szimpózium (SYMP9) Tágítsd a látóköröd! .....	38
Szakmai szimpózium (SYMP10) Penetráló intesztinális kórképek multiplex ellátása „fele bent a lukban, másik fele kint van” .....	38
<i>Boston Scientific / Micromedical szimpózium</i> .....	38
Szakmai szimpózium (SYMP8) HCV update.....	39
Szakmai szimpózium (SYMP15) Hitek és tévhitek a gasztroenterológiában - malpractice?.....	39
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE1) Májbetegségek.....	40
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE2) Felső tápcsatorna.....	41
Szakedzői szekció (SZD1) A szkópon túl, mert így kerek az egész.....	45
Szakedzői szekció (SZD-GY) Gyakorlati szekció.....	45
Szakedzői szekció (SZD2) Ami eltér a szokásostól, avagy mi így láttuk a megoldást!.....	46
Szakedzői szekció (SZD3 - FREE) Szabad témájú bejelentett előadások... ..	46
Poszter 4/a szekció Esetismertetések.....	49
Szakmai szimpózium (SYMP11) Immunológia és a felső tápcsatorna .....	50
Szakmai szimpózium (SYMP12) Küzdelmek, súlyok és ellensúlyok a gasztroenterológiában .....	50
<i>Abbvie 2 szimpózium</i> .....	51
Szakmai szimpózium (SYMP13) Ó mond, te kit választanál? - Kinek mit mikor? .....	51
Szakmai szimpózium (SYMP14) Pancreatobiliáris betegségek és az endoszkópia .....	52
<i>Sandoz szimpózium</i> .....	52
Poszter 5 szekció Esetismertetések.....	53
Poszter 6 szekció Esetismertetések.....	54
Poszter 4/b szekció Pancreas.....	55
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE3) Alsó tápcsatorna .....	56
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE4) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek .....	57
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE5) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek .....	59
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE6) Alsó tápcsatorna .....	60
Poszter 7 szekció .....	61
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE10) Pancreas.....	63
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE11) Vékonybél, IBD .....	65
Szabad témájú bejelentett előadások (FREE12) Alap kutatás .....	66
A Magyar Gasztroenterológiai Társaság tiszteletbeli tagjai és kitüntetettjei.....	68
Előadás és poszterkivonatok (Absztraktok).....	73
Szerzők névmutatója .....	141
MGT Tudományos Bizottság (TudBiz) és a Programbizottság tagjai 2024.....	145
Kiállítók, hirdető, támogatók.....	146
Hirdetések listája .....	147
Jegyzet.....	148

2024. MÁJUS 30. CSÜTÖRTÖK				2024. MÁJUS 31. PÉNTEK				2024. JÚNIUS 1. SZOMBAT				2024. JÚNIUS 2. VASÁRNAP				
Terem →	①	②	③	Terem →	①	②	③	Terem →	①	②	③	Terem →	①	②	③	
				07:30	POSZTER 1/A	POSZTER 1/B		07:30	ASTRAZENECA szimp.			07:30	POSZTER 4/A	POSZTER 4/B		
				08:00	PG5	SYMP1 (BS)		08:00	J&J / JANSSEN szimp.		SZD1	08:00	SYMP11 (UGT)	FREE3 (LGT)	FREE10 (PANC)	
				09:00	PG6	FREE7 (BS)		08:30	HD CORD szimp.			09:00	SYMP12 (ASZP)	FREE4 (HEB)	FREE11 (IBD)	
10:00			Prekonferencia Hands-on tréning, Szimulátorok stb.	10:00	CELLTRION szimpózium			10:00	ABBVIE szimpózium			10:00	ABBVIE szimpózium			
				10:15	kávészünet			10:15	kávészünet			10:15	kávészünet			
				10:30	P3 (HLIGHT 3x20 perc)			10:30	P1 (HLIGHT 3x20 perc)		SZD-GY	10:30	SYMP13 + 1 free (LGT)	FREE5 (HEB)	FREE12 (BS)	
11:30	FREE-0 (VARIA)		11:30	P4 Magyar Imre emlékelőadás TOP absztraktok			11:30	P2 Hetényi Géza díj TOP absztraktok		11:30		SYMP14 + 1 free (HEB)	FREE6 (LGT)			
				12:30	BMS szimpózium			12:30	GOODWILL szimpózium			12:30	SANDOZ szimpózium			
13:00	MEGNYITÓ / KIÁLLÍTÁS			13:00	POSZTER 2			13:00	POSZTER 3			13:00	POSZTER 5	POSZTER 7		
13:30	EGIS szimpózium			13:30	Ebéd			13:30	Ebéd			13:30	POSZTER 6			
14:00	PG1			14:00	SYMP3 (ASZP)	PG7	FREE8 (BS)	14:00	ENG Angol nyelvű szekció		SZD2	14:05	A KONFERENCIA ZÁRÁSA			
15:00	PG2			15:00	SYMP4 (MB)	PG8	FREE9 (BS)	15:00	SYMP2 (BS)	SYMP15 (COM)		15:00				
16:00	CONFIDENCE MED szimpózium			16:00	SANOFI szimpózium			16:00	SUPREMEX szimpózium							
16:15	kávészünet			16:15	kávészünet			16:15	kávészünet							
16:30	PG3	CASE1 (LGT/UGT)		16:30	PG9	SYMP5 (HEB)		16:30	SYMP9 (UGT)	FREE1 (MB)	SZD3 +FREE					
17:30	PG4	CASE2 (HEB/MB)		17:30	PG10	SYMP6 (LGT)		17:30	SYMP10 (MD)	FREE2 (UGT)						
18:30	LILLY szimpózium			18:30	KÖZGYŰLÉS			18:30	MICROMEDICAL szimpózium							
				19:00	PFIZER szimpózium											

Előadóterem: ① = Toscana terem ② = Ibiza terem ③ = Marbella terem

**Szekció kódok jelmagyarázata:**

ASZP	→ Aktuális szakpolitikai kérdések
BS	→ Alapkutatás, transláció
CASE	→ Esetbemutatók
ENG	→ Angol nyelvű előadások
FREE	→ Bejelentett előadások
HEB	→ Hepato-biliáris kórképek
LGT	→ Alsó tápcsatorna
MB	→ Májbetegségek
MD	→ Multidiszciplináris
P	→ Plenáris ülés
PG	→ Posztgraduális kurzus
POSZTER	→ Poszter szekció
SYMP	→ Szakmai szimpózium
SZD	→ Szakdolgozói előadások
UGT	→ Felső tápcsatornai betegségek
VARIA	→ Vegyes témájú előadások
	→ Finanszírozott szimpózium
	→ Szünet

2024. május 30. csütörtök  
10:00 - 14:00

Marbella terem

PREKONFERENCIA, HANDS-ON TRÉNING  
lásd később a Marbella terem programjában a 11. oldalon

2024. május 30. csütörtök  
11:30 - 13:00

Toscana terem

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE-0)  
VARIA

*Üléseknökök:* **Palatka Károly**, Debrecen **Hersényi László**, Budapest

- 11.30 **QUALITY ASSESSMENT OF PATHOLOGICAL EXAMINATION DURING THE FIRST YEAR OF THE HUNGARIAN POPULATION-BASED COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAMME AT THE UNIVERSITY OF SZEGED**  
Vasas Béla<sup>1</sup>, Hatala D.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>2</sup>, Bősze Z.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, Sejben A.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>2</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Bor R.<sup>2</sup>  
1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Pathology, Szeged, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Szeged, Hungary
- 11.40 **CARDIALIS STÁTUS, TÁPLÁLKOZÁSI KÉPESSÉG ÉS TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT, MINT LEHETSÉGES PROGNOZTIKUS PARAMÉTEREK NYELŐCSŐ TUMOROK ESETÉN**  
Vass Tamás<sup>1</sup>, Herczeg A.<sup>1</sup>, Kovacsics M.<sup>1</sup>, Dohy Z.<sup>2</sup>, Vágó H.<sup>2</sup>, Merkely B.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Drobní Z.<sup>2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika
- 11.50 **TIME COURSE DEVELOPMENT OF CHRONIC PANCREATITIS FOLLOWING ACUTE PANCREATITIS. INTERIM ANALYSIS OF THE GOULASH PLUS TRIAL**  
Mikó Alexandra<sup>1,2</sup>, Andrea S.<sup>1,3</sup>, Lipp M.<sup>3,4</sup>, Abonyi-Tóth Z.<sup>3</sup>, Vass V.<sup>1</sup>, Márta K.<sup>4</sup>, Izbéki F.<sup>5</sup>, Gajdán L.<sup>5</sup>, Eröss B.<sup>4</sup>, Verbó M.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>6</sup>, Hegy P.<sup>4</sup>, Sarlós P.<sup>6</sup>, Bajor J.<sup>6</sup>, Lillik V.<sup>3,5</sup>, Hegy P.<sup>1,3,4,7</sup>  
1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Szent György Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 6. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

- 12.00 **A NEUTROFIL-LIMFOCITA ARÁNY (NLR) ÉRTÉKE A BAKTERIÁLIS FERTŐZÉS AZONOSÍTÁSÁRA ÉS A RÖVID TÁVÚ HALÁLOZÁS ELŐREJELZÉSÉRE MÁJCIRRÓZIS AKUT DEKOMPENZÁCIÓJÁBAN (AD) SZENVEDŐ BETEGEKNÉL**  
Janka Tamás<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>  
 1. Debreceni Egyetem Klinika Központ, Gasztroenterológiai Klinika
- 12.10 **SHORT-TERM COMBINED IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC AND POPULATION-BASED SCREENING ON THE INCIDENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CANCER – RETROSPECTIVE COHORT STUDY**  
Bor Renáta<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Szűcs M.<sup>3</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>  
 1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, Department of Internal Medicine, Szeged, Center for Gastroenterology, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, Department of Pathology, Szeged, Hungary; 3. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, Department of Medical Physics and Informatics, Szeged, Hungary
- 12.20 **SAFETY AND EFFECTIVENESS OF CHOLECYSTECTOMY IN PREGNANT WOMEN WITH MILD BILIARY PANCREATITIS PRELIMINARY RESULTS OF THE BORN STUDY**  
Tarián Dorottya<sup>1,2,3</sup>, Szalai E.<sup>1,4</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Mikó A.<sup>1,3,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>  
 1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary
- 12.30 **GASZTROENTEROLÓGIAI ENDOSZKÓPOS „HANDS-ON” KÉPZÉS HUMÁN KADAVEREKEN**  
Barkai László József<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>2</sup>, Baksa G.<sup>3</sup>, Ruttkay T.<sup>3</sup>, Hritz I.<sup>4</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Pankreász Betegségek Intézete, Budapest; 3. Semmelweis Egyetem, Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézet, Budapest; 4. Semmelweis Egyetem, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest
- 12.40 **FEKVŐBETEGADATOK ELEMZÉSE KÜLÖNBÖZŐ GASZTROENTEROLÓGIAI INDIKÁCIÓK TÜKRÉBEN**  
Rutka Mariann<sup>1</sup>, Resal T.<sup>1</sup>, Inczefi O.<sup>1</sup>, Lóczy T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Halász R.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Lemes K.<sup>1</sup>, Greff D.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Pálvölgyi A.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>  
 1. Szegedi Tudományegyetem SZAKK Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum
- 12.50 **KORAI MEGJELENÉSŰ VASTAGBÉLRÁK (EO-CRC) – IRODALMI ÁTTEKINTÉS FIATAL BETEGEINK NYOMÁN**  
Leiszter Katalin<sup>1</sup>, Patai V. Á.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika



---

2024.május 30. csütörtök  
13:00 - 13:30

Toscana terem

A NAGYGYŰLÉS MEGNYITÁSA  
A kiállítás megnyitása

---

2024.május 30. csütörtök  
13:30 – 14:00

Toscana terem

*EGIS SZIMPÓZIUM*

**Az antitrombotikus kezelés és gyomorvédelem helyes alkalmazása: összhang a kardiológusok és gasztroenterológusok között**

*Üléseelnökök:* Tulassay Zsolt, Budapest

*Előadók:* Herszényi László, Budapest

Becker Dávid, Budapest

---

2024.május 30. csütörtök  
14:00 – 15:00

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG1)  
Autoimmun májbetegségek

*Üléseelnökök:* **Pár Alajos**, Pécs

**Pálvölgyi Attila**, Szeged

14.00 **Autoimmun hepatitis** (15 perc)  
Papp Mária, Debrecen

14.15 **Primer biliaris cholangitis (PBC)** (15 perc)  
Szalay Ferenc, Budapest

14.30 **Primer szklerotizáló cholangitis (PSC) és overlap szindróma** (15 perc)  
Hagymási Krisztina, Budapest

14.45 **Nem alkoholos steatohepatitis (NASH)** (15 perc)  
Werling Klára, Budapest

---

2024.május 30. csütörtök  
15:00 – 16:00

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG2)  
**Az akut pancreatitis menedzsmentje a gyakorlatban**

*Ülése*lnökök: **Hegy**i Péter, Budapest

**Illés** Dóra, Szeged

- 15.00 **Az első 72-96 óra: etiológia-függő, speciális kezelési szempontok** (15 perc)  
Andrási Péter, Budapest
- 15.15 **Az akut pancreatitis gyermekkori sajátosságai** (15 perc)  
Szabó András, Budapest
- 15.30 **Középsúlyos és súlyos pancreatitis** (15 perc)  
Horváth Miklós, Budapest
- 15.45 **Késői szövődmények ellátása** (15 perc)  
Czakó László, Szeged

---

2024.május 30. csütörtök  
16:00 – 16:15

Toscana terem

*CONFIDENCE MED SZIMPÓZIUM*  
**Pontosabb diagnózis gyorsabban - A mesterséges intelligencia alkalmazása a kapszula endoszkópiában**

---

16:15 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

---

2024.május 30. csütörtök  
16:30 - 17:30

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG3)  
**A cholangioscopia mint diagnosztikus és terápiás lehetőség**

*Üléselelnökök:* **Gyökeres Tibor**, Budapest      **Gódi Szilárd**, Pécs

- 16.30 **Nehéz epeúti kövek kezelési szempontjai** (20 perc)  
Hritz István, Budapest
- 16.50 **Indeterminált szűkületek** (20 perc)  
Szepes Zoltán, Szeged
- 17.10 **Speciális helyzetek (idegentest-eltávolítás, nehéz kanülálás)** (20 perc)  
Vincze Áron, Pécs

---

2024.május 30. csütörtök  
17.30 - 18.30

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG4)  
**Felső tápcsatornai vérzésmenedzsment**

*Üléselelnökök:* **Varga Márta**, Békéscsaba      **Altorjay István**, Debrecen

- 17.30 **Nem-varix eredetű felső tápcsatornai vérzések** (20 perc)  
Bakucz Tamás, Budapest
- 17.50 **Varix eredetű felső tápcsatornai vérzések** (20 perc)  
Papp Veronika, Budapest
- 18.10 **Antithromboticus terápia szempontjai avagy vérzésprofilaxis** (20 perc)  
Fábián Anna, Szeged

---

2024.május 30. csütörtök  
18.30 - 19.00

Toscana terem

*LILLY SZIMPÓZIUM*  
**Személyre szabott colitis ulcerosa kezelés - Mi a hazai gyakorlat?**

*Üléselelnök:* Palatka Károly, Debrecen

*Előadók:* Schäfer Eszter, Budapest      Miheller Pál, Budapest

---

2024. május 30. csütörtök  
16.30 – 17.30

Ibiza terem

ESETMEGBESZÉLÉS (CASE1)  
Esetbemutatók - felső tápcsatorna

Ülésezők: Illés Anita, Pécs

Kristóf Tünde, Miskolc

- 16.30 **Polyposis szindrómák felső tápcsatornai manifesztációi** (15 perc)  
Inczefi Orsolya, Szeged
- 16.45 **Táplálásterápiás technikák (Szondák, PEG, PEJ, radio-guided PEG, sebészi jejunostoma)** (15 perc)  
Gurzó Zoltán, Gyula
- 17.00 **Crohn-betegség felső tápcsatornai megjelenésének diagnosztikája és kezelése** (15 perc)  
Sarlós Patrícia, Pécs
- 17.15 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2024. május 30. csütörtök  
17.30 – 18.30

Ibiza terem

ESETMEGBESZÉLÉS (CASE2)  
Esetbemutatók - hepatopancreatobiliáris kórképek

Ülésezők: Gerlei Zsuzsanna, Budapest

Erőss Bálint, Budapest

- 17.30 **Szövődményes akut pancreatitis ellátása** (12 perc)  
Tajti Máté, Szeged
- 17.42 **Epeúti fémstentek behelyezésének buktatói** (12 perc)  
Tarpay Ádám, Budapest
- 17.54 **Echinococcus fertőzés** (12 perc)  
Dezsényi Balázs, Budapest
- 18.06 **Hepatocellularis carcinoma szokatlan manifesztációja** (12 perc)  
Lombay Béla, Miskolc
- 18.18 **Diszkusszió** (12 perc)

2024. május 30. csütörtök  
10:00 - 14:00

Marbella terem

**PREKONFERENCIA  
Hands-on tréning, Szimulátorok**

Az oktatást az MGT Endoszkópos Szekció vezetőségi tagjai tartják:  
Madácsy László, Czakó László, Hritz István, Dubravcsik Zsolt  
Gyökeres Tibor, Vincze Áron, Szepes Zoltán

MIKOTO colonoscopos hybrid szimulátor - diagnosztika (Fujifilm - HUN-MED Kft.)

MIKOTO gastroscopos hybrid szimulátor - diagnosztika (Fujifilm - HUN-MED Kft.)

Olympus Satoshi ERCP szimulátor - intervenció (Olympus - Anamed Kft.)

Olympus Itabashi EUS szimulátor - diagnosztika (szükség esetén ott lesz az FNA fantom is)  
(Olympus - Anamed Kft.)

ex vivo sertés gyomor - vérzés és perforáció menedzsment (EndoPlus Service Kft.)

---

2024. május 31. péntek  
7:30 – 8:00

Toscana terem

POSZTER 1/A SZEKCIÓ  
Esetismertetések

Üléselelnökök: Miheller Pál, Budapest

Horváth Miklós, Budapest

- 07.30 **FENNTARTÓ BIOLÓGIAI KEZELÉS TERÁPIA REZISZTENS IBD ÉS KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG EGYIDEJŰ FENNÁLLÁSA ESETÉN**  
Orbán-Szilágyi Ákos<sup>1</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
1. ÉPC Honvédkórház Gasztroenterológiai Osztály
- 07.35 **OBSKURUS VÉKONYBÉLVÉRZÉS RITKA ETIOLÓGIÁJA**  
Tóth Ádám Péter<sup>1</sup>, Varga P.<sup>1</sup>  
1. Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház- Gasztroenterológia Profil
- 07.40 **GYORS SÚLYVESZTÉS, MINT A SÚLYOS MACROVESICULARIS STEATOSIS LEHETSÉGES RITKA OKA**  
Kozma Brigitta<sup>1</sup>, Morar A.<sup>2,3</sup>, Horváth M.<sup>2</sup>, Füstös D.<sup>2</sup>, Halász J.<sup>4</sup>, Szűcs Á.<sup>2</sup>, Miheller P.<sup>2,3</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hagymási K.<sup>2,3</sup>  
1. Ráckeve Város Szakorvosi Rendelőintézet; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék; 4. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostan
- 07.45 **DUODENUM DUPLIKÁCIÓS CISZTA, MINT A HEVENY HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁS RITKA OKA - ESETISMERTETÉS**  
Lassú Péter<sup>1</sup>, Mester G.<sup>1</sup>, Szita I.<sup>1</sup>, Mohos E.<sup>2</sup>, Moldoványi I.<sup>3</sup>, Szmola R.<sup>4</sup>, Lakner L.<sup>5</sup>  
1. Csolnoky Ferenc Kórház, Belgyógyászati Centrum, Gasztroenterológiai Részleg; 2. Csolnoky Ferenc Kórház, Sebészeti Centrum; 3. Csolnoky Ferenc Kórház, Képző Diagnosticszaki Centrum; 4. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg; 5. Magyar Imre Kórház, Belgyógyászati Osztály
- 07.50 **QUO VADIS, CHOLANGIOSCOPIA?**  
Illés Dóra<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>  
1. SZTE SZAOK Belklinika Gasztroenterológiai Centrum
- 07.55 **IMMUN CHECKPOINT INHIBITOR INDUKÁLTA COLITIS ULCEROSA KEZELÉSI KIHÍVÁSAI**  
Élthes Zsuzsa Bianka<sup>1,2</sup>, Palatka K.<sup>1,2</sup>, Papp M.<sup>1,2</sup>  
1. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Klinika; 2. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gastroenterológiai Tanszék

---

2024. május 31. péntek  
8:00 – 9:00

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG5)  
**Speciális kórállapotok a gyomorban**

*Üléselnökök:* **Vincze Áron**, Pécs      **Rosztóczy András**, Szeged

- 8.00 **Gyomor nem hámeredetű daganatai** (15 perc)  
Ollé Georgina, Szeged
- 8.15 **Gyomorkimeneti obstrukció kezelése** (15 perc)  
Bor Renáta, Szeged
- 8.30 **Gastroparesis** (15 perc)  
Izbéki Ferenc, Székesfehérvár
- 8.45 **Minimál invazív bariátriai beavatkozások indikációi és szövődményei** (15 perc)  
Patai Árpád, Budapest

---

2024. május 31. péntek  
9:00 – 10:00

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG6)  
**Neuroendocrin tumorok a gasztrointesztinumban**

*Üléselnökök:* **Tizslavicz László**, Szeged      **Herszényi László**, Budapest

- 9.00 **NET klinikai jellemzői** (15 perc)  
Varga Márta, Békéscsabarvár
- 9.15 **Nukleármedicina szerepe a diagnózisban és kezelésben** (15 perc)  
Besenyi Zsuzsanna, Szeged
- 9.30 **NET patológiai osztályozása** (15 perc)  
Vasas Béla, Szeged
- 9.45 **Onkoterápiás lehetőségek neuroendocrin tumor esetén** (15 perc)  
Maráz Anikó, Szeged

2024.május 31. péntek  
10:00 – 10:15

Toscana terem

*CELLTRION SZIMPÓZIUM*

**Az anti-TNF- $\alpha$  kezelés tartalékai és újabb lehetőségei**  
*Palatka Károly, Debrecen*

10:15 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

2024.május 31. péntek  
10:30 – 11:30

Toscana terem

**PLENÁRIS ÜLÉS (P3)**  
**Plenáris szekció**

*Üléseelnökök:* **Papp Mária**, Debrecen

**Erőss Bálint**, Budapest

- 10.30 **Az autoimmun betegségek felső tápcsatornai manifesztációi** (20 perc)  
Czimmer József, Pécs
- 10.50 **Az akut pancreatitisesek betegek késői mortalitása** (20 perc)  
Hegyí Péter, Budapest
- 11.10 **Gyermekkori negatív hatások szerepe a máj betegségeiben** (20 perc)  
Makara Mihály, Budapest

2024.május 31. péntek  
11:30 – 12:30

Toscana terem

**PLENÁRIS ÜLÉS (P4)**  
**Plenáris szekció**  
**Magyar Imre emlékelőadás, TOP Absztraktok**

*Üléseelnökök:* **Wittmann Tibor**, Szeged

**Szepes Zoltán**, Szeged

- 11.30 **Magyar Imre emlékelőadás és díjátadás** (10+3 perc)  
**Az Orai1 kalcium-csatorna gátlásának hatásai a visszatérő akuthasnyálmirigy gyulladás – krónikus hasnyálmirigy gyulladás progressziójára**  
Szabó Viktória, Szeged



11:43 – 12:45

**Díjak átadása:**

**A LEGJOBB GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRGYÚ, IDEGEN NYELVEN MEGJELENT  
KÖZLEMÉNYE DÍJÁNAK ÁTADÁSA**

A díjat kapják: **Czapári Dóra**, Pécs és mtsai

**A LEGJOBB GASZTROENTEROLÓGIAI TÁRGYÚ, MAGYAR NYELVEN MEGJELENT  
KÖZLEMÉNYE DÍJÁNAK ÁTADÁSA**

A díjat kapják: **Lovász Barbara Dorottya**, Budapest és mtsai

**11:45-12:30 TOP Absztraktok**

**11.45 HEPATIC STEATOSIS IN CELIAC DISEASE. RESULTS OF A PROSPECTIVE, MULTICENTER, CASE-CONTROL STUDY (ARCTIC STUDY)**

Bajor Judit<sup>1</sup>, Peresztegi M.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Hagymási K.<sup>4</sup>, Faluhelyi N.<sup>7</sup>, Szekeres G.<sup>7</sup>, Pásztor G.<sup>8</sup>, Szirmay B.<sup>6</sup>, Sipos Z.<sup>3</sup>, Lemes K.<sup>5</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Lénárt Z.<sup>5</sup>, Pár G.<sup>1</sup>

1. 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. Medical School, University of Pécs; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University; 5. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 6. Department of Laboratory Medicine, Medical School, University of Pécs; 7. Department of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs; 8. Department of Radiology, University of Szeged

**11.55 20 YEARS OF EXPERIENCES OF TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT IMPLANTATION IN CIRRHOTIC PATIENTS- DATA FROM THE HUNGARIAN BORSOD CENTRAL COUNTY TEACHING HOSPITAL (2004-2024)**

Lombay Béla<sup>1</sup>, Petrovai Z.<sup>1</sup>, Molnár R.<sup>1</sup>, Tamás M.<sup>2</sup>, Lázár I.<sup>2</sup>

1. Department of Gastroenterology and Medicine, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary; 2. Department of Interventional Radiology, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary

**12.05 KEY QUALITY PERFORMANCE MEASURES FOR ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN HUNGARY**

Gieszinger Gábor<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>3</sup>, Zsigmond F.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Kristóf T.<sup>5</sup>, Szmola R.<sup>6</sup>, Szőnyi M.<sup>7</sup>, Varga M.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>9</sup>, Vitális Z.<sup>10</sup>, Czakó L.<sup>1,11</sup>

1. Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Budapest, Hungary; 4. Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 5. Department of Medicine and Gastroenterology, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary; 6. National Institute of Oncology, Budapest, Hungary; 7. Department of Internal Medicine, Dél-Budai Centrum Hospital Szent Imre University Teaching Hospital, Budapest, Hungary; 8. Department of Gastroenterology, BMKK Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary; 9. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 10. Gastroenterology Clinic, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 11. Quality Improvement Committee of the Hungarian Gastroenterological Society

12.15 **EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF MESENCHYMAL STEM CELL TREATMENT IN FISTULIZING CROHN'S DISEASE – INTERNATIONAL, MULTICENTER, RETROSPECTIVE COHORT STUDY**

Bacsur Péter<sup>1,2</sup>, Shaham D.<sup>3</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>4</sup>, Miheller P.<sup>5</sup>, Maharshak N.<sup>3</sup>, Zemel M.<sup>6</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ábrahám S.<sup>7</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary; 3. IBD Unit, Tel Aviv Medical Center, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel; 4. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary; 5. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Colorectal Unit, Surgical Division, Tel Aviv Medical Center, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel; 7. Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary

12.25 **Diszkusszió** (5 perc)

2024.május 31. péntek  
12:30 – 13:00

Toscana terem

*BRISTOL MYERS SQUIBB SZIMPÓZIUM*

*Ülése*lnök: Miheller Pál, Budapest

**Új típusú találkozások**  
Miheller Pál, Budapest

**Felkészülés a randevúra**  
Benczúr Béla, Szekszárd

**Boldog végkifejlet**  
Lakatos Péter, Montréal/Budapest

2024.május 31. péntek  
13:00 – 13:30

Toscana terem

POSZTER 2 SZEKCIÓ

*Ülése*lnökök: **Folhoffer Anikó**, Budapest      **Szamosi Tamás**, Budapest

13.00 **MULTIREZISZTENS KÓROKOZÓK HOSPITALIZÁLT IBD-S BETEGEK BEN**  
Németh Noémi<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Andrási P.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház, Gasztroenterológia

- 13.05 **RÖVIDBÉL SZINDRÓMÁS BETEGEK GONDOZÁSA – OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS SORÁN FELMERÜLŐ SZÖVŐDMÉNYEK**  
Györke Orsolya<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>2</sup>, Bandi T.<sup>2</sup>, Dakó S.<sup>2</sup>, Füstös D.<sup>2</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>3</sup>, Horváth M.<sup>2</sup>, Müllner K.<sup>2</sup>  
1. Általános Orvostudományi Kar, Semmelweis Egyetem; 2. Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem; 3. Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem
- 13.10 **HEPATITIS A FERTŐZÉST KÖVETŐ ELHÚZÓDÓ GYULLADÁS ÉS CHOLESTASIS: AUTOIMMUN HEPATITIS?**  
Kocsmár Éva<sup>1</sup>, Lőrinczi C.<sup>2</sup>, Fried K.<sup>2</sup>, Nemesi K.<sup>2</sup>, Werling K.<sup>3</sup>, Halász J.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet; 2. Dél-pesti Centrumkórház, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet; 3. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika
- 13.15 **A MUNKAKÉPESSÉG ÉS AZ ÉLETMINŐSÉG VIZSGÁLATA UTÁNKÖVETÉSEL GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBE**  
Lovász Barbara<sup>1,2</sup>, Bak D.<sup>1</sup>, Kecse É.<sup>2</sup>, Iliás Á.<sup>2</sup>, Svébis M.<sup>2</sup>, Gadó K.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem ETK Egészségtudományi Klinikai Tanszék; 2. SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika
- 13.20 **COELIAKIÁS BETEGEK MEDITERRÁN DIÉTA ADHERENCIÁJA. PROSPEKTÍV, MULTICENTRIKUS VIZSGÁLAT (ARCTIC STUDY) EREDMÉNYEI**  
Vereczkei Zsófia<sup>1</sup>, Fülöp P.<sup>2</sup>, Lada S.<sup>3</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Füstös D.<sup>4</sup>, Peresztegi M.<sup>5</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>  
1. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 2. Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 3. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika; 4. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 5. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar
- 13.25 **ÖSSZEFÜGGÉS A METABOLIKUS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK ÉS AZ MR-PDFF-FEL MEGHATÁROZOTT MÁJELZSÍROSODÁS MÉRTÉKE KÖZÖTT-EGY PILOT VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI**  
Egresi Anna.<sup>1,2</sup>, Drácz B.<sup>1,2</sup>, Rónaszéki A.<sup>3</sup>, Csongrády B.<sup>3</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Kaposi Novák P.<sup>3</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék, Budapest; 3. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Központ, Budapest

---

2024.május 31. péntek  
14:00 – 15:00

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP3)  
**Gasztroenterológia jelene és jövője az egyeztetések tükrében**

*Üléseelnökök:* **Gurzó Zoltán**, Gyula      **Szepes Zoltán**, Szeged

- 14.00 **A gasztroenterológia jelene és jövője az MGT Elnöke szemével** (15 perc)  
Gyökeres Tibor, Budapest
- 14.15 **A gasztroenterológia jelene és jövője az OKFŐ szemével** (15 perc)  
Szondi Zita, Budapest
- 14.30 **A gasztroenterológia jelene és jövője a finanszírozó szemével** (15 perc)  
Kőrösi László, Budapest
- 14.45 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2024.május 31. péntek  
15:00 – 16:00

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP4)  
**Gyermek és felnőtt hepatológia néhány aktuális kérdése**

*Üléseelnökök:* **Vitális Zsuzsanna**, Debrecen      **Haragh Attila**, Kaposvár

- 15.00 **A modulátor terápia hatása a májműködésre cisztás fibrózisban (gyermek-felnőtt hepatológus tandem) 1.** (tandem ea.)  
Pár Gabriella, Pécs
- 15.08 **A modulátor terápia hatása a májműködésre cisztás fibrózisban (gyermek-felnőtt hepatológus tandem) 2.** (tandem ea.)  
Dezsőfi-Gottl Antal, Budapest
- 15.16 **Benignus gócos májbetegségek diagnosztikája (radiológus-patológus tandem) I.** (tandem ea.)  
Doros Attila, Budapest
- 15.24 **Benignus gócos májbetegségek diagnosztikája (radiológus-patológus tandem) II.** (tandem ea.)  
Halász Judit, Budapest
- 15.32 **Benignus gócos májlaesiók kezelése (radiológus-sebész tandem) I.** (tandem ea.)  
Szijártó Attila, Budapest
- 15.40 **Benignus gócos májlaesiók kezelése (radiológus-sebész tandem) II.** (tandem ea.)  
Bibók András, Budapest
- 15.48 **Diszkusszió**

2024.május 31. péntek  
16:00 – 16:15

Toscana terem

*SANOFI SZIMPÓZIUM*

**Az antibiotikum kezelés okozta diszbiózis és hasmenés**  
Schwab Richard, Budapest

16:15 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

2024.május 31. péntek  
16:30 – 17:30

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG9)  
**Colon polypok diagnosztikája és terápiája**

*Ülésezők:* **Iliás Ákos**, Budapest      **Lakner Lilla**, Ajka

- 16.30 **Polyp klasszifikáció, polypectomia szempontjai** (20 perc)  
Gellért Bálint, Budapest
- 16.50 **Vastagbéliszűrés, utánkövetés (post-polypectomiás, műtétet követően)** (20 perc)  
Gasztonyi Beáta, Zalaegerszeg
- 17.10 **Minimálisan invazív sebészet CRC-ben (laparoscopia, robotsebészet)** (20 perc)  
Bánky Balázs, Budapest

2024.május 31. péntek  
17:30 – 18:30

Toscana terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG10)  
**Otthoni parenteralis táplálás (OPT)**

*Ülésezők:* **Gasztonyi Beáta**, Zalaegerszeg      **Sahin Péter**, Budapest

- 17.30 **OPT indikációi** (15 perc)  
Illés Dóra, Szeged
- 17.45 **Kanültípusok, infúziós pumpák és szövődményeik** (15 perc)  
Zsilák-Urbán Mihály, Szeged
- 18.00 **Tápanyag-összetétel és adalékok, menedzsment** (15 perc)  
Dakó Sarolta, Budapest
- 18.15 **OPT gyermekkorban** (15 perc)  
Máttyus István, Budapest

---

2024.május 31. péntek  
18:30 – 19:00

Toscana terem

MGT KÖZGYŰLÉS

---

2024.május 31. péntek  
19:00 – 19:30

Toscana terem

*PFIZER SZIMPÓZIUM*  
**JAK-gátlás a colitis ulcerosa kezelésében**

*Üléseink:* Papp Mária, Debrecen

**A JAK-gátlók helye a colitis ulcerosa terápiás palettájában**  
Sarlós Patrícia, Pécs

**Mit mutatnak a valós-életbeli adatok a biztonságosságról?**  
Schäfer Eszter, Budapest

**Mit mutatnak a valós-életbeli adatok a hatékonyságról?**  
Mihály Emese, Budapest

2024.május 31. péntek

Ibiza terem

7:30 – 8:00

POSZTER 1/B SZEKCIÓ  
Pancreas

Üléseelnökök: Hagymási Krisztina, Budapest

Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

- 7.30 **EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED CHOLEDOCHODUODENOSTOMY IN MALIGNANT DISTAL BILIARY OBSTRUCTION**  
Lázár Balázs<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1</sup>, Eróss B.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Hussein T.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>  
 1. Institute of Pancreatic Diseases and Centre for Translational Medicine, Semmelweis University
- 7.35 **ISLET ANTIBODY POSITIVITY ACCORDING TO AGE AND GLUCOSE TOLERANCE IN CYSTIC FIBROSIS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**  
Molnár Regina<sup>1,2</sup>, Bódy B.<sup>1,2</sup>, Varga B.<sup>3</sup>, Tóth R.<sup>2</sup>, Kói T.<sup>2</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1,4</sup>  
 1. Heim Pál National Pediatric Institute; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 3. Medical School, University of Pécs; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs
- 7.40 **NEM-INZULINOMÁS PANKREATOGÉN HIPOGLIKÉMIA SZINDRÓMA**  
Szolga Brigitta<sup>1</sup>, Zalatnai A.<sup>2</sup>, Szabó A.<sup>3</sup>, Lázár I.<sup>4</sup>, Bezsilla J.<sup>5</sup>, Tőke J.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>  
 1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet; 3. Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, II. sz. Belgyógyászati osztály; 4. Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Intervenciós Radiológiai osztály; 5. Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Sebészeti osztály
- 7.45 **ATRIAL FIBRILLATION AND QTC PROLONGATION ARE ASSOCIATED WITH HIGHER MORTALITY AND SEVERITY IN ACUTE PANCREATITIS - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**  
Lillik Veronika<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Zolcsák Á.<sup>1,3</sup>, Ferdinandy P.<sup>1,4</sup>, Bodó E.<sup>1</sup>, Pourrastegar A.<sup>1</sup>, Moradi A.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,5,6,7</sup>, Nagy R.<sup>1,8</sup>  
 1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. First Department of Gastroenterology, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 3. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 8. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary

7.50 **INVESTIGATION OF THE GENETICALLY DETERMINED “O” BLOOD GROUP IN CHRONIC PANCREATITIS**

Stefanovics Regina<sup>1,2</sup>, Kun A.<sup>1,2</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Erőss B.<sup>5,6,7</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>6,7</sup>, Szentesi A.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>5,6,7,8</sup>, Németh B.<sup>1,2</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine – University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Szeged, Hungary; 3. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary; 4. Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 5. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

7.55 **METABOLIC SYNDROME AND HYPERTENSION INDIVIDUALLY WORSEN THE OUTCOME OF ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Dobszai Dalma<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Szalai E.<sup>1,3</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Havelda L.<sup>1,4</sup>, Papp R.<sup>1,5</sup>, Choi A.<sup>1</sup>, Budai B.<sup>1,4</sup>, Csajbók D.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4,6</sup>, Szentesi A.<sup>1,2</sup>

1. 1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. 3. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. 5. Office for the Vice-Rector for Science and Innovations, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. 6. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

---

2024.május 31. péntek  
8:00 – 9:00

lbiza terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP1)**

**Transzlációs és klinikai kutatások a gyulladássos bélbetegségek kezelésében**

*Üléseelnökök:* **Maléth József**, Szeged

**Sarlós Patrícia**, Pécs

8.00 **Új terápiás fejlesztések IBD-ben** (15 perc)  
Sarlós Patrícia, Pécs

8.15 **Genetikai predispozíció az IBD-s betegek terápiás válaszában** (15 perc)  
Molnár Tamás, Szeged

8.30 **A mik(r)obiom szerepe az IBD-ben** (15 perc)  
Tóth Renáta, Szeged

8.45 **Diszkusszió** (15 perc)



SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE7)  
**Alapkutatás**

*Üléseelnökök:* **Pallagi Petra**, Szeged, **Varga Gábor**, Budapest

- 09.00 **INHIBITION OF THE PAI-1 BY THE LDN-071 SIGNIFICANTLY REDUCES THE SEVERITY OF ACUTE AND CHRONIC INFLAMMATION IN COLITIS MODELS**  
Jóíárt Boldizsár<sup>1,2,3,4</sup>, Csákány-Papp N.<sup>2,3,4</sup>, Laub H.<sup>1,2</sup>, Vasas B.<sup>6</sup>, Barta B.<sup>7</sup>, Szabó V.<sup>2,3,4</sup>, Bagyánszki M.<sup>7</sup>, Farkas K.<sup>2,8</sup>, Mándity I.<sup>1,5</sup>, Heltovics G.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3,4</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,4</sup>  
1. Ladon Therapeutics Ltd., Szeged, Hungary; 2. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. ELKH-USz Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 4. HCEMM-USz Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 5. Artificial Transporters Research Group, Institute of Materials and Environmental Chemistry, Research Centre for Natural Sciences, Budapest, Hungary; 6. Department of Pathology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 7. Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary; 8. HCEMM-USz Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary
- 09.10 **AZ NLRP3 INFLAMMASZÓMA SZEREPE A PANCREATICUS DAGANATOK VISELKEDÉSÉBEN**  
Jordán László<sup>1</sup>, Nagy A.<sup>1</sup>, Nagy C.<sup>1</sup>, Németh K.<sup>1</sup>, Kiss A.<sup>1</sup>, Borka K.<sup>1</sup>, Kenessey I.<sup>1</sup>, Pesti A.<sup>1</sup>, Budai A.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet
- 09.20 **EXAMINING GENE EXPRESSION VARIATIONS AND LONGEVITY IN THE EXTENDED MAINTENANCE OF MOUSE PANCREATIC DUCTAL ORGANIDS**  
Szabó Viktória<sup>1,2,3</sup>, Groma G.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>  
1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 2. ELKH-USz Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged; 3. HCEMM-USz Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged; 4. HUN-REN-USz Dermatological Research Group, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged
- 09.30 **FOLIC ACID TREATMENT REVERSES COVID-19 VIRUS INFECTION CAUSED GRANULOCYTE AGING, DNA AND CHROMATIN DAMAGES WITH IMMEDIATE CLIN. AND SURVIVAL ENHANCEMENTS IN HYPERHOMOCYST., HOSPIT. PATIENTS**  
Molnár Béla<sup>1</sup>, Ledó N.<sup>1</sup>, Horváth V.<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Kóczy Á.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Felletár I.<sup>1</sup>, Takács I.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

09.40 **POLARITY SWITCHING REDUCES PIEZO1-MEDIATED INFLAMMATORY PHENOTYPE OF CONVENTIONAL HUMAN PANCREATIC ORGANIDS**

Kiss Aletta Kata<sup>1,2,3</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Lázár G.<sup>4</sup>, Groma G.<sup>5</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged, Hungary

09.50 **NOVEL CHYMOTRYPSIN C (CTRC) VARIANTS FROM REAL-LIFE GENETIC TESTING OF PEDIATRIC PANCREATITIS CASES**

Stefanovics Regina<sup>1,2,3</sup>, Sándor M.<sup>3</sup>, Sahin-Tóth V.<sup>3</sup>, Németh B.<sup>1,2</sup>, Zhang W.<sup>4</sup>, Abu-El-Hajja M.<sup>5</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>3</sup>

1. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine - University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Szeged, Hungary; 2. Center for Gastroenterology, Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, California, USA; 4. Division of Human Genetics, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, USA; 5. Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, USA

---

13:30 – 14:00

EBÉD

---

---

2024.május 31. péntek  
14:00 – 15:00

Ibiza terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG7)  
**Innovatív tápcsatornai endoszkópos eljárások**

*Üléseknökök:* **Hritz István**, Budapest

**Novák János**, Gyula

- 14.00 **A vékonybél vizsgálata: kapszula endoszkópia és enteroszkópia** (20 perc)  
Iliás Ákos, Budapest
- 14.20 **Mesterséges intelligencia az endoszkópiában** (20 perc)  
Madácsy László, Székesfehérvár
- 14.40 **Harmadik tér endoszkópia** (20 perc)  
Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

---

2024.május 31. péntek  
15:00 – 16:00

Ibiza terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG8)  
**Crohn betegség**

*Üléseknökök:* **Mihály Emese**, Budapest

**Tárnok András**, Pécs

- 15.00 **Crohn betegség diagnosztikája és klinikai formái** (15 perc)  
Golovics Petra, Budapest
- 15.15 **Gyermekkori Crohn betegség** (15 perc)  
Cseh Áron, Budapest
- 15.30 **Gyógyszeres terápia** (15 perc)  
Miheller Pál, Budapest
- 15.45 **Sebészi kezelés** (15 perc)  
Paszt Attila, Szeged

---

2024.május 31. péntek  
16:30 – 17:30

lbiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP5)  
**Epeúti endoszkópia (diagnosztika, mintavétel, szűkületek, epecsorgás ellátása)**

*Üléselnökök:* **Hamvas József**, Budapest

**Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét

- 16.30 **Epeúti szűkületek diagnosztikája és kezelése** (15 perc)  
Szmola Richárd, Budapest
- 16.45 **Problémás epeúti kövesség kezelése** (15 perc)  
Gyökeres Tibor, Budapest
- 17.00 **Epeúti sérülések diagnosztikája és kezelése** (15 perc)  
Szepes Zoltán, Szeged
- 17.15 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2024.május 31. péntek  
17:30 – 18:30

lbiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP6)  
**Colonoscopia helyett? - a kiváltó metodikák helye a CRC szűrésben és a diagnosztikában a gyakorlatban**

*Üléselnökök:* **Pák Péter**, Esztergom

**Demeter Pál**, Budapest

- 17.30 **Radiológia**  
**(UH, irrigoszkópia, CT, virtuális colonoscopia, MRI, PET-CT)** (15 perc)  
Novák Tímea, Szeged
- 17.45 **Kapszula endoszkópia a vastagbélben** (15 perc)  
Szalai Milán, Székesfehérvár
- 18.00 **Laboratóriumi markerek (széklet-, vér- és genetikai markerek)** (15 perc)  
Zsigmond Ferenc, Budapest
- 18.15 **Diszkusszió** (15 perc)

2024.május 31. péntek

Marbella terem

14:00 – 15:00

## SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE8)

## Alapkutatás

Üléseelnökök: Zádori Zoltán Sándor, Budapest

Németh Balázs, Szeged

## 14.00 MISFOLDING TRYPSINOGEN MUTANT CAUSES CHRONIC PANCREATITIS IN A PRECLINICAL MOUSE MODEL

Sandor Máté<sup>1</sup>, Demcsak A.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>1,2,3</sup>, Sahin-Toth M.<sup>1</sup>

1. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, California, USA; 2. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine – University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Szeged, Hungary; 3. Center for Gastroenterology, Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary

## 14.10 PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR-1 – A PROMISING NEW THERAPEUTIC TARGET IN CHRONIC PANCREATITIS

Molnár Tünde<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Jóhárt B.<sup>1,2,3</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2,3</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 2. Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Hungarian Academy of Science – University of Szeged; 3. Molecular Gastroenterology Research Group, Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged

## 14.20 THIRD GENERATION SEQUENCING AND THE POTENTIAL ROLE OF SSDNA IN MOLECULAR PATHOLOGY

Rada Kristóf Róbert<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>2</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Takács I.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest

## 14.30 A TUMORSEJT EMBRIONÁLIS ÉS MEZENCHIMÁLIS TULAJDONSÁGAINAK KARAKTERIZÁLÁSA ÁRAMLÁSI CITOMETRIÁVAL

Linkner Tamás Richárd<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>2</sup>, Farkas E.<sup>1</sup>, Bányai F.<sup>1</sup>, Takács I.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest

14.40 **Diszkusszió**

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE9)  
**Alapkutatás**

*Üléseelnökök:* **Molnár Béla**, Budapest **Kiss Lóránd**, Szeged

- 15.00 **METHYLENE BLUE AS A POTENTIAL NEW DRUG IN THE TREATMENT OF ALCOHOL INDUCED PANCREATITIS AND ALCOHOLIC HEPATITIS**  
Madácsy Tamara<sup>1,2,4</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,4</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,4</sup>  
1. Department of Internal Medicine, University of Szeged; 2. Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged; 3. Department of Public Health, University of Szeged; 4. HCEMM Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged
- 15.10 **EFFECT OF ORKAMBI ON THE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS**  
Venglovecz Viktória<sup>1,2,9</sup>, Grassalkovich A.<sup>1,2,3</sup>, Tóth E.<sup>2,3,4</sup>, Ébert A.<sup>1</sup>, Gál E.<sup>1</sup>, Korsós M.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>3,5,6</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>7</sup>, Galla Z.<sup>8</sup>, Monostori P.<sup>8</sup>, Hegyí P.<sup>2,9,10,11</sup>  
1. University of Szeged, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy; 2. University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation; 3. University of Szeged, Department of Medicine; 4. University of Debrecen, Department of Health Sciences, Department of Theoretical and Integrative Health Sciences; 5. University of Szeged, HCEMM–SZTE Molecular Gastroenterology Research Group; 6. University of Szeged, ELKH–USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group; 7. University of Szeged, Department of Pathophysiology; 8. University of Szeged, Metabolic and Newborn Screening Laboratory, Department of Paediatrics; 9. University of Pécs, Institute for Translational Medicine, Medical School,; 10. Semmelweis University, Centre for Translational Medicine; 11. Semmelweis University, Institute for Pancreatic Disorders
- 15.20 **THE STORE-INDEPENDENT ACTIVATION OF STIM1/ORAI1 COMPLEX REGULATES CFTR ACTIVITY IN SECRETORY EPITHELIAL CELLS**  
Varga Árpád<sup>1,2,3</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Woo Young C.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susuánszki P.<sup>1,2</sup>, Varga D.<sup>5</sup>, Bíró P.<sup>5</sup>, Sendstad I.<sup>1,2,3</sup>, Crul T.<sup>1,2,3</sup>, Jójiárt B.<sup>1,2,3</sup>, Tél B.<sup>7</sup>, Balázs A.<sup>7</sup>, Lázár G.<sup>8</sup>, Erdélyi M.<sup>5</sup>, Muallem S.<sup>4</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>  
1. First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. ELKH-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA; 5. Department of Optics and Quantum Electronics, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Department of Pediatric Pulmonology, Immunology and Intensive Care

Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; 8. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary

15.30 **A ZSÍRSAV AMID HIDROLÁZ (FAAH) GÁTLÁSA SÚLYOSBÍTJA AZ INDOMETHACIN ÁLTAL KIVÁLTOTT ENTEROPÁTIÁT EGEREKBEN**

Wachtl Gerda<sup>1</sup>, Haghighi A.<sup>1</sup>, Demeter Z.<sup>1</sup>, Erdélyi Z.<sup>1</sup>, Lengyel L.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet

15.40 **A HORIZONTÁLIS GÉNTRANSZFER VIZSGÁLATA VASTAGBÉLRÁKOS SEJTMODELL SEGÍTSÉGÉVEL**

Barták Barbara Kinga<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>3</sup>, Felletár I.<sup>3</sup>, Molnár B.<sup>1,3</sup>, Buzás I.<sup>4,5</sup>, Takács I.<sup>1</sup>, Valcz G.<sup>3,5</sup>

1. Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest; 3. Képelemző Részleg, 3DHISTECH Kft, Budapest; 4. Genetikai, Sejt és Immunbiológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest; 5. HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport

15.50 **Diskusszió**

2024. június 1. szombat  
7:30 – 8:00

Toscana terem

*ASTRAZENECA SZIMPÓZIUM*

**Van új a nap alatt? - Evezzünk új vizekre az epedaganatos betegek kezelésében!**

**Az epeúti tractus daganat sebészi kezelése**

Szijártó Attila, Budapest

**Új terápiás lehetőségek az irrezekábilis epeúti daganatos betegek túlélésének javítására**

Harisi Revekka, Budapest

2024. június 1. szombat  
8:00 – 8:30

Toscana terem

*JOHNSSON&JOHNSSON (JANSSEN-CILAG KFT.) SZIMPÓZIUM*

**A hosszútávú magányossága - kihívások az IBD kezelés maratonjában**

*Üléselnök:* Sarlós Patrícia, Pécs

**Kezelési szempontok és kihívások a colitis ulcerosa maratonjában**

Molnár Tamás, Szeged

**Kezelési szempontok és kihívások a Crohn-betegség maratonjában**

Iliás Ákos, Budapest

2024. június 1. szombat  
8:30 – 9:00

Toscana terem

*HD CORD SZIMPÓZIUM*

**Kórkép az ártalmakról - kórkép az ártalomcsökkentés lehetőségeiről.**

**Rizikók és csökkentésük**

Toldy-Schedel Emil, Budapest



---

2024. június 1. szombat  
9:00 – 10:00

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP7)  
**Iskola a határon - gastrorheumatologia**

*Üléseknökök:* **Molnár Tamás**, Szeged

**Végh Edit**, Debrecen

- 9.00 **IBD-asszociált arthritisek** (20 perc)  
Végh Edit, Debrecen
- 9.20 **Szekunder osteoporosis gasztrointesztinális kórképekben** (15 perc)  
Valkusz Zsuzsanna, Szeged
- 9.35 **IL-17 gátló indukált bélgyulladás - Esetismertetés** (5 perc)  
Kacsándi Dorottya, Debrecen
- 9.40 **Biológiai terápiák okozta gyulladásos bélbetegség** (10 perc)  
Falcsik Rebeka, Debrecen
- 9.50 **Diszkusszió** (10 perc)

---

2024. június 1. szombat  
10:00 – 10:15

Toscana terem

*ABBVIE 1 SZIMPÓZIUM*

*Üléseknök:* Molnár Tamás, Szeged

**A jövő kapujában. – A Crohn betegség kezelési lehetőségei napjainkban**  
Palatka Károly, Debrecen

---

10:15 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

---

---

2024. június 1. szombat  
10:30 – 11:30

Toscana terem

PLENÁRIS ÜLÉS (P1)  
Plenáris szekció

Üléselnökök: **Palatka Károly**, Debrecen      **Taller András**, Budapest

- 10.30 **Újonnan diagnosztizált ileocoecalis Crohn betegség terápiás stratégiája**  
(20 perc)  
Miheller Pál, Budapest
- 10.50 **Pancreas neuroendocrin tumorainak endoszkópos diagnosztikája és kezelése**  
(20 perc)  
Hritz István, Budapest
- 11.10 **IBS 2024 magyar irányelv**  
(20 perc)  
Róka Richárd, Szeged

---

2024. június 1. szombat  
11:30 – 12:00

Toscana terem

PLENÁRIS ÜLÉS (P2)  
**Hetényi Géza emlékelőadás**  
Pro Optimo Merito in Gastroenterologia kitüntetések

Üléselnökök:  
**Gyökeres Tibor**, Budapest      **Vincze Áron**, Pécs **Palatka Károly**, Debrecen  
**Szepes Zoltán**, Szeged      **Czakó László**, Szeged

**HETÉNYI GÉZA EMLÉKELŐADÁS**

- 11.30 **A szabadgyököktől az Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszékiig**  
Vincze Áron, Pécs

**A kitüntetés átadása**

**PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA KITÜNTETÉSEK ÁTADÁSA**

A kitüntetést kapják: **Madácsy László**, Székesfehérvár      **Palatka Károly**, Debrecen

PLENÁRIS ÜLÉS (P2)  
Plenáris szekció

Üléseelnökök:

**Papp Mária**, Debrecen    **Czakó László**, Szeged    **Gyökeres Tibor**, Budapest

12.00 **A BÉLBARRIER MŰKÖDÉSI ZAVARÁT JELZŐ IMMUNGLOBULINOK PROGNOSZTIKUS SZEREPE AKUTAN DEKOMPENZÁLT MÁJCIRRÓZISOS BETEGEKBEN – MUCOSA-PREDICT PROSPEKTÍV BETEGKOHOVSZ**

Tornai Dávid<sup>1</sup>, Balogh B.<sup>1</sup>, Csillag A.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Kováts P.<sup>1</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>2</sup>, Trebica J.<sup>3,4</sup>, Papp M.<sup>1</sup>

1. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gastroenterológiai Tanszék; 2. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laboratóriumi Medicina Intézet; 3. Department of Internal Medicine B, University Hospital Muenster; 4. European Foundation for Study of Chronic Liver Failure

12.10 **REAL-WORLD DATA ON SEQUENTIAL THERAPY IN MODERATE-TO-SEVERE UC: UNVEILING SECOND-LINE STRATEGIES AFTER ANTI-TNF FAILURE**

Farkas Bernadett<sup>1</sup>, Borsos M.<sup>2</sup>, Limdi J.<sup>3</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Savarino E.<sup>4,5</sup>, Bertin L.<sup>4,5</sup>, Sethi-Arora K.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>6</sup>, Vilmos F.<sup>6</sup>, Castiglione F.<sup>7</sup>, Bonacci L.<sup>7</sup>, Lukas M.<sup>8</sup>, Maharshak N.<sup>9,10</sup>, Berman G.<sup>9,10</sup>, Krznarić Ž.<sup>11,12</sup>, Wetwittayakhleng P.<sup>13,14</sup>, Lakatos P.<sup>13,15</sup>, Seidelin J.<sup>16</sup>, Attauabi M.<sup>16</sup>, Michalopoulos G.<sup>17</sup>, Ribaldone D.<sup>18</sup>, Kagramanova A.<sup>19,20</sup>, Chashkova E.<sup>21,22</sup>, Sarlós P.<sup>23,24</sup>, Saibeni S.<sup>25</sup>, Bar-Gil Shitrit A.<sup>26</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,27</sup>

1. Center of Gastroenterology, SZTE SZAKK Department of Internal Medicine, Szeged, Hungary; 2. AdWare Research, Department of Biostatistics, Balatonfüred, Hungary; 3. Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom; 4. Gastroenterology Unit, Azienda Ospedale Università of Padua, Padua, Italy; 5. Department of Surgery, Oncology and Gastroenterology, University of Padua, Padua, Italy; 6. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Gastroenterology Department of Clinical Medicine and Surgery, University of Naples Federico II, Naples, Italy; 8. Clinical and Research Centre for Inflammatory Bowel Diseases, ISCARE IVF Clinical Center Českomoravská, Prague, Czech Republic; 9. Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; 10. Department of Gastroenterology and Hepatology, Tel Aviv Sourasky Medical Center, Tel Aviv, Israel; 11. University Hospital Zagreb, Department of Internal Medicine, Clinical Unit of Clinical Nutrition, Zagreb, Croatia; 12. Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; 13. Division of Gastroenterology, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada; 14. Gastroenterology and Hepatology Unit, Division of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand; 15. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 16. Department of Gastroenterology and Hepatology, Copenhagen University Hospital - Herlev and Gentofte, Herlev, Denmark; 17. General Hospital of Athens "G. Gennimatas", Athens, Greece; 18. Department of Medical Sciences, University of Turin, Turin, Italy; 19. Moscow Clinical Scientific Center named after A. S. Loginov, Moscow, Russia; 20. Research Institute of Health

Organization and Medical Management, Moscow, Russia; 21. Department of Coloproctology, Irkutsk Regional Hospital, Irkutsk, Russia; 22. Federal Scientific Center of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia; 23. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 24. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 25. Gastroenterology Unit, Rho Hospital, ASST Rhodense, Milan, Italy; 26. IBD MOM Unit, Digestive Diseases Institute, Shaare Zedek Medical Center, Affiliated with the Medical School, Hebrew University, Jerusalem, Israel; 27. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary

## 12.20 **ENDOSCOPIC FULL THICKNESS RESECTION IN GI TRACT – HUNGARIAN EXPERIENCES, THE FIRST 36 CASES**

Gyökeres Tibor<sup>1</sup>, Farkas T.<sup>1</sup>, Virányi Z.<sup>2</sup>, Palatka K.<sup>3</sup>, Horváth M.<sup>4</sup>, Hritz I.<sup>4</sup>, Sümegei J.<sup>5</sup>, Vincze Á.<sup>6</sup>, Bősze Z.<sup>7</sup>, Czakó L.<sup>7</sup>, Szepes Z.<sup>7</sup>

1. Department of Gastroenterology, Central Hospital of Northern Pest - Military Hospital, Budapest; 2. Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét; 3. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, University of Debrecen; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Center for Therapeutic Endoscopy, Semmelweis University, Budapest; 5. Department of Internal Medicine, Markhot Ferenc Hospital, Eger; 6. Division of Gastroenterology, 1st Department of Medicine, University of Pécs; 7. Department of Internal Medicine, Szent-Györgyi Albert Medical School, University of Szeged

**GOODWILL SZIMPÓZIUM**

*Üléselnök:* Papp Mária, Debrecen

**Aktualitások a Rifaximin-  $\alpha$  szerepéről gastroenterológiai kórképek kezelésében**  
Papp Mária, Debrecen

**A Gelsectan hatása a tápcsatornai barrier diszfunkcióra és a hasi fájdalomra  
hasmenés predomináns IBS-ben**  
Róka Richárd, Szeged

**POSZTER 3 SZEKCIÓ**  
**Esetismertetések**

*Üléselnökök:* **Ollé Georgina**, Szeged **Varga Márta**, Békéscsaba

- 13.00 **MELANOMA MALIGNUM NEM SZOKVÁNYOS METASTATIZÁLÓ HELYEN**  
Pepa Krisztián<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>  
1. Békés Vármegyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, 2. Gasztroenterológia Osztály
- 13.05 **GYÓGYSZERHŰSÉG FONTOSSÁGA WILSON-KÓRBAN. ESETBEMUTATÁSOK**  
Krolopp Anna<sup>1,2</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék
- 13.10 **ENDOSZKÓPOS TERÁPIÁRA REZISZTENS FELSŐ GASTROINTESTINALIS (GI) VASCULARIS MALFORMATIOKBÓL VÉRZŐ BETEGEK GYÓGYSZERES (THALIDOMID, LAR OCTREOTID) KEZELÉSÉBEN SZERZETT TAPASZTALATAINK**  
Németh Bence<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>  
1. Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia Osztály
- 13.15 **KORAI ADENOCARCINOMA KURATÍV ENDOSZKÓPOS REZEKCIÓJA A FELSŐ TÁPCSATORNÁBAN. HÁROM ESET BEMUTATÁSA.**  
Szegedi Éva<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>  
1. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg

13.20 **AZ OTSC KLIPP ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK**

Völgyi Zoltán<sup>1</sup>, Fischer T.<sup>1</sup>, Gasztonyi B.<sup>1</sup>, Herr G.<sup>1</sup>, Bujtor Z.<sup>1</sup>

1. Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház, II. Belgyógyászati Osztály

13.25 **TREATMENT OF COLO-RECTAL ANASTOMOSIS STRICTURE WITH A NEW SURGICAL-ENDOSCOPIC RENDEZ-VOUS TECHNIQUE**

Zaránd Attila<sup>1,4</sup>, György A.<sup>1</sup>, Vadinszky P.<sup>1</sup>, Bári A.<sup>1</sup>, Szőnyi M.<sup>2</sup>, Sovány I.<sup>2</sup>, Boga A.<sup>3</sup>, Katona M.<sup>2</sup>

1. Department of Surgery, St John's Central Hospital; 2. Department of Gastroenterology, St John's Central Hospital; 3. Department of Anesthesiology and Intensive Therapy, St John's Central Hospital; 4. Department of Surgery, Medical School, University of Pécs

---

13:30 – 14:00

EBÉD

---

2024. június 1. szombat

Toscana terem

14:00 – 15:00

**Angol nyelvű előadások (ENG) / Lectures in English (ENG)**

*Üléseelnökök/Chair:* **Czakó László**, Szeged

**Lakatos Péter**, Montreal

14.00 **Shaping the future of pancreatology - The importance of European networking**

Georghe Christian, Bucuresti

14.20 **Conception, pregnancy and Inflammatory Bowel Disease - maybe a baby?**

Limdy Jimmy, Manchester

14.40 **Interventional biliopancreatic endoscopy**

Robles Enrique Perez Cuadrado, Paris

---

2024. június 1. szombat  
15:00 – 16:00

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP2)  
**Új preklinikai modellek a gasztrointesztinális kutatásban**

*Üléseknök/*chair: **Rakonczay Zoltán**, Szeged

**Molnár Béla**, Budapest

- 15.00 **Az organoid kultúrák a transzlációs gasztroenterológiában** (15 perc)  
Maléth József, Szeged
- 15.15 **Máj organoidok** (15 perc)  
Bóvári-Biri Judit, Pécs
- 15.30 **Hasnyálmirigy organoidok** (15 perc)  
Kleger Alexander, Ulm
- 15.45 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2024. június 1. szombat  
16:00 – 16:15

Toscana terem

*SUPREMEX SZIMPÓZIUM*

*Üléseknök:* Gyökeres Tibor, Budapest

**A gasztroparézis gyógyszeres kezelési lehetőségei**  
Rosztóczy András, Szeged

---

16:15 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

2024. június 1. szombat  
16:30 – 17:30

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP9)  
**Tágítsd a látóköröd!**

*Ülése*lnökök: **Vincze Áron**, Pécs      **Róka Richárd**, Szeged

- 16.30 **Achalasia: prediktív faktorok a sikeres tágításhoz** (12 perc)  
Illés Anita, Pécs
- 16.42 **Fibrotikus nyelőcsőszűkületek kezelési lehetőségei** (12 perc)  
Rosztóczy András, Szeged
- 16.54 **Korrozív nyelőcső sérülések gyermekkorban** (12 perc)  
Tárnok András, Pécs
- 17.06 **Szűkületek endoszkópos ellátásának szövődményei** (12 perc)  
Gódi Szilárd, Pécs
- 17.18 **Diszkusszió** (12 perc)

2024. június 1. szombat  
17:30 – 18:30

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP10)  
**Penetráló intesztinális kórképek multiplex ellátása**  
**„fele bent a lukban, másik fele kívül van”**

*Ülése*lnökök: **Lestár Béla**, Cegléd      **Molnár Tamás**, Szeged

- 17.30 **Penetráló Crohn-betegség és szövődményes diverticulitis** (15 perc)  
Lakatos Péter, Montreal
- 17.45 **A penetráló bélbetegségek invazív radiológiai ellátása** (15 perc)  
Nagy András, Szeged
- 18.00 **A penetráló bélbetegségek sebészi kezelése** (15 perc)  
Lázár György, Szeged
- 18.15 **Diszkusszió** (15 perc)

2024. június 1. szombat  
18:30 – 19:00

Toscana terem

*BOSTON SCIENTIFIC / MICROMEDICAL KFT. SZIMPÓZIUM*

**A pancreatobiliáris endoszkópia "probléma-orientált" szemlélete**  
Szmola Richárd, Budapest



---

2024. június 1. szombat  
9:00 – 10:00

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP8)  
HCV update

Üléseelnökök: **Varga Márta**, Békéscsaba

**Rókus László**, Budapest

- 9.00 **HCV kezelés napjainkban** (12 perc)  
Hunyady Béla, Pécs
- 9.12 **HCV szűrés** (12 perc)  
Werling Klára, Budapest
- 9.24 **Gyógyult HCV-s betegek követése** (12 perc)  
Horváth Gábor, Budapest
- 9.36 **HCV-HCC** (12 perc)  
Tornai István, Debrecen
- 9.48 **Diszkusszió** (12 perc)

---

2024. június 1. szombat  
15:00 – 16:00

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP15)  
Hitek és tévhitek a gasztroenterológiában - malpractice?

Üléseelnökök: **Szamosi Tamás**, Budapest

**Róka Richárd**, Szeged

- 15.00 **Az UH jelene a gasztroenterológiában. 3D, 4D és még tovább?** (15 perc)  
Székely György, Budapest
- 15.15 **Hisztamin intolerancia – létezik egyáltalán?** (15 perc)  
Bata Zsuzsanna, Szeged
- 15.30 **Mesalazin Crohn betegségben – tényleg semmi értelme?** (15 perc)  
Farkas Klaudia, Szeged
- 15.45 **Diszkusszió** (15 perc)

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE1)  
**Májbetegségek**

*Üléselnökök:* **Fried Katalin**, Budapest **Lengyel Gabriella**, Budapest

16.30 **AZ ERN-RARE LIVER REGISZTERHEZ VALÓ CSATLAKOZÁS ELŐSEGÍTI AZ AUTOIMMUN MÁJBETEGSÉGHEZ TÁRSULÓ CSONTANYAGCSERE-ZAVAR ELLÁTÁSÁNAK JAVULÁSÁT ÉS KOCKÁZATI TÉNYEZŐINEK MEGHATÁROZÁSÁT**

Kováts Patrícia<sup>1,5,6</sup>, Bozsó B.<sup>1,5</sup>, Mogyoróssy S.<sup>2,5</sup>, Sipeki N.<sup>1,5</sup>, Oláh F.<sup>1,5</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>3,5</sup>, Vitális Z.<sup>1,5</sup>, Tornai I.<sup>1,5</sup>, Tornai D.<sup>1,5</sup>, Christoph S.<sup>4,5</sup>, Papp M.<sup>1,5</sup>

1. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen; 2. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Reumatológiai Tanszék, Debrecen; 3. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen; 4. Hamburg-Eppendorf Egyetemi Kórházi Centrum (UKE); 5. Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Ritka Májbetegségek Európai Referenciahálózatának (ERN RARE-LIVER) Centruma, Debrecen; 6. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laki Kálmán Doktori Iskola, Debrecen

16.40 **METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE AND THE DISEASE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS: POST HOC ANALYSIS OF A PROSPECTIVELY COLLECTED INTERNATIONAL REGISTRY**

Váncsa Szilárd<sup>1,2,3</sup>, Sipos Z.<sup>1,4</sup>, Váradai A.<sup>1,5,6</sup>, Nagy R.<sup>1,2,7</sup>, Ocskay K.<sup>1,7</sup>, Juhász F.<sup>1,7</sup>, Márta K.<sup>2,3</sup>, Teutsch B.<sup>1,2</sup>, Mikó A.<sup>1,8</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Vincze Á.<sup>9</sup>, Izbéki F.<sup>10</sup>, Czakó L.<sup>11</sup>, Papp M.<sup>12</sup>, Hamvas J.<sup>13</sup>, Varga M.<sup>14</sup>, Török I.<sup>15</sup>, Mickevicius A.<sup>16,17</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,7</sup>, Szentesi A.<sup>1,18</sup>, Pár G.<sup>1,9</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,18</sup>

16.50 **NEM-LINEÁRIS MODELLEN ALAPULÓ ULTRAHANGOS MÁJ ZSÍRFRAKCIÓ BECSLÉS NEM-ALKOHOLOS ZSÍRMÁJ BETEGEKBEN**

Kaposi Novák Pál<sup>1</sup>, Zsombor Z.<sup>1</sup>, Rónaszéki A.<sup>1</sup>, Csongrády B.<sup>1</sup>, Stollmayer R.<sup>1</sup>, Kalina I.<sup>1</sup>, Győri G.<sup>1</sup>, Maurovich Horvat P.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>3</sup>, Werling K.<sup>2</sup>, Hagymási K.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Klinikai, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 3. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

17.00 **TRANSJUGULARIS INTRAHEPATICUS PORTOSYSTEMÁS SHUNT (TIPS) BEÜLTETÉSEL SZERZETT ELSŐ TAPASZTALATAINK - A MULTIDISZCIPLINÁRIS TEAM JELENTŐSÉGE**

Czompa Diána<sup>1,2</sup>, Egresi A.<sup>1,2</sup>, Morar A.<sup>1,2</sup>, Bibók A.<sup>3</sup>, Doros A.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>1,2</sup>, Folhoffer A.<sup>4</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Klinikai, Budapest; 4. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

- 17.10 **A "WILSON-ALGORTIMUS"**  
Birtalan Krisztián<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Folhoffer A.<sup>2</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Taller A.<sup>1</sup>  
1. Budapesti Uzsoki utcai Kórház, II-es Belgyógyászati Osztály; 2. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika
- 17.20 **A METABOLIKUS DISZFUNKCIÓVAL ASSZOCIÁLT ZSÍRMÁJBETEGSÉG KARDIOVASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEINEK VIZSGÁLATA**  
Drácz Bálint<sup>1,2</sup>, Kövágó K.<sup>1</sup>, Túri F.<sup>1</sup>, Egresi A.<sup>1,2</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenciók Gasztroenterológiai Tanszék

---

2024. június 1. szombat

Ibiza terem

17:30 – 18:30

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE2)**  
**Felső tápcsatorna**

*Üléselnökök:* **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár **Rosztóczy András**, Szeged

- 17:30 **INVESTIGATION OF GLUTEN IMMUNOGENIC PEPTIDE IN CELIAC DISEASE**  
Bajor Judit<sup>1</sup>, Perezstegei M.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Máth B.<sup>6</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Lemes K.<sup>5</sup>, Lénárt Z.<sup>5</sup>, Lada S.<sup>5</sup>, Fülöp P.<sup>1</sup>, Füstös D.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Szirmay B.<sup>7</sup>  
1. 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. Medical School, University of Pécs; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University; 5. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 6. Faculty of Medicine, Semmelweis University; 7. Department of Laboratory Medicine, Medical School, University of Pécs
- 17:40 **BLEEDING LOCATION IN THE GASTROINTESTINAL TRACT (BLITGIT) STUDY: PRELIMINARY ANALYSIS OF A CURRENTLY ONGOING MULTICENTER, PROSPECTIVE STUDY**  
Finta Ádám<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Liebe R.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>  
1. Endo-kapszula Private Hospital
- 17:50 **INVESTIGATION OF BODY COMPOSITION PARAMETERS IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE ON A GLUTEN-FREE DIET. PROSPECTIVE, MULTICENTER, CASE-CONTROL STUDY (ARCTIC STUDY)**  
Perezstegei Míra Zsófia<sup>1</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Sipos Z.<sup>3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Máth B.<sup>6</sup>, Lemes K.<sup>5</sup>, Lénárt Z.<sup>5</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>  
1. Medical School, University of Pécs; 2. 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University; 5. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 6. Faculty of Medicine, Semmelweis University

- 18:00 **TWO IS BETTER THAN ONE? – ASSESSMENT OF DIAGNOSTIC YIELD OF SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY WITH DUAL CAMERA**  
Helle Krisztina<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Inczefi O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>2</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>  
1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert-Szent Györgyi Medical Center, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Endo-Kapszula Endoscopy Center, Székesfehérvár, Hungary
- 18:10 **LONG -TERM FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH DYSPLASTIC BARRETT'S ESOPHAGUS AFTER ENDOSCOPIC RADIOFREQUENCY ABLATION (HALO-RFA)**  
Ollé Georgina<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Inczefi O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>  
1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert-Szent Györgyi Medical Center, University of Szeged, Szeged, Hungary.
- 18:20 **SÜRGŐSSÉGI GASZTROSZKÓPIA IDEJE FELSŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSBEN**  
Kovács Bálint Tibor<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>2</sup>, Morár A.<sup>2</sup>, Csókay B.<sup>1</sup>, Kozma M.<sup>1</sup>, Solymosi N.<sup>3</sup>, Sürgősségi Endoszkópia C.<sup>2</sup>, Imecz J.<sup>4</sup>, Fenyves B.<sup>4</sup>, Varga C.<sup>4</sup>, Papp V.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Patai Á.<sup>2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, orvostanhallgató; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Állatorvostudományi Egyetem, Bioinformatikai Központ; 4. Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Orvostani Klinika; 5. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**HIRDETÉS**

**Egis**

**Noacid**

**HIRDETÉS**  
**Fresenius**  
**SmofKabiven**

---

2024. június 1. szombat  
8:00 – 10:00

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD1)  
**A szkópon túl, mert így kerek az egész**

Üléseelnökök: **Schäfer Eszter**, Budapest, **Nagyné Berecz Margit**, Debrecen

- 08.00 **Betegedukáció jelentősége, lehetősége** (13 perc)  
Belovai Martin, Szeged
- 08.13 **Multidiszciplinális team jelentősége IBD-ben** (13 perc)  
Hódosy Mónika, Budapest
- 08.26 **Esetbemutatás a gyorstesztek világában** (13 perc)  
Budai-Budácsik Brigitta, Szeged
- 08.39 **IBD centrum feltétele. Elmélet és gyakorlat** (13 perc)  
Huszka László, Szeged
- 08.52 **Dietetikus szerepe az IBD-s betegek kezelésében** (13 perc)  
Bolgár Tímea, Szeged
- 09.05 **Betegedukáció OPT-re szoruló betegeknél** (13 perc)  
Varga Andrea, Szentendre
- 09.18 **Kanül infekciók megelőzése és kezelése** (13 perc)  
Zsilák-Urbán Mihály, Szeged
- 09.31 **Dietetikus szerepe az OPT-s betegek kezelésében** (13 perc)  
Lada Szilvia, Szeged
- 09.44 **Diszkusszió** (16 perc)

---

2024. június 1. szombat  
10:30 – 12:30

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD-GY)  
**Gyakorlati szekció**

---

13:30 – 14:00

EBÉD

---

---

2024. június 1. szombat  
14:00 – 16:00

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD2)

**Ami eltér a szokásostól, avagy mi így láttuk a megoldást!**  
**/endoszkópos esetbemutatók, érdekes megoldások, új eljárások/**

*Üléselnökök:* **Szegedi László**, Nyíregyháza

**Pécsi Gyula**, Győr

- 14.00 **Az érem két oldala** (20 perc)  
Fehér Hajnalka, Pécs
- 14.20 **Zenker diverticulum ellátásának asszisztensi feladatai** (20 perc)  
Szvatek Andrea, Budapest
- 14.40 **Kezdeti tapasztalataink az AI alkalmazásával az endoszkópiában** (20 perc)  
Szabó Ágnes, Szeged
- 15.00 **Sürgősségi endoszkópia** (20 perc)  
Dudlák Melinda, Budapest
- 15.20 **Pancreas cysta drenázs** (20 perc)  
Paulovicsné Kiss Melinda, Pécs
- 15.40 **Diszkusszió** (20 perc)

---

2024. június 1. szombat  
16:30 – 18:30

Marbella terem

SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD3 - FREE)  
SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK

*Üléselnökök:* **Sahin Péter**, Budapest

**Paulovicsné Kiss Melinda**, Pécs

- 16.30 **FELSZÁLLÁSI ENGEDÉLY! AVAGY ELLENŐRZŐ LISTA ALKALMAZÁSA AZ ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOKNÁL**  
Tari Krisztina<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Pankreász Betegségek Intézete
- 16.37 **VAN-E SPECIÁLIS FELADAT A DIAGNOSZTIKUS ÉS INTERVENCIÓS EUS BEAVATKOZÁSOK SORÁN?**  
Bányainé Bodonyi Katalin<sup>1</sup>, Dr. Gurzó Z.<sup>1</sup>  
1. Békés Vármegyei Központi Kórház- Pándy Kálmán Tagkórház, Endoszkópos Labor
- 16.43 **DIETETIKUS SZEREPE AZ IBD-S BETEGEK KEZELÉSÉBEN**  
Bolgár Tímea<sup>1</sup>  
1. SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Dietetikai Szolgálat



- 16.50 **EGÉSZSÉGNEVELŐ MUNKA JELENTŐSÉGE A VASTAGBÉLSZŰRÉSI PROGRAMBAN!**  
Pappné Szerdahelyi Erika<sup>1</sup>  
 1. Szent Damján Görögkatolikus Kórház Gastroenterologia
- 16.57 **UNSUCCESSFUL PRIMARY BILIARY CANNULATIONS IN 2023 AT OUR DEPARTMENT WITH OVER 1000 ERCPS. EXPERIENCES WITH THE FURTHER MANAGEMENT**  
Varga Ádám.<sup>1</sup>, Andrási P.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Cselle S.<sup>1</sup>, Garami T.<sup>1</sup>, Kovács R.<sup>1</sup>, Szvatek A.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia
- 17.04 **SZŰRŐ KOLONOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS BIZTONSÁGOSSÁGÁNAK ÉRTÉKELÉSE A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEMEN ÉS A BÁCS-KISKUN VÁRMEGYEI OKTATÓKÓRHÁZBAN 2019 ÉS 2022 KÖZÖTT**  
Magyar Dániel<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>2</sup>, Vasas B.<sup>3</sup>, Nacsev K.<sup>4</sup>, Dubravcsik Z.<sup>4</sup>, Bősze Z.<sup>2</sup>, Tóth T.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>2</sup>, Bálint A.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Bor R.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>  
 1. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szeged; 2. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Szeged; 3. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Patológiai Intézet, Szeged; 4. Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Kecskemét
- 17.11 **THE FIRST NUTRITIONDAY IN OUR DEPARTMENT – EXPERIENCES, RESULTS, FUTURE**  
Schafer Eszter<sup>1</sup>, Lőrinczy K.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Nehéz L.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
 1. Észak-Pesti Centrumkórház, Honvédkórház, Gasztroenterológia; 2. Észak-Pesti Centrumkórház, 1.sz. Sebészet
- 17.18 **MORPHOLOGY OF THE PAPANICOLAOU CAN PREDICT PROCEDURAL SAFETY AND EFFICACY OF ERCP - A RETROSPECTIVE COHORT STUDY**  
Tari Edina<sup>1,2</sup>, Tóth T.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4</sup>, Eröss B.<sup>1,2,4</sup>  
 1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary
- 17.25 **DIETETIKUS SZEREPE AZ OTTHONI PARENTERALIS TÁPLÁLÁSSAL ÉLŐ BETEGEK ELLÁTÁSA SORÁN**  
Lada Szilvia<sup>1</sup>, Illés D.<sup>2</sup>  
 1. SZTE, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Dietetikai Szolgálat; 2. Szegedi Orvostudományi Egyetem, Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum
- 17.32 **AZ AUTONÓMIA TÁMOGATÁS SZEREPE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGGEL ÉLŐ SZEMÉLYEK ÖNMENDZSMENTJÉNEK FEJLESZTÉSÉBEN**  
Horvát Barbara.<sup>1</sup>  
 1. SZTE Belgyógyászati Klinika Nyugati Telephelye

- 17.39 **A CHOLANGIOSCOPIA SZEREPE AZ EPEÚTI BETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN- CENTRUMUNK EDDIGI TAPASZTALATAI**  
Kui Balázs<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Lemes K.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>  
1. Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Gasztroenterológiai Centrum
- 17.46 **ADENOMA AND CRC DETECTION OVER ONE YEAR PERIOD OF TIME AT SEMMELWEIS UNIVERSITY, DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE.**  
Sharykina Alexandra<sup>1</sup>, Elyounes O.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Masszi T.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>  
1. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University
- 17.53 **COLON CAPSULE ENDOSCOPY: A VIABLE OPTION FOR FIRST-LINE COLORECTAL CANCER SCREENING IN ASYMPTOMATIC PATIENTS**  
Szalai Milán<sup>1</sup>, Finta Á.<sup>1</sup>, Liebe R.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>  
1. Endo-kapszula Private Hospital
- 18.00 **ENDOLUMINÁLIS VÁKUUM TERÁPIA - „ENDO-SPONGE” ELŐNYEI ÉS KORLÁTAI SAJÁT ESETEINK KAPCSÁN**  
Virányi Zsolt<sup>1</sup>, Bartók Á.<sup>2</sup>, Budai A.<sup>1</sup>, Novák P.<sup>1</sup>, Rényi T.<sup>1</sup>, Mohácsi S.<sup>1</sup>, Csőke D.<sup>1</sup>, Vajda K.<sup>2</sup>, Sikorszki L.<sup>2</sup>, Dubravcsik Z.<sup>1</sup>  
1. 1- Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Gasztroenterológia; 2. 2- Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Sebészet
- 18.07 **KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIÁS INTERVENCIÓK AZ IBD-VEL ÉLŐK SZORONGÁSOS ÉS HANGULATI PANASZAINAK MÉRSÉKLÉSÉRE**  
Kele Tímea<sup>1,2</sup>, Pál K.<sup>1</sup>, Lontai L.<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem Szakrendelő Intézet
- 18.14 **ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTEK A NYELŐCSŐBEN – AZ ELMÚLT ÉV TAPASZTALATAI**  
Papp Veronika<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>2</sup>, Bán K.<sup>2</sup>, Bennemann S.<sup>2</sup>, Balázs Á.<sup>2</sup>, Dakó S.<sup>1</sup>, Füstös D.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika
- 18.21 **Diszkusszió**

2024. június 2. vasárnap  
7:30 – 8:00

Toscana terem

POSZTER 4/A SZEKCIÓ  
Esetismertetések

Üléseknökök: **Novák János**, Gyula      **Lombay Béla**, Miskolc

- 07.30 **HOSSZÚTÁVÚ NSAID HASZNÁLAT RITKA SZÖVŐDMÉNYE; MANIFESZT VÉRZÉSSSEL JÁRÓ, KITERJEDT VASTAGBÉL MUCOSA DESTRUKCIÓ**  
Cserháti Lili<sup>1</sup>, Hegede G.<sup>1</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>  
1. Budapesti Péterfy Sándor utcai kórház és RI, I.sz belgyógyászat, Gasztroenterologia
- 07.35 **UNEXPECTED LOCALIZATION OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C**  
Lombay Béla<sup>1</sup>  
1. Department of Gastroenterology and Medicine, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary
- 07.40 **EPEÚTI IDEGENTESTEK**  
Horvát Gyula<sup>1</sup>, Makai G.<sup>1</sup>  
1. Gyöngyösi Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológiai Profil
- 07.45 **GASTROINTESTINALIS TUBERCULOSIS, MINT A BIOLÓGIAI TERÁPIA LEHETSÉGES KÉSŐI SZÖVŐDMÉNYE**  
Birtalan Krisztián<sup>1</sup>, Csikós D.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Taller A.<sup>1</sup>  
1. Budapesti Uzsoki utcai Kórház, II-es Belgyógyászati Osztály
- 07.50 **MÁJGÓCOK RITKA OKA**  
Tajti Máté<sup>1</sup>, Pálvölgyi A.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Feszinger G.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>  
1. SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum
- 07.55 **PORTOVENOSUS FISTULA KIALAKULÁSA ERCP SORÁN BEÜLTETETT EPEÚTI STENT KÖVETKEZMÉNYEKÉNT: ESETTANULMÁNY**  
Kovács Norbert<sup>1</sup>, Varga Á.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Szepesy G.<sup>2</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Andrási P.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
1. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia; 2. Affidea Magyarország Kft

---

2024. június 2. vasárnap  
8:00 – 9:00

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP11)  
**Immunológia és a felső tápcsatorna**

Üléseelnökök: **Rosztóczy András**, Szeged

**Vitális Zsuzsanna**, Debrecen

- 8.00 **Eosinophil oesophagitis gyermekkorban** (10+5 perc)  
Vass Noémi, Szeged
- 8.15 **Eosinophil oesophagitis felnőttkorban** (10+5 perc)  
Juhász Márk, Budapest
- 8.30 **Gyermekkori coeliakia** (10+5 perc)  
Korponay-Szabó Ilma, Debrecen
- 8.45 **Refrakter és szeronegatív coeliakia** (10+5 perc)  
Bajor Judit, Pécs

---

2024. június 2. vasárnap  
9:00 – 10:00

Toscana terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP12)  
**Küzdelmek, súlyok és ellensúlyok a gasztroenterológiában**

Üléseelnökök: **Wittmann Tibor**, Szeged

**Altorjay István**, Debrecen

- 9.00 **Kérdések és válaszok: A Szakmai Kollégium Gasztroenterológiai Tagozatának egyéves munkája** (15 perc)  
Wittmann Tibor, Szeged
- 9.15 **Finanszírozási kérdéseink a fiókban, vagy az asztalon?** (15 perc)  
Gurzó Zoltán, Gyula
- 9.30 **Mit kellene tenni a szakma jobb megbecsüléséért, a valós értékű finanszírozásért?** (15 perc)  
Hunyady Béla, Pécs
- 9.45 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2024. június 2. vasárnap  
10:00 – 10:15

Toscana terem

**ABBVIE 2 SZIMPÓZIUM**

*Üléselnök:* Molnár Tamás, Szeged

**Úton egy szebb jövőért - Crohn betegség kezelésének evidenciái**

*Előadó:* Miheller Pál, Budapest

---

10:15 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

---

2024. június 2. vasárnap  
10:30 – 11:30

Toscana terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP13)**

**Ó mond, te kit választanál? - Kinek mit mikor?**

*Üléselnökök:* Schäfer Eszter, Budapest

Sarlós Patrícia, Pécs

- 10.30 **Van-e alternatívája az anti-TNF szereknek első vonalban Crohn-betegségben?**  
(15 perc)  
Szamosi Tamás, Budapest
- 10.45 **Van-e alternatívája az anti-TNF szereknek első vonalban colitis ulcerosában?**  
(15 perc)  
Farkas Klaudia, Szeged
- 11.00 **Hol a helye az új készítményeknek (Crohn-betegség/colitis ulcerosa)?** (15 perc)  
Palatka Károly, Debrecen
- 11.15 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2024. június 2. vasárnap  
11:30 – 12:30

Toscana terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP14)**  
**Pancreatobiliáris betegségek és az endoszkópia**

*Üléselnökök:* **Novák János**, Gyula

**Orosz Péter**, Miskolc

- 11.30 **Vater papilla betegségei** (15 perc)  
Szmola Richárd, Budapest
- 11.45 **Autoimmun pancreatitis** (15 perc)  
Czakó László, Szeged
- 12.00 **Az endoszkópia lehetőségei akut pancreatitisben** (15 perc)  
Madácsy László, Székesfehérvár
- 12.15 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2024. június 2. vasárnap  
12:30 – 13:00

Toscana terem

**SANDOZ SZIMPÓZIUM**  
**A mesterséges intelligencia (MI) az IBD ellátásában**

**Az MI szerepe az endoszkópiában**  
Szepes Zoltán, Szeged

**Az MI szerepe a kezelési döntéshozatalban**  
Palatka Károly, Debrecen

POSZTER 5 SZEKCIÓ  
Esetismertetések

Üléseelnökök: **Palatka Károly**, Debrecen

**Lakner Lilla**, Ajka

- 13.00 **A JÓ, A ROSSZ ÉS A CSÚF: VARIÁCIÓ PANCREAS NEUROENDOKRIN DAGANATOKRA**  
Báló András<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Rácz F.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>  
1. SZSZBVK Jósa András Oktatókórház Nyíregyháza I. Belgyógyászati Osztály
- 13.05 **GASTROINTESTINALIS MASTOCYTOSIS**  
Várkonyi Judit<sup>1</sup>, Szepesi Á.<sup>2</sup>, Sághi M.<sup>2</sup>, Barna G.<sup>2</sup>, Kovalszky I.<sup>2</sup>, Tímár B.<sup>2</sup>, Szakonyi J.<sup>3</sup>, Nagy E.<sup>4</sup>, Vásárhelyi B.<sup>4</sup>, Masszi T.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>  
1. Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem; 2. I.sz. Pathológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem; 3. Bőr, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem; 4. Laboratóriumi Medicina Intézet, Semmelweis Egyetem
- 13.10 **GASZTRIKUS ANTRÁLIS VASZKULÁRIS EKTÁZIA ELŐFORDULÁSA KÉT ESET KAPCSÁN; MÁJCIRRÓZISBAN ÉS ANÉLKÜL**  
Lontai Livia<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>, Papp J.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika
- 13.15 **TUMOR? VAGY MÉGSEM? TÉRFOGLALÁS IDENTIFIKÁLÁS**  
Rusznay Krisztina Erzsébet<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Halász T.<sup>2</sup>, Vukov P.<sup>3</sup>, Dezsényi B.<sup>4</sup>, Kokas B.<sup>4</sup>, Hahn O.<sup>4</sup>, Piros L.<sup>4</sup>, Szijártó A.<sup>4</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
1. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia; 2. ÉPC-HK, Pathológia; 3. ÉPC-HK, Angiográfia; 4. Semmelweis Egyetem, STÉG
- 13.20 **ESETBEMUTATÁS: NEM-HIV ASSZOCIÁLT KAPOSÍ-SZARKÓMA GASTROINTESTINALIS MANIFESZTÁCIÓJA**  
Morár Aliz<sup>1</sup>, Patai V. Á.<sup>1</sup>, Eitler K.<sup>2</sup>, Fónyad L.<sup>3</sup>, Dezső K.<sup>3</sup>, Faluhelyi D.<sup>4</sup>, Kardos M.<sup>5</sup>, Borka K.<sup>5</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Gasztroenterológia Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet; 4. Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika; 5. Semmelweis Egyetem Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostan
- 13.25 **NYELŐCSŐ TÉRFOGLALÁS ÉS AML – ESETBEMUTATÁS**  
Hankó László<sup>1</sup>, Szombath G.<sup>1</sup>, Jakab L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Masszi T.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika

POSZTER 6 SZEKCIÓ  
Esetismertetések

Üléseelnökök: **Taller András**, Budapest

**Molnár Tamás**, Szeged

- 13.30 **SOLID TUMOROK ÁTTÉTEI A PANCREASBAN – KÉT ESET ISMERTETÉSE**  
Makrai Tibor<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>  
1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház, Nyíregyházi Jósa András Tagkórház
- 13.35 **LÉPÉSRŐL LÉPÉSRE A HASI FÁJDALOM DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN, VAGYIS MIT LÉPTÜNK MEG EGY LÉPINFARKTUS TALAJÁN KIALAKULT ABSCEDATIO DIAGNÓZISÁNAK FELÁLLÍTÁSA ÉRDEKÉBEN?**  
Tóth Balázs<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Zemanek P.<sup>2</sup>, Koncz R.<sup>2</sup>, Csüllög P.<sup>2</sup>, Deák A.<sup>3</sup>  
1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház Nyíregyházi Jósa András Tagkórház, I. Belgyógyászati Osztály; 2. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház Nyíregyházi Jósa András Tagkórház, Sebészeti Osztály; 3. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház Nyíregyházi Jósa András Tagkórház, Patológiai Osztály
- 13.40 **CHOLESTATICUS ICTERUS KÉT IGAZOLT OKKAL. ESETISMERTETÉS**  
Kis Imre Dániel<sup>1</sup>, Birtalan K.<sup>1</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Tarpay Á.<sup>3</sup>, Taller A.<sup>1</sup>  
1. Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály; 2. Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Patológia; 3. Országos Onkológiai Intézet, EUH - ERCP Labor
- 13.45 **HPV ASSZOCIÁLT INTRAEPITELIÁLIS NEOPLÁZIA TALAJÁN KIALAKULT NYELŐCSŐ KARCINÓMÁK-A HPV MINDENÜTT JELEN VAN**  
Szőnyi Mihály<sup>1</sup>  
1. Észak-közép budai Szent János Centrumkórház
- 13.50 **KAPOSI-SARCOMA RITKA MEGJELENÉSI FORMÁJA**  
Lőrinczy Katalin<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Pápai Z.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály; 2. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Onkológiai Osztály
- 13.55 **AZ AORTO-JEJUNALIS FISTULA - A DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKA NEHÉZSÉGEI**  
Pártos Gergely<sup>1</sup>, Dr. Tóth Á.<sup>1</sup>  
1. Dél-Budai Centrumkórház - Szent Imre Egyetemi Oktatókórház - Gasztroenterológia Profil; 2. Dél-Budai Centrumkórház - Szent Imre Egyetemi Oktatókórház - Radiológiai Osztály; 3. Semmelweis Egyetem - Városmajori Szív- és Érgyógyász
- 14.00 **GROOVE PANCREATITIS ÁLIRUHÁBAN, AVAGY A PANCREAS NEUROENDOCRIN DAGANATA?**  
Pink Tímea<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Pepa K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Szabó Á.<sup>2</sup>, Kardos K.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>3</sup>  
1. Békés Vármegyei Központi Kórház dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba, Gasztroenterológia Osztály; 2. Békés Vármegyei Központi Kórház dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba, Radiológia Osztály.; 3. Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Osztály, Szeged



2024. június 2. vasárnap

Ibiza terem

7:30 – 8:00

POSZTER 4/B SZEKCIÓ  
Pancreas

ÜléseInők: **Madácsy Tamara**, Szeged

**Orosz Péter**, Miskolc

7.30 **IMPORTANCE OF RAPID ON-SITE EVALUATION DURING ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE BIOPSY IN SOLID PANCREATIC LESIONS**

Tari Edina<sup>1,2</sup>, Sagát L.<sup>3</sup>, Várkonyi T.<sup>3</sup>, Fürst E.<sup>1,2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,4</sup>, Lázár B.<sup>1,2</sup>, Eröss B.<sup>1,2,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Pathology, Forensic and Insurance Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

7.35 **EXPLORING GENETIC SUSCEPTIBILITY: RIPPLY1-CLDN2-MORC4 AND TRPV6 IN NON-ALCOHOLIC CHRONIC PANCREATITIS**

Ocskay Klementina<sup>1</sup>, Mátrai P.<sup>2</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>3</sup>, Párniczky A.<sup>1,2</sup>, Juhász M.<sup>1</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs; 3. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, United States of America

7.40 **ASSESSING PHYSICAL HEALTH AND ACTIVITY BARRIERS IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS**

Riba Beatrix<sup>2</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute; 2. Semmelweis University

7.45 **PERSONALIZED NUTRITIONAL RISK ASSESSMENT OF DIGESTIVE TRACT CANCER - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Budai Bettina Csilla<sup>1,2</sup>, Martinekova P.<sup>1,3</sup>, Cai G.<sup>1</sup>, Dobszai D.<sup>1,4</sup>, Fekete L.<sup>1,2</sup>, Normann H.<sup>1</sup>, Németh J.<sup>1</sup>, Fazekas A.<sup>1,5</sup>, Szalai E.<sup>1,6</sup>, Szentesi A.<sup>1,4</sup>, Drug V.<sup>1,7</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4,8</sup>, Bunduc S.<sup>1,9,10</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. EDU A degree smarter, Kalkara, Republic of Malta; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 5. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Grigore T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Iași 700115, Romania; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary; 9. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 10. Digestive Diseases and Liver Transplantation Center, Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania

7.50 **GENOTÍPUS-FENOTÍPUS ÖSSZEFÜGGÉSEK VIZSGÁLATA ÖRÖKLETES HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSBAN**

Bokor Barbara Anna<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,5,6</sup>, Németh B.<sup>1,7</sup>

7.55 **THE EFFECTS OF CFTR MODULATOR THERAPY ON ENDOCRINE PANCREATIC FUNCTION IN PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS: PRELIMINARY RESULTS OF A META-ANALYSIS**

Kiss Szabolcs<sup>1</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Juhász M.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute

2024. június 2. vasárnap

libiza terem

8:00 – 9:00

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE3)

**Alsó tápcsatorna**

*Üléseelnökök:* **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár

**Miheller Pál**, Budapest

08.00 **IBD IN THE ELDERLY POPULATION: LONG-TERM DISEASE COURSE, SURGERY RATES AND BIOLOGICAL USE IN CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS – A POPULATION-BASED STUDY FROM HUNGARY BETWEEN 1977–2020**

Gönczi Lóránt<sup>1</sup>, Angyal D.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1</sup>, Lakatos L.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Padur T.<sup>4</sup>, David G.<sup>2</sup>, Erdelyi Z.<sup>2</sup>, Szita I.<sup>2</sup>, Ilias A.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1,5</sup>

1. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University; 2. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces Medical Centre; 4. Department of Gastroenterology, Grof Eszterhazy Hospital; 5. Division of Gastroenterology and Hepatology, McGill University Health Centre, Montreal

08.10 **QUALITY INDICATORS AND RESULTS OF COLONOSCOPY EXAMINATIONS IN INITIAL FIVE-YEAR PERIOD OF HUNGARIAN POPULATION-BASED COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM**

Bor Renáta<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Szeged, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Pathology, Szeged, Hungary

08.20 **FAECAL PAI-1 LEVEL IS A NEW TOOL FOR MONITORING DISEASE ACTIVITY AND THERAPEUTIC RESPONSE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES - RESULTS OF THE LDN-051 PROJECT**

Jóárt Boldizsár<sup>1,2,3,5</sup>, Resál T.<sup>2,6</sup>, Kata D.<sup>4</sup>, Molnár T.<sup>2,3</sup>, Bacsur P.<sup>2,6</sup>, Szabó V.<sup>2,3,5</sup>, Varga Á.<sup>2,3,5</sup>, Szántó K.<sup>2</sup>, Pallaqi P.<sup>1,2,3,5</sup>, Földesi I.<sup>4</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,5</sup>, Farkas K.<sup>2,6</sup>

1. Ladon Therapeutics Ltd., Szeged, Hungary; 2. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. ELKH-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 4. Institute of Laboratory Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. HCEMM-USz Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 6. HCEMM-USz Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary

- 08.30 **PATIENT SATISFACTION MEASUREMENT OF SCREENING COLONOSCOPIES IN THE HUNGARIAN POPULATION-BASED SCREENING PROGRAM - NATIONWIDE, CROSS-SECTIONAL SURVEY STUDY**  
Bor Renáta<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>  
 1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Szeged, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Pathology, Szeged, Hungary
- 08.40 **A GP-1111 INFLIXIMAB BIOSZIMILER HATÉKONYSÁGA ÉS BIZTONSÁGOSSÁGA ORIGINÁLIS KÉSZÍTMÉNYRŐL FINANCIÁLIS OKBÓL TÖRTÉNŐ VÁLTÁST KÖVETŐEN – PROSPEKTÍV KOHORSZ TANULMÁNY**  
Pápista Máté<sup>1</sup>, Dr. Resál T.<sup>1</sup>, Dr. Bacsur P.<sup>1</sup>, Dr. Farkas B.<sup>1</sup>, Dr. Ivány E.<sup>1</sup>, Dr. Bálint A.<sup>1</sup>, Dr. Fábián A.<sup>1</sup>, Dr. Bor R.<sup>1</sup>, Dr. Szepes Z.<sup>1</sup>, Dr. Farkas K.<sup>1</sup>, Prof. Dr. Molnár T.<sup>1</sup>  
 1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika
- 08.50 **IMPACT OF COLORECTAL SCREENING ON THE MANAGEMENT OF T1 COLORECTAL CANCERS**  
Fábián Anna<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>  
 1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged; 2. Department of Pathology, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged

2024. június 2. vasárnap  
 9:00 – 10:00

Ibiza terem

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE4)**  
**Hasnyálmirigy-epeúti betegségek**

**Üléseelnökök:** Horváth Miklós, Budapest

Werling Klára, Budapest

- 09.00 **TIME COURSE DEVELOPMENT OF DIABETES MELLITUS FOLLOWING ACUTE PANCREATITIS: INTERIM ANALYSIS OF THE GOULASH PLUS TRIAL**  
Lipp Mónika Bernadett<sup>1,2</sup>, Szentesi A.<sup>2,3</sup>, Tóth-Abonyi Z.<sup>2</sup>, Vass V.<sup>3</sup>, Márta K.<sup>1,2,3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Gajdán L.<sup>4</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,5</sup>, Mikó A.<sup>2,3,6</sup>, Hungarian Pancreatic Study Group..<sup>2</sup>  
 1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Szent György Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

- 09.10 **OTHER WAYS OF TRANSITION – PANCREATICOBILIARY ENDOSCOPY IN THE PEDIATRIC POPULATION - SINGLE, TERTIARY-CARE CENTER EXPERIENCE**  
Gellért Bálint<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>  
 1. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Division of Interventional Gastroenterology; 2. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University
- 09.20 **NEM HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁS EREDETŰ HIPERLIPAZÉMIA – EGY FEJTÖRÉST OKOZÓ KLINIKAI ENTITÁS**  
Fehér Krisztina Eszter<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Dávida L.<sup>1</sup>, Sipeki N.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>  
 1. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Klinika
- 09.30 **EUH + ERCP EGY ÜLÉSBEN: INDIKÁCIÓKRÓL ÉS ELŐNYÖKRŐL 48 ESET KAPCSÁN**  
Lőrinczi Csaba<sup>1</sup>, Nemesi K.<sup>1</sup>, Fried K.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>2</sup>  
 1. Dél-pesti Centrumkórház-Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház telephely, Infektológiai Osztály, Hepato-gasztroenterológiai részleg; 2. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Osztály, EUH-ERCP labor
- 09.40 **INVESTIGATION OF HUMAN FOETAL PANCREATIC DUCTS AND DUCTAL ORGANOIDS FOR THE APPLICATION AS MODEL SYSTEMS**  
Dágó Ágnes<sup>1</sup>, Mihalekné Fűr G.<sup>1</sup>, Orján E.<sup>1</sup>, Balla Z.<sup>1</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Kormányos E.<sup>1</sup>, Csendes A.<sup>1</sup>, Batka B.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>2</sup>, Pásztor N.<sup>3</sup>, Kaizer L.<sup>4</sup>, Venglovecz V.<sup>5</sup>, Maléth J.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>6,7</sup>, Kozinszky Z.<sup>8</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>, Rakonczay Z.<sup>1</sup>  
 1. Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary; 8. Department of Obstetrics and Gynecology, Blekinge Hospital, Karlskrona, Sweden
- 09.50 **IMPROVING SEVERITY PREDICTION IN ACUTE PANCREATITIS USING CT-DERIVED BODY COMPOSITION METRICS: A RETROSPECTIVE STUDY OF 100 PATIENTS**  
Borbély Ruben Zsolt<sup>1,2</sup>, Vass V.<sup>1,3</sup>, Márta K.<sup>1,3</sup>, Teutsch B.<sup>1,4</sup>, Erőss B.<sup>1,3</sup>, Hegyi J.<sup>1,3</sup>, Vincze Á.<sup>5</sup>, Szalai E.<sup>1,6</sup>, Szentesi A.<sup>7</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,7,8</sup>, Faluhelyi N.<sup>1,9</sup>  
 1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Medical Imaging, Bajcsy-Zsilinszky Hospital and Clinic, Budapest, Hungary; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Radiology, Medical Imaging Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 9. Department of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE5)  
Hasnyálmirigy-epeúti betegségek**

*Üléseelnökök:* **Vitális Zsuzsanna**, Debrecen    **Tarpay Ádám**, Budapest

**10.30 MORPHOLOGY OF THE PAPANICANU CAN PREDICT PROCEDURAL SAFETY AND EFFICACY OF ERCP - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Tari Edina<sup>1,2</sup>, Gagyi E.<sup>1,3</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5</sup>, Hagymási K.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5</sup>, Erőss B.<sup>1,2,5</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Selye János Doctoral College for Advanced Studies, Semmelweis University, Budapest; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Department of Surgery, Transplantation, and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**10.40 UNDERLYING CAUSES BEHIND BILIARY STRICTURES – HOW DO WE DIAGNOSE THEM?**

Gellért Bálint<sup>1</sup>, Keczer B.<sup>2</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Division of Interventional Gastroenterology; 2. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University

**10.50 EFFICACY AND SAFETY OF PERORAL CHOLANGIOSCOPY WITH INTRADUCTAL LITHOTRIPSY FOR DIFFICULT BILIARY STONES**

Czakó Bálint<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary

**11.00 NUTRITIONAL STATUS OF ACUTE PANCREATITIS PATIENTS**

Vámosy Klara<sup>1</sup>, Zahariev O.<sup>1,2</sup>, Budai B.<sup>1,2</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi J.<sup>1,2</sup>, Petlickij F.<sup>1</sup>, Tarján D.<sup>1,2</sup>, Fürst E.<sup>1,2</sup>, Bánfalvi Z.<sup>1</sup>, Barna B.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Tari E.<sup>1,2</sup>, Tóth L.<sup>1,2</sup>, Eperjesi O.<sup>1,2,5</sup>, Sahin P.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Cardiology, Toldy Ferenc Hospital, Cegléd, Hungary; 6. Hungarian Society of Clinical Nutrition, Budapest, Hungary

11.10 **AGE-SPECIFIC CHANGES IN GUT MICROBIAL DIVERSITY IN CYSTIC FIBROSIS: A META-ANALYSIS**

Bódy Blanka Rebeka<sup>1,2</sup>, Molnár R.<sup>1,2</sup>, Riba B.<sup>2,4</sup>, Tóth R.<sup>1</sup>, Kói T.<sup>1</sup>, Ocskay K.<sup>2</sup>, Párniczky A.<sup>2,3</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Semmelweis University, Budapest, Hungary

11.20 **EPEÚTI KÓROKOZÓK LOKÁLIS REZISZTENCIA PROFIL VIZSGÁLATA A TOLNA VÁRMEGYEI BALASSA JÁNOS KÓRHÁZBAN**

Halmos László Barna<sup>1</sup>, Kovalcsik Z.<sup>1</sup>, Baranyai G.<sup>1</sup>

1. Tolna Vármegyei Balassa János Kórház

2024. június 2. vasárnap

Ibiza terem

11:30 – 12:30

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE6)

Alsó tápcsatorna

Üléseelnökök: **Farkas Klaudia**, Szeged

**Iliás Ákos**, Budapest

11.30 **POSTCOLONOSCOPIÁS COLORECTALIS CARCINOMA AZ SZTE SZAKK BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA GASZTROENTEROLÓGIAI CENTRUMÁBAN – RETROSPEKTÍV KOHORSZ VIZSGÁLAT**

Bősze Zsófia<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

11.40 **ELŐZETES EURÓPAI EREDMÉNYEK A COLONAIQ FOLYADÉKBIOPSIÁS VIZSGÁLAT VASTAG- ÉS VÉGBÉLBÉLRÁK KORAI FELISMERÉSÉBEN TÖRTÉNŐ KLINIKAI ALKALMAZHATÓSÁGÁRÓL**

Kis Dávid<sup>1</sup>, Lukász P.<sup>2</sup>, Serdült A.<sup>1</sup>, Balla A.<sup>1,3</sup>, Hunyadi P.<sup>1</sup>, Bánky B.<sup>2,3</sup>, Szijártó A.<sup>2,3</sup>, Biró O.<sup>1,3</sup>

1. Clinomics Europe Kft.; 2. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Operatív orvostudományok tagozat

11.50 **A VASHIÁNYOS ANAEMIA ÉS A ROSSZABB BETEGSÉGMENETEL KÖZÖTTI KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA REMISSZIÓBAN LÉVŐ GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKNÉL**

Resál Tamás<sup>1</sup>, Lupas D.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika; 2. Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, Belgyógyászati Osztály

12.00 **DISEASE COURSE OF PEDIATRIC IBD PATIENTS WITH EXTRAINTESTINAL MANIFESTATIONS**

Tímár Ágnes Eszter<sup>1,2</sup>, Sipos Z.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>3</sup>, Müller K.<sup>1,2</sup>

1. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; 2. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ; 3. Pécsi Tudományegyetem, Transzlációs Medicina Központ



- 12.10 **AZ IBD-U KLINIKAI JELLEGZETESSÉGEI GYERMEKKORBAN**  
Kasznár Emese<sup>1</sup>, Imrei M.<sup>1</sup>, HUPIR C.<sup>2</sup>, Müller K.<sup>1</sup>  
1. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; 2. Magyar Gyermek-  
gasztroenterológiai Társaság Közhasznú Egyesület
- 12.20 **ADHERENCE TO THE HUNGARIAN POPULATION-BASED COLORECTAL  
SCREENING PROGRAM AND POTENTIAL INFLUENCING DEMOGRAPHIC  
FACTORS**  
Fábián Anna<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Szűcs M.<sup>3</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas  
K.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>  
1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi  
Clinical Centre, University of Szeged; 2. Department of Pathology, Albert Szent-  
Györgyi Clinical Centre, University of Szeged; 3. Department of Medical Physics,  
Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged

---

2024. június 2. vasárnap  
13:00 – 13:30

ibiza terem

POSZTER 7 SZEKCIÓ

*Üléseknök:* **Pár Gabriella**, Pécs

**Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét

- 13.00 **THE IMPACT OF CFTR MODULATOR THERAPY ON LOWER AIRWAY  
MICROBIOTA IN PEOPLE WITH CYSTIC FIBROSIS: A SYSTEMATIC REVIEW  
AND META-ANALYSIS**  
Juhász Márk Félix<sup>1</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1,2</sup>  
1. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 2. Institute for  
Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary
- 13.05 **ANXIETY AND DEPRESSION ARE STRONGLY ASSOCIATED WITH  
PANCREATITIS**  
Fehér Tibor Dániel<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Zolcsák A.<sup>1,3</sup>, Papp R.<sup>1,4</sup>, Teutsch B.<sup>1,5,7</sup>, Engh  
M.<sup>1</sup>, Csaba R.<sup>1</sup>, Réthy L.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,7,8</sup>, Nagy R.<sup>1,6</sup>  
1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest,  
Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest,  
Hungary; 3. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University,  
Budapest, Hungary; 4. Centre of Science and Innovations, Semmelweis University,  
Budapest, Hungary; 5. Department of Radiology, Medical Imaging Centre,  
Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Heim Pál National Pediatric Institute,  
Budapest, Hungary; 7. Institute for Translational Medicine, Medical School, University  
of Pécs, Pécs, Hungary; 8. Translational Pancreatology Research Group,  
Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation,  
University of Szeged, Szeged, Hungary
- 13.10 **NEW THERAPEUTIC APPROACHES IN THE CARE OF PATIENTS WITH BILIARY  
TRACT CANCERS**  
Harisi Revekka<sup>2</sup>  
2. Department of Oncology, Centre Hospital of South-Pest-National Institute of  
Haematology and Infectology, Department of Clinical Studies, Faculty of Health  
Sciences, Semmelweis University, Bud

- 13.15 **DUAL ACID-PUMP BLOCKING AS NOVEL THERAPEUTIC APPROACH TO TREATMENT OF ACID-RELATED DISEASES: A HYPOTHESIS**  
Buzás György Miklós<sup>1</sup>  
1. Ferencváros Health Centre, Department of Gastroenterology, Budapest
- 1320 **CANNABINOIDS FOR CANCER-ASSOCIATED SYMPTOMS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**  
Creanga-Murariu Ioana<sup>1</sup>, Rezus I.<sup>1</sup>, Karami R.<sup>1</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Bunduc S.<sup>1</sup>, Tamba B.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>  
1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary
- 13.25 **AZ EQ-5D-5L EGÉSZSÉGGEL-ÖSSZEFÜGGŐ ÉLETMINŐSÉG KÉRDŐÍV „BOLT-ON” DIMENZIÓKKAL KIEGÉSZÍTÉSÉNEK VIZSGÁLATA A CÖLIÁKIÁBAN**  
Angyal Mercédesz<sup>1,2</sup>, Janssen M.<sup>3</sup>, Lakatos P.<sup>4,5</sup>, Brodzsky V.<sup>2</sup>, Rencz F.<sup>2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Rácz Károly Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola; 2. Budapesti Corvinus Egyetem, Egészségpolitika Tanszék; 3. Erasmus MC, Department of Psychiatry, Section Medical Psychology and Psychotherapy, Rotterdam, Hollandia; 4. McGill University Health Centre, Montreal General Hospital, Montreal, Kanada; 5. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika



2024. június 2. vasárnap

Marbella terem

8:00 – 9:00

## SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE10)

## Pancreas

Üléselnökök: Demeter Pál, Budapest

Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

8.00 **MORPHOLOGY OF THE PAPANILLA CAN PREDICT PROCEDURAL SAFETY AND EFFICACY OF ERCP – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**Tari Edina<sup>1,2</sup>, Gagyi E.<sup>1,3</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5</sup>, Hagymási K.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5</sup>, Erőss B.<sup>1,2,5</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Selye János Doctoral College for Advanced Studies, Semmelweis University, Budapest; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Department of Surgery, Transplantation, and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

8.10 **THE ROLE OF TRPV6 VARIANTS IN CHRONIC PANCREATITIS IN HUNGARY**Hegede Réka<sup>1</sup>, Pesei Z.<sup>2</sup>, Berke G.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>3</sup>, Erőss B.<sup>1,4,5</sup>, Farkas G.<sup>6</sup>, Szentesi A.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>7</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>1,4,5,9</sup>, Hegyi E.<sup>1</sup>

1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs Medical School; 2. Department of Medical Genetics, Albert Szent-Györgyi Health Centre; 3. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine – University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 6. Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School; 7. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 8. Department of Surgery, University of California Los Angeles; 9. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged

8.20 **RISK FACTORS FOR POST-ACUTE PANCREATITIS DIABETES MELLITUS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**Zahariev Julia Olga<sup>1,2,3</sup>, Bunduc S.<sup>1,4</sup>, Kovács A.<sup>1,5</sup>, Demeter D.<sup>1,6</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Budai B.<sup>1,2</sup>, Veres D.<sup>1,7</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>1,5</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Teutsch B.<sup>1,3</sup>, Juhász M.<sup>3,8</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,9</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 5. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Dietetic Services, Central Hospital of Northern Pest - Military Hospital, Budapest, Hungary; 7. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 9. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary

- 8.30 **HYPERCALCEMIA CAUSES MORE SEVERE ACUTE PANCREATITIS**  
Gieszinger Gábor<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Erőss B.<sup>4</sup>, Szentesi A.<sup>5</sup>, Vass V.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Abonyi-Tóth Z.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>  
1. Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary
- 8.40 **MINIMAL-INVASIVE METHODS SHOW MORE BENEFIT COMPARED TO OPIOIDS FOR PAIN MANAGEMENT IN UNRESECTABLE PANCREATIC CANCER – SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**  
Rezuş Ioana-Irina<sup>1,2,3,4</sup>, Creangă-Murariu I.<sup>1,2,3,5</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Ibude O.<sup>1,6</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Papp R.<sup>1,7,8</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Tamba B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,9,10,11</sup>, Teutsch B.<sup>1,10,12</sup>  
1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. “Grigore T. Popa” University of Medicine and Pharmacy Iaşi, Romania; 3. Advanced Research and Development Center for Experimental Medicine Iaşi, Romania; 4. “Sfântul Spiridon” Emergency County Hospital, Iaşi, Romania; 5. Regional Institute of Oncology, Iaşi, Romania; 6. Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Medical Faculty, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Department of Aviation and Space Medicine, Medical Faculty, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 9. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 10. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 11. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 12. Medical Imaging Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary
- 8.50 **IDENTIFYING PREDICTORS FOR THE EVOLUTION OF ACUTE PANCREATITIS INTO RECURRENT AND CHRONIC FORMS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.**  
Gagyi Endre Botond<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Tari E.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Banovcin P.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Intézet

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE11)  
**Vékonybél, IBD**

*Üléseelnökök:* **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár

**Miheller Pál**, Budapest

- 9.00 **ÚJONNAN DIAGNOSZTIZÁLT CÖLIÁKIÁS BETEGEK TESTÖSSZETÉTEL PARAMÉTEREINEK VIZSGÁLATA PROSPEKTÍV, MULTICENTRIKUS, ESET-KONTROLL VIZSGÁLAT (ARCTIC STUDY) ELŐZETES EREDMÉNYEI**  
Lemes Klára<sup>1</sup>, Lénárt Z.<sup>1</sup>, Lada S.<sup>1</sup>, Peresztegi M.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Máth B.<sup>4</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Bajor J.<sup>5</sup>  
1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar; 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 4. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 5. Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék
- 9.10 **UPADACITINIBBEL SZERZETT TAPASZTALATAINK – ELŐZETES EREDMÉNYEINK**  
Golovics Petra<sup>1</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Zsigmond K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
1. Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház - Gasztroenterológiai Osztály
- 9.20 **A VÉKONYBÉL AKTIVITÁSÁNAK ÉRTÉKELÉSE CROHN-BETEGSÉGBEN: MR ENTEROGRÁFIA ÉS ENDOSZKÓPOS MARKEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA-ELŐZETES VIZSGÁLAT**  
Bálint Anita<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Novák T.<sup>2</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Kincses Z.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>  
1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum; 2. SZTE SZAKK Radiológia Klinika
- 9.30 **OUR EXPERIENCES WITH NEW MEDICATIONS FOR IBD REACHED BY INDIVIDUAL PERMISSION FROM THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND OF HUNGARY**  
Ivány Emese<sup>1</sup>, Zsilák-Urbán M.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>  
1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged
- 9.40 **ANAEMIA GYAKORISÁGÁNAK FELMÉRÉSE, OSZTÁLYOZÁSA, PREDIKTÍV TÉNYEZŐI ÉS A VASPÓTLÁS MÓDSZEREI GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN: RETROSPEKTÍV MULTICENTRIKUS KLINIKAI VIZSGÁLAT**  
Balogh Fruzsina<sup>1</sup>, Ecseki A.<sup>1</sup>, Angyal D.<sup>1</sup>, Sebeszta Z.<sup>2</sup>, Lontai L.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1,3</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>2</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. McGill University Health Center, Montreal General Hospital, Canada

- 9.50 **MÁJENZIMELTÉRÉSEK ELŐFORDULÁSA AZ AMBULANTER GONDOZOTT GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN**  
Halász Réka<sup>1</sup>, Kis T.<sup>1</sup>, Inczeffi O.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Pálvölgyi A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>  
1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum

2024. június 2. vasárnap  
10:30 – 11:30

Marbella terem

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE12)  
**Alapkutatás**

*Üléseelnökök:* **Rakonczay Zoltán**, Szeged      **Venglovecz Viktória**, Szeged

- 10.30 **EPITHELIAL AND STROMAL INTERCELLULAR COMMUNICATION IN EX VIVO CO-CULTURES**  
Kúthy-Sutus Enikő<sup>1</sup>, Kiss A.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1,2</sup>, Maléth J.<sup>1,2</sup>  
1. First Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 2. HCEMM-USZ, Molecular Gastroenterology Research Group
- 10.40 **EXAMINATION OF THE INVOLVEMENT OF DIFFERENT COLONIC SEGMENTS AND MUCUS LAYER IN THE PATHOPHYSIOLOGICAL PROCESS IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME**  
Inczeffi Orsolya<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Bagyánszki M.<sup>2</sup>, Bódi N.<sup>2</sup>, Róka R.<sup>1</sup>  
1. Department of Medicine, Centre for Gastroenterology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary
- 10.50 **THE EFFECTS OF AP39 AND ATB-346 ON THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL NECROTIZING ACUTE PANCREATITIS**  
Orján Erik Márk<sup>1</sup>, Mihalekné Fűr G.<sup>1</sup>, Dágó Á.<sup>1</sup>, Sándor B.<sup>1</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Rakonczay Jr Z.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>  
1. Department of Pathophysiology, University of Szeged
- 11.00 **HYPERHOMOCISZTEINAEMIA ÉS MTHFR GÉN MUTÁCIÓK GASZTROENTEROLÓGIAI BETEGSÉGEK BEN, A FOLSAV TERÁPIA KLINIKAI ÉS SEJTSZINTŰ HATÁSAI**  
Molnár Béla<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Farkas E.<sup>1</sup>, Bányai F.<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>2</sup>, Valcz G.<sup>3</sup>, Pipek O.<sup>2</sup>, Csabai I.<sup>4</sup>, Takács I.<sup>1</sup>  
1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest; 3. HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest; 4. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék, Budapest

11.10 **A LEGÚJABB SZEKVENÁLÁSI ELJÁRÁSOK DIAGNOSZTIKAI ALKALMAZÁSAI  
- BIOINFORMATIKAI MEGKÖZELÍTÉS**

Szakállas Nikolett<sup>1,4</sup>, Barták B.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>4</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Valcz G.<sup>3,4</sup>, Rada K.<sup>4</sup>, Linkner T.<sup>4</sup>, Takács I.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2,4</sup>

1. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 3. HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest; 4. Képelemző Részleg, 3DHISTECH Kft., Budapest

11.20 **Diszkusszió**

---

14:10

**A KONFERENCIA ZÁRÁSA**

Toscana terem

**A TÁRSASÁG TISZTELETBELI TAGJAI, AKIK HETÉNYI GÉZA EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSBN RÉSZESÜLTEK**  
**HONORARY MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"**

Dr. T.CSÁKY	(USA)		Dr. LARS LUNDELL	(S)	2003
Dr. F.VILARDELL	(E)		Dr. ALBERTO MONTORI	(I)	2003
Dr. D.MÜTING	(D)		Dr. JULIUS ŠPIČÁK	(CZ)	2003
Dr. L.DEMPLING	(D)		Dr. SZABO GYÖNGYI	(USA)	2004
Dr. H.MANSUROV	(SU)		Dr. ANDRES T. BLEI	(USA)	2004
Dr. A.UGOLEV	(SU)		Dr. CAROL STANCIU	(RO)	2004
Dr. M.SIURALA	(FL)		Dr. BARRY E. ARGENT	(UK)	2004
Dr. Z.KOJECZKY	(CS)		Dr. FABIO FARINATI	(I)	2005
Dr. L.LAMBLING	(F)		Dr. DAVID E. J. JONES	(UK)	2005
Dr. E.GÜLZOW	(D)		Dr. RAOUL POUPON	(F)	2005
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1985	Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS	(USA)	2005
Dr. HERBERT FALK	(D)	1985	Dr. GUIDO COSTAMAGNA	(I)	2006
Dr. SERGE BONFILS	(F)	1985	Dr. VARRO ANDREA	(USA)	2006
Dr. GÉZA CSOMÓS	(D)	1986	Dr. MICHAEL PETER MANN	(D)	2006
Dr. HERMON R.DOWLING	(GB)	1986	Dr. JEAN FIORAMONTI	(F)	2006
Dr. RÜDIGER NILIUS	(D)	1986	Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO	(USA)	2006
Dr. SÁNDOR SZABÓ	(USA)	1987	Dr. LÁSZLÓ G BOROS.	(USA)	2007
Dr. ROLF MADAUS	(D)	1987	Dr. CHRISTIAN ELL	(D)	2007
Dr. RODOPHO CHELI	(I)	1987	Dr. EVA BROWNSTONE	(A)	2007
Dr. F.G. RENGER	(D)	1987	Dr. NADIR ARBER	(IL)	2007
Dr. MEINHARD CLASSEN	(D)	1988	Dr. JAROSLAW REGULA	(PL)	2007
Dr. HERIBERT THALER	(A)	1988	Dr. MAKOTO OTSUKI	(J)	2008
Dr. ANATOLIJ LOGINOV	(SU)	1988	Dr. SIMON TRAVIS	(UK)	2008
Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI	(I)	1989	Dr. BERGER ZOLTÁN	(CH)	2009
Dr. GEORGE ÁCS	(USA)	1989	Dr. PETER BONIS	(USA)	2009
Dr. ERWIN KUNTZ	(D)	1989	Dr. PAUL FOCKENS	(NL)	2009
Dr. MARKETA JABLONSKA	(CS)	1990	Dr. TÓTH ERVIN	(S)	2009
Dr. N.J. LYGIDAKIS	(NL)	1990	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2010
Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE	(D)	1990	Dr. HERBERT LOCHS	(A)	2010
Dr. HARALD HENNING	(D)	1991	Dr. ÖRDÖG TAMÁS	(USA)	2010
Dr. JAMES C. THOMPSON	(USA)	1992	Dr. CHRISTOPH RINK	(D)	2010
Dr. PETER FERENCI	(A)	1992	Dra. ANGELS GINÈS	(ES)	2011
Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER	(D)	1993	Dr. HEINZ HAMMER	(A)	2011
Dr. WOLFGANG ARNOLD	(D)	1993	Dr. MICHAEL A. GRAY	(UK)	2011
Dr. GRAHAM J. DOCKRAY	(GB)	1993	Dr. URSULA SEIDLER	(D)	2012
Dr. HAROLD O. CONN	(USA)	1994	Dr. ANNA GUKOVSKAYA	(USA)	2013
Dr. K.D. RAINSFORD	(GB)	1994	Dr. MARK HULL	(UK)	2013
Dr. PENTTI SIPPONEN	(SF)	1995	Dr. ERWIN SANTO	(IL)	2013
Dr. G.N.J. TYTGAT	(NL)	1995	Dr. ARUN SANYAL	(USA)	2013
Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ	(E)	1996	Dr. RAINER SCHÖFL	(A)	2013
Dr. GUENTER J.KREJS	(A)	1996	Dr. FRANCESCO DI MARIO	(I)	2014
Dr. C.J. HAWKEY	(GB)	1997	Dr. PIERRE DEPREZ	(BE)	2014
Dr. J.F. RIEMANN	(D)	1997	Dr. GRAHAM R FOSTER	(UK)	2014
Dr. CLAUDIO TIRIBELLI	(I)	1997	Dr. MARKUS M. LERCH	(D)	2014
Dr. ANTON VAVREČKA	(SK)	1998	Dr. JOOST DRENTH	(NL)	2015
Dr. P. FUNCH-JENSEN	(DK)	1998	Dr. JONAS ROSENDAHL	(D)	2015
Dr. MASSIMO CRESPI	(I)	1998	Dr. SHOMRON BEN-HORIN	(IL)	2015
Dr. M.J.G. FARTHING	(GB)	1998	Dr. D. NAGESHWAR REDDY	(IND)	2016
Dr. EDGAR ACHKAR	(USA)	1999	Dr. SÁFRÁNY LÁSZLÓ	(D)	2017
Dr. PETER DÍTE	(CZ)	1999	Dr. TOMICA MILOSAVLJEVIC	(SRB)	2017
Dr. COLM O'MORAIN	(IRL)	1999	Dr. JULIA MAYERLE	(D)	2018
Dr. JOHN WALSCH	(USA)	1999	Dr. TAMARA MATYSIAK-BUDNIK	(F)	2018
Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2000	Dr. MARCEL TANTAU	(RO)	2018
Dr. JAN KOTRLÍK	(CZ)	2000	Dr. DAN LUCIAN DUMITRASCU	(RO)	2019
Dr. A.S. PENA	(NL)	2000	Dr. ABRAHAM ELIAKIM	(IL)	2019
Dr. LIONEL BUENO	(F)	2000	Dr. ANDREAS MÜNCH	(S)	2019
Dr. ROY POUNDER	(GB)	2001	Dr. MITSUHIRO KIDA	(J)	2020
Dr. ANDRZEJ NOWAK	(PL)	2001	Dr. IBRAHIM MOSTAFA	(ET)	2020
Dr. DIETER HÄUSSINGER	(D)	2001	Dr. NICHOLAS J. TALLEY	(AUS)	2020
Dr. K. D. BARDHAN	(UK)	2001	Dr. EDWARD JOHN DESPOTT	(UK)	2021
Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI	(USA)	2002	Dr. RAF BISSCHOPS	(B)	2022
Dr. EAMONN MM QUIGLEY	(IRL)	2002	Dr. HELMUT MESSMANN	(D)	2023
Dr. EUGENIUSZ BUTRUK	(PL)	2002	<b>Dr. CRISTIAN GHEORGHE</b>	<b>(RO)</b>	<b>2024</b>
Dr. WOLFRAM DOMSCHKE	(D)	2002			

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

*MEMBERS AWARDED WITH "GÉZA HETÉNYI MEMORIAL MEDALLION"*

Dr. MAGYAR IMRE	1960	Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	1993
Dr. VARRÓ VINCE	1961	Dr. BAJTAI ATTILA	1994
Dr. FORNET BÉLA	1962	Dr. KISS JÁNOS	1995
Dr. GÖMÖRI PÁL	1963	Dr. PAPP JÁNOS	1996
Dr. PETRI GÁBOR	1964	Dr. LONOVICS JÁNOS	1997
Dr. HÁMORI ARTHUR	1965	Dr. TULASSAY ZSOLT	1998
Dr. SÓS JÓZSEF	1966	Dr. PÁR ALAJOS	1999
Dr. JULESZ MIKLÓS	1968	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2000
Dr. KELEMEN ENDRE	1969	Dr. SZALAY FERENC	2001
Dr. JÁVOR TIBOR	1970	Dr. PAP ÁKOS	2002
Dr. IVANICS GYÖRGY	1971	Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2003
Dr. CSERNAY LÁSZLÓ	1972	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2004
Dr. RÁK KÁLMÁN	1973	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2005
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1974	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2006
Dr. SZARVAS FERENC	1975	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2007
1976-ban nem adtuk ki		Dr. BANAI JÁNOS	2008
Dr. WINTER MIKLÓS	1977	Dr. WITTMANN TIBOR	2009
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1978	Dr. OLÁH ATTILA	2010
Dr. PETRÁNYI GYULA	1979	Dr. VARGA GÁBOR	2011
Dr. HOLLÁN ZSUZSA	1980	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2012
Dr. ECKHARDT SÁNDOR	1981	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2013
Dr. PREISICH PÉTER	1982	Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ	2014
Dr. MÓZSIK GYULA	1983	Dr. HUNYADY BÉLA	2015
Dr. PAPP MIKLÓS	1984	Dr. MOLNÁR TAMÁS	2016
Dr. GÁTI TIBOR	1985	Dr. BENE LÁSZLÓ	2017
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1986	Dr. KOVÁCS ÁGOTA	2018
Dr. FEHÉR JÁNOS	1987	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2019
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1988	Dr. SOLT JENŐ	2020
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1989	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2021
Dr. LAPIS KÁROLY	1990	Dr. GYÖKERES TIBOR	2022
Dr. SIMON LÁSZLÓ	1991	Dr. TISZLAVICZ LÁSZLÓ	2023
Dr. BALOGH ISTVÁN	1992	<b>Dr. VINCZE ÁRON</b>	<b>2024</b>

**MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS KITÜNTETÉS**

*IMRE MAGYAR MEMORIAL LECTURE AWARD*

1990. Dr. LENGYEL GABRIELLA	2008. Dr. PAPP MÁRIA
1991. Dr. KEMPLER PÉTER	2008. Dr. PÁR GABRIELLA
1992. Dr. KORPONAY-SZABÓ ILMA	2009. Dr. VENGLÓVECZ VIKTÓRIA
1993. Dr. IZBÉKI FERENC	2010. Dr. HRITZ ISTVÁN
1994. Dr. HORVÁTH GÁBOR	2011. Dr. SIPOS FERENC
1995. Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2012. Dr. MALÉTH JÓZSEF
1996. Dr. HEGYI PÉTER	2013. Dr. SZMOLA RICHÁRD
1997. Dr. OSZTROGONÁCZ HENRIK	2014. Dr. FARKAS KLAUDIA
1998. Dr. CSEPREGI ANTAL	2015. Dr. GECSE KRISZTINA
1999. Dr. MOLNÁR BÉLA	2016. Dr. SZABÓ BÁLINT GERGELY
2000. Dr. NEMECZ ANDREA	2017. Dr. PALLAGI PETRA
2001. Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2018. Dr. PATAI ÁRPÁD V.
2002. Dr. GASZTONYI BEÁTA	2019. Dr. NÉMETH BALÁZS
2003. Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ	2020. Dr. BÁLINT ANITA
2004. Dr. JUHÁSZ MÁRK	2021. Dr. LOVÁSZ BARBARA
2005. Dr. MIHELLER PÁL	2022. Dr. MADÁCSY TAMARA
2006. Dr. SCHWAB RICHÁRD	2023. Dr. FÁBIÁN ANNA
2007. Dr. RAKONCZAY ZOLTÁN	<b>2024. Dr. SZABÓ VIKTÓRIA</b>

A TÁRSASÁG **"PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA"**  
EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSBN A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

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

Dr. VARRÓ VINCE	1982	Dr. DÁVID KÁROLY	2006
Dr. WITTMAN ISTVÁN	1982	Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN	2007
Dr. MAGYAR IMRE	1983	Dr. SCHAFF ZSUZSA	2007
Dr. RUBÁNYI PÁL	1984	Dr. LÍBOR JÁNOS	2007
Dr. PRÓNAY GÁBOR	1985	Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER	2008
Dr. JÁVOR TIBOR	1986	Dr. NAGY FERENC	2008
Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS	1987	Dr. BERÓ TAMÁS	2009
Dr. SZÉCSÉNY ANDOR	1987	Dr. GÓGL ÁRPÁD	2009
Dr. GÁTI TIBOR	1988	Dr. KUPCSULIK PÉTER	2009
Dr. MÓZSIK GYULA	1989	Dr. DALMI LAJOS	2009
Dr. KENDREY GÁBOR	1990	Dr. LAKATOS LÁSZLÓ	2010
Dr. FIGUS I. ALBERT	1991	Dr. TAKÁCS TAMÁS	2010
Dr. LAPIS KÁROLY	1992	Dr. ALTORJAY ISTVÁN	2011
Dr. BALÁZS MÁRTA	1993	Dr. SOLT JENŐ	2011
Dr. PAPP MIKLÓS	1993	Dr. OROSZ PÉTER	2012
Dr. PREISICH PÉTER	1994	Dr. TORNAI ISTVÁN	2012
Dr. DOMJÁN LAJOS	1995	Dr. HUNYADY BÉLA	2013
Dr. VARGA LÁSZLÓ	1995	Dr. PÁK GÁBOR	2013
Dr. KOVÁCS ÁGOTA	1996	Dr. MOLNÁR TAMÁS	2014
Dr. TOÓTH ÉVA	1996	Dr. TOPA LAJOS	2014
Dr. BAJTAI ATTILA	1997	Dr. GERVAIN JUDIT	2015
Dr. SZALAY FERENC	1997	Dr. HEGYI PÉTER	2015
Dr. BALOGH ISTVÁN	1998	Dr. BENE LÁSZLÓ	2016
Dr. FEHÉR JÁNOS	1998	Dr. VARGA GÁBOR	2016
Dr. IHÁSZ MIHÁLY	1999	Dr. SZÉKELY GYÖRGY	2017
Dr. SZEKENI ÁGNES	1999	Dr. GARAMSZEGI MÁRIA	2018
Dr. BODÁNSZKY HEDVIG	2000	Dr. HARSÁNYI LÁSZLÓ	2018
Dr. FLAUTNER LAJOS	2000	Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ	2019
Dr. PAPP JÁNOS	2001	Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ	2019
Dr. SIMON LÁSZLÓ	2001	Dr. GYÖKERES TIBOR	2020
Dr. TULASSAY ZSOLT	2002	Dr. IZBÉKI FERENC	2020
Dr. LONOVICS JÁNOS	2002	Dr. SZEPESS ATTILA	2020
Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR	2003	Dr. SZEPESS ZOLTÁN	2021
Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ	2003	Dr. VINCZE ÁRON	2021
Dr. KISS JÁNOS	2004	Dr. RÁCZ ISTVÁN	2022
Dr. PÁR ALAJOS	2004	Dr. NOVÁK JÁNOS	2022
Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ	2004	Dr. KRISTÓF TÜNDE	2023
Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ	2005	Dr. DEMETER PÁL	2023
Dr. WITTMANN TIBOR	2005	<b>Dr. MADÁCSY LÁSZLÓ</b>	<b>2024</b>
Dr. TÁRNOK FERENC	2006	<b>Dr. PALATKA KÁROLY</b>	<b>2024</b>
Dr. VÁRKONYI TIBOR	2006		

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. SÁFÁR ISTVÁN	(SK)	2001
Dr. DAVID A. DREILING	(USA)	1988	Dr. GEORGE WEBER	(USA)	2001
Dr. HENRY T. HOWAT	(UK)	1988	Dr. HERBERT FALK	(D)	2001
Dr. RUDOLF AMMAN	(CH)	1988	Dr. LÁSZLÓ SÁFRÁNY	(D)	2008
Dr. HENRY SARLES	(F)	1988	Dr. J.F. RIEMANN	(D)	2008
Dr. MANFRED V. SINGER	(D)	1988	Dr. PETER MALFERTHEINER	(D)	2016
Dr. GABRIELE S. NAGY	(AUS)	1988	Dr. BAFFY GYÖRGY	(USA)	2017



**HIRDETÉS**

**Izotóp**

**Heliprobe**

**HIRDETÉS**

**Lilly**

**OMVOH**

## Előadások és poszterek összefoglalói / Abstracts

### 1. AZ EQ-5D-5L EGÉSZSÉGGEL-ÖSSZEFÜGGŐ ÉLETMINŐSÉG KÉRDŐIV „BOLT-ON” DIMENZIÓKKAL KIEGÉSZÍTÉSÉNEK VIZSGÁLATA A CÖLIÁKIÁBAN

Angyal M.<sup>1,2</sup>, Janssen M.<sup>3</sup>, Lakatos P.<sup>4,5</sup>, Brodszky V.<sup>2</sup>, Rencz F.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Rácz Károly Klinikai Orvostudományok Doktori Iskola; 2. Budapesti Corvinus Egyetem, Egészségpolitika Tanszék; 3. Erasmus MC, Department of Psychiatry, Section Medical Psychology and Psychotherapy, Rotterdam, Hollandia; 4. McGill University Health Centre, Montreal General Hospital, Montreal, Kanada; 5. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

**Introduction:** Az EQ-5D-5L a magyar egészség-gazdaságtani irányelvek alapján az első választandó egészséggel-összefüggő életminőség mérésre alkalmazandó kérdőív. Emellett nemzetközi viszonylatban a leggyakrabban használt módszer a cöliákias betegek egészség-hasznosságának meghatározására költség-hatékonyági elemzésekhez. A kérdőív az egészség öt dimenzióját vizsgálja: mozgékonyosság, önellátás, szokásos tevékenységek, fájdalom/rossz közérzet és szorongás/depresszió. Azonban az EQ-5D-5L alkalmassága a betegség-specifikus tünetek mérésére (például a hasmenés, székrekedés, egyéb gyomor- és bélrendszeri problémák) bizonytalan, ezáltal a kérdőív felülbecsülheti a cöliákias betegpopuláció életminőségét.

**Aims:** Kutatásunk célkitűzése az EQ-5D-5L kérdőív ún. „bolt-on” dimenziókkal történő kiegészítése és ezek hozzáadott értékének vizsgálata a mérési tulajdonságokban elért javulás számszerűsítésén keresztül.

**Methods:** 2020-2021 folyamán online keresztmetszeti kérdőíves felmérést végeztünk 312 felnőtt cöliákias beteg bevonásával Magyarországon. A betegeket az EQ-5D-5L és 5 kiegészítő „bolt-on” dimenzió kitöltésére kértük [mentális képességek (CO), étkezés (DI), gyomor-bélrendszeri problémák (GI), alvás (SL) és fáradtság (TI)]. Az öt bolt-on dimenzió közül kettőt (DI és GI) a jelen kutatáshoz fejlesztettünk, további hármat (CO, SL és TI) pedig már létező bolt-on dimenziók közül választottunk ki cöliákiasban való relevanciájuk miatt. Az EQ-5D-5L részeként a betegek kitöltötték az EQ vizuális analóg skálát (EQ VAS), emellett a jóllétet értékelő Satisfaction with Life Scale (SWLS), valamint a bélrendszeri tüneteket felmérő Gastrointestinal Symptoms Rating Scale (GSRS) kérdőíveket. Megvizsgáltuk az EQ-5D-5L, valamint a bolt-on kérdések esetében a padló- és plafonhatást és az informativitást (Shannon-féle indexek). A felhasznált bolt-on dimenziókhöz fejlesztett értékkészlet hiányában az ismert csoportok közötti validitást a betegek különböző klinikai jellemzői mentén képzett alcsoportokban (5-pontos egészségskála, GSRS tercilisek, tünetes vs. tünetmentes) az egyes dimenziók válaszlehetőségeihez rendelt számértékeket összeadva (level sum score) varianciaanalízissel vizsgáltuk. Ezen felül Spearman-féle korrelációt vizsgáltuk a bolt-on dimenziók divergens validitását az öt EQ-5D-5L dimenzióval, és a GI bolt-on konvergens validitását a GSRS összpontszámmal és doménekkel. A bolt-on dimenziók EQ VAS és SWLS pontszámokat magyarázó erejét többváltozós lineáris regresszióval elemeztük.

**Results:** Az EQ-5D-5L plafonhatása 39% volt, amelyet egy-egy bolt-on dimenzió (TI, SL, GI, DI, CO) hozzáadásával rendre 17%, 23%, 24%, 26%, valamint 37%-ra csökkent. A

CO kivételével minden bolt-on növelte a relatív informativitást (0,35-0,36) az EQ-5D-5L-hez képest (0,32). A GI bolt-on jelentősen javította a kérdőív ismert csoportok közötti validitását; a relatív hatékonyság 1,30 (95%CI, 1,14-1,49) és 1,84 (95%CI 1,56-2,23) között mozgott az egyes csoportokban. Legfeljebb közepesen erős korrelációt figyeltünk meg a bolt-onok és az EQ-5D-5L öt dimenziója között ( $r_s=0,02$  és  $0,51$ ). A GI bolt-on és a GSRS összpontszám között erős korrelációt találtunk ( $r_s=0,71$ ). A GI és CO 0,41-ről 0,44-re javította a magyarázó erőt (korrigált  $R^2$ ) az EQ VAS esetén, a DI, SL és GI pedig 0,19-től 0,21-re javította a magyarázó erőt (korrigált  $R^2$ ) az SWLS kérdőív esetében.

**Conclusion:** A bolt-on kérdések hozzáadása javítja az EQ-5D-5L mérési tulajdonságait cöliákiasban. A GI bolt-on különösen jó mérési tulajdonságokat mutatott. Az EQ-5D-5L kérdőív GI és TI bolt-onokkal kiegészítése pontosabb képet adhat a cöliákias betegpopuláció egészséggel-összefüggő életminőségéről, a DI és SL bolt-onok pedig inkább a betegcsoport szubjektív jóllétének mérésére lehetnek hasznosak. További vizsgálatok javasoltak a GI és DI bolt-on dimenziók teljesítményére vonatkozóan más betegpopulációkban (pl. irritábilis bél szindróma, gyulladósos bélbetegségek).

### 2. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF MESENCHYMAL STEM CELL TREATMENT IN FISTULIZING CROHN'S DISEASE – INTERNATIONAL, MULTICENTER, RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Bacsur P.<sup>1,2</sup>, Shaham D.<sup>3</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>4</sup>, Miheller P.<sup>5</sup>, Maharshak N.<sup>3</sup>, Zemel M.<sup>6</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ábrahám S.<sup>7</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary; 3. IBD Unit, Tel Aviv Medical Center, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel; 4. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary; 5. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Colorectal Unit, Surgical Division, Tel Aviv Medical Center, Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Israel; 7. Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Approximately 10-15% of patients with Crohn's Disease (CD) experience penetrating complications during disease course, which significantly burdens patients' lives and impacts the healthcare system. Efficacy and safety of adipose-derived mesenchymal stem cell (MSC) transplantation (darvastocel) in treating CD complicated by complex perianal fistulas are contradicting and real-world data are lacking.

**Aims:** Our study aimed to assess the effectiveness and safety of MSC therapy in managing perianal Crohn's disease.

**Methods:** This was a retrospective, multicenter cohort study enrolling CD patients with perianal fistulas. Baseline is defined as the day of MSC treatment while the follow-up is set at 6 to 12 months. Primary outcome was perianal clinical remission at w26 (defined by closure of all external openings), while secondary outcomes were clinical response

rate, perianal clinical activity (defined by Perianal Disease Activity Index [PDAI]), and adverse events. Demographic, clinical, and surgical data were recorded at baseline, w12, w26, and at w52. Predictors of treatment failure were analyzed by logistic regression models.

**Results:** Overall, data of 53 patients (male/female ratio was 0.57 and median age was 36 [IQR 31-45]) were analyzed with a median follow-up duration of 51 [IQR 47-53] weeks. Perianal clinical remission was achieved in 47.2% until w26 and 52.4% until w52, while baseline PDAI (OR 0.77) score was associated with treatment failure. Characteristics of perianal fistulas were not linked to primary outcome. Clinical response rates were 73.6% at w26 and 84.9% (intention-to-treat) and 81.0% (per protocol). PDAI scores were decreased to w52 (5.2 [ $\pm$ 3.1] to 3.2 [ $\pm$ 2.8],  $p < 0.001$ ). Worsening of perianal symptoms were not recorded, while improvement was reported in 78.8%, 81.1%, and 85.7% of cases at w12, w26, and w52. Total adverse events occurred in 11.3%, which were needed surgical reintervention. Furthermore, stenosis, anal incontinence and severe infection were not registered.

**Conclusion:** Efficacy data are consisted with the registration ADMIRE study, more than 80% of patients benefit from the treatment, however the appearance of spontaneous closure is high in the literature. The safety profile is reassuring, and patients' satisfaction is high.

### 3. INVESTIGATION OF GLUTEN IMMUNOGENIC PEPTIDE IN CELIAC DISEASE

Bajor J.<sup>1</sup>, Peresztegi M.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Máth B.<sup>6</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Lemes K.<sup>5</sup>, Lénárt Z.<sup>5</sup>, Lada S.<sup>5</sup>, Fülöp P.<sup>1</sup>, Füstös D.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Szirmay B.<sup>7</sup>

1. 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. Medical School, University of Pécs; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University; 5. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 6. Faculty of Medicine, Semmelweis University; 7. Department of Laboratory Medicine, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** The only accepted treatment for celiac disease is strict adherence to a gluten-free diet. Currently, dietary interview and testing for celiac-specific antibodies are used to monitor adherence. The detection of gluten immunogenic peptide (GIP) in urine is a new, non-invasive, objective method recommended by international guidelines but not yet widely adopted in Hungary. This method is suitable for short-term (within 72 hours) assessment of dietary adherence.

**Aims:** In the framework of our prospective, multicenter study (ARCTIC study), our aim was to determine the dietary adherence of celiac patients who have been on a gluten-free diet for at least 1 year using multiple methods and to compare the new method (GIP) with standard methods.

**Methods:** Dietary adherence was determined using the following three methods: 1) expert dietary adherence assessment (CDAT), 2) testing for celiac-specific antibodies (tTG IgA), and 3) determination of urine GIP using the iVYCHECK GIP Urin (Biomedal) method. Diagnostic accuracy, sensitivity, and specificity were determined. Adequate dietary adherence was considered as follows: excellent or good rating in CDAT, and negative result in tTG IgA and urine GIP.

**Results:** We assessed the dietary adherence of 63 celiac patients. Adequate dietary adherence was confirmed in patients by tTG IgA testing in 87%, by expert dietary

assessment in 89%, and by urine GIP testing in 84% of cases. The results of the three different methods did not match in 13 out of 63 patients. The diagnostic accuracy of GIP compared to tTG IgA was 0.84 (95% CI: 0.7274-0.9212) and compared to CDAT was 0.79 (95% CI: 0.673-0.8853). In comparison to tTG IgA, the sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the GIP test were 0.89, 0.50, 0.92, and 0.40, respectively. In comparison to CDAT, the sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of the GIP test were 0.85, 0.28, 0.90, and 0.20, respectively.

**Conclusion:** Urine GIP assessment is a new, quick, and easy-to-perform tool for monitoring adherence to a gluten-free diet, with high sensitivity but low specificity. Its disadvantage is that it provides information on short-term adherence, thus complementing the previously used standard methods in assessing adherence to a gluten-free diet. The widespread adoption of the test is hindered by the fact that it is not currently financed by the National Health Fund.

Funding: National Research, Development and Innovation Office (grant FK142942); UNKP-23-3-II-PTE-1855; PTE-KITEP-2023-311.

### 4. HEPATIC STEATOSIS IN CELIAC DISEASE. RESULTS OF A PROSPECTIVE, MULTICENTER, CASE-CONTROL STUDY (ARCTIC STUDY)

Bajor J.<sup>1</sup>, Peresztegi M.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Hagymási K.<sup>4</sup>, Faluhelyi N.<sup>7</sup>, Szekeres G.<sup>7</sup>, Pásztor G.<sup>8</sup>, Szirmay B.<sup>6</sup>, Sipos Z.<sup>3</sup>, Lemes K.<sup>5</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Lénárt Z.<sup>5</sup>, Pár G.<sup>1</sup>

1. 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs; 2. Medical School, University of Pécs; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University; 5. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 6. Department of Laboratory Medicine, Medical School, University of Pécs; 7. Department of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs; 8. Department of Radiology, University of Szeged

**Introduction:** According to literature data, the occurrence of hepatic steatosis is more common in patients with celiac disease than in the general population. The reasons behind this include malabsorption, proinflammatory processes, as well as weight gain and unfavorable metabolic changes during the diet.

**Aims:** In our prospective multicenter, case-control study (ARCTIC study), we examined the occurrence of hepatic steatosis determined by ultrasound (US), body composition parameters, and blood lipid levels in patients with celiac disease who had been on a gluten-free diet for at least 1 year. We investigated the proportion of celiac patients with and without steatosis, and compared the data of celiac patients with and without steatosis.

**Methods:** Patients from three university centers with celiac disease participated in the study. Body composition analysis was performed using an Inbody 770 device, measuring parameters such as BMI, waist-hip ratio, Inbody score, Skeletal muscle mass (SMM), Percent body fat (PBF), and Visceral fat area (VFA). Blood lipids including total cholesterol, LDL, and triglyceride levels were measured. Hepatic steatosis was assessed by US using the Hamaguchi score and the NAFLD-LFS score. If either score was positive, the patient was classified into the steatosis group. Fischer's exact test was used for categorical variables, and Welch Two Sample t-test was used to assess continuous variables. A  $p$ -value less than 0.05 was considered statistically significant.

**Results:** 97 patients with celiac disease and 47 control individuals were included. Hepatic steatosis was described in 13.8% of control subjects and 35% of celiac patients ( $p=0.012$ ). In celiac patients, steatosis developed in 31% with normal BMI. The occurrence of hepatic steatosis in celiac patients showed a significant association with BMI ( $p<0.001$ ), waist circumference ( $p<0.001$ ), hip circumference ( $p<0.001$ ), percent body fat ( $p=0.037$ ), visceral fat area ( $p=0.006$ ), and triglyceride levels ( $p=0.006$ ). However, there was no significant difference in waist/hip ratio ( $p=0.56$ ), Skeletal Muscle Mass ( $p=0.164$ ), Inbody score ( $p=0.31$ ), LDL ( $p=0.80$ ), and total cholesterol level ( $p=0.73$ ). The adherence to a gluten-free diet did not influence hepatic steatosis ( $p=0.60$ ). Among celiac disease patients with hepatic steatosis, 83% met the Metabolic Dysfunction–Associated Liver Disease (MASLD) criteria.

**Conclusion:** The occurrence of hepatic steatosis is substantial in celiac patients on a gluten-free diet, even in those with normal BMI. Increased attention should be paid to its examination and monitoring during care, weight control, dietary and lifestyle counseling, as well as timely recognition and prevention of cardiovascular and metabolic diseases. Funding: National Research, Development and Innovation Office (grant FK142942), ÚNKP-23-3-II-PTE-1855, PTE-KITEP-2023-311.

## 5. A VÉKONYBÉL AKTIVITÁSÁNAK ÉRTÉKELÉSE CROHN-BETEGSÉGBEN: MR ENTEROGRÁFIA ÉS ENDOSZKÓPOS MARKEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA-ELŐZETES VIZSGÁLAT

Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Novák T.<sup>2</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Kincses Z.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum; 2. SZTE SZAKK Radiológia Klinika

**Bevezetés:** Bár az endoszkópia továbbra is az IBD-aktivitás értékelésének referenciastandardja, az MR vizsgálatnak vitathatatlanul számos előnye van, mivel biztonságos, nem invazív, jól tolerálható, nincs sugárterhelése, akár a hosszú szegmens szűkületek, extraintesztinális manifesztációk és hasi tályogok is egyszerre kimutathatók.

**Célok:** Retrospektív vizsgálatunk célja az volt, hogy elemezzük az MR enterográfiát (MRE) és a klinikai markerek közötti összefüggéseket, valamint a kezelésváltás előrejelzőit olyan betegeknek, akik ugyanabban az időszakban kolonoszkópián és MRE-n is átesetek.

**Módszerek:** A vékonybél Crohn-betegeket meghatározott beválasztási és kizárási kritériumok szerint vontuk be ebbe a vizsgálatba. Klinikai paramétereket, szérumbelmarker és széklet kalprotektin értékeket rögzítettük az adatbázisunkba. Ezen kívül endoszkópos és klinikai aktivitási indexeket, MR enterográfiás gyulladási markereket (MR-iM: transzmurális kontrasztfokozás, nyálkahártya kontrasztfokozás diffúzióin gátlás, bélfal megvastagodás) gyűjtöttünk. Statisztikai elemzést végeztünk

**Eredmények:** Összesen 51 olyan beteget vontunk be, akik 2021 szeptembere és 2023 februárja között MRE-n és ileokolonoszkópián estek át. SES-CD alapján az esetek 58,8% -ában gyulladást állapítottunk meg. Az MR-iM (diffúziógátlás, transzmurális és nyálkahártya kontraszthalmozás, bélfal megvastagodás) paraméterek az esetek 58,5%-ában, 38,5%-ában, 55,4%-ában és 84,6%-ában jelezték a CD aktivitást. Az érintett bélszegmens szűkületét 61,5% -ban írták le. A klinikai paraméterek között szignifikáns összefüggést találtak az MR transzmurális kontraszthalmozás és CDAI ( $p = 0,011$ ), valamint a hasi fájdalom ( $p = 0,001$ ) között. Ugyanezt statisztikailag nem

lehetett megerősíteni a SES-CD esetében. A széklet kalprotektin nem korrelált az MR-iM-mel. Nem volt összefüggés az MR-iM és a SES-CD között. A terápiát az esetek 70,8% -ában módosították, a műtéti beavatkozás aránya 18,5% volt a klinikai markerek, az MRE és az endoszkópia alapján. A statisztikai vizsgálatok azt mutatták, hogy a CRP önmagában független tényező a kezelés módosításában. A SES-CD nem korrelált a rezekciós aránnyal ( $p = 0,6$ ), azonban szignifikáns összefüggést mutatott a MRE diffúziógátlása és a rezekciós arány ( $p=0,003$ ).

**Konklúzió:** Bár az endoszkópia és a nyálkahártya aktivitásának meghatározása az ileocolonikus CD diagnózisának és nyomon követésének aranystandardja, az MRE a kezelés szempontjából is szignifikáns jelentőséggel bír, mivel további információkat nyújt a vékonybél-nyálkahártya aktivitásáról, és jól korrelál a klinikai aktivitással is.

## 6. A JÓ, A ROSSZ ÉS A CSÚF: VARIÁCIÓ PANCREAS NEUROENDOKRIN DAGANATOKRA

Báló A.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Rácz F.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>

1. SZSZBVK Jósa András Oktatókórház Nyíregyháza I. Belgyógyászati Osztály

**Bevezetés:** A pancreas gócos elváltozásainak tárgyalásakor nem hagyhatóak figyelmen kívül a pancreas neuroendokrin daganatai (pancreas neuroendocrine tumor – PNET). Ezen tumoros megbetegedések a leggyakrabban előforduló endokrin tumorok közé tartoznak. Incidenciájuk világszerte növekvő tendenciát mutat, melyhez hozzájárulnak a diagnosztikus modalitások fejlődése illetve a korai esetmegállapításokra tett erőfeszítések. Malignus potenciáljuk széles skálán változik, többségük mérsékelt malignus potenciált mutat. Kezeletlen esetekben a legtöbb PNET növekedik és májmetasztázisokat képez. Biológiai viselkedésük igen kiszámíthatatlan, nagyobb tumortömeg, magasabb tumor gradus, nyirokcsomó- ill. májmetasztázis általában a legtöbb esetben rossz prognózisra utal.

A neuroendokrin tumorokat a többi daganatos megbetegedés közül neuropeptid termelő képességük különbözteti meg. PNET-ek esetén a hasnyálmirigy által termelt hormonok (insulin, somatostatin, glucagon, stb.) és a hasnyálmirigyben fiziológiás körülmények között szignifikáns mennyiségben nem termelődő hormonok (pl. VIP, gastrin, stb.) képződnek. A legtöbb PNET által kiválasztott hormon biológiailag aktív vagy inaktív lehet. Klinikai szempontból funkcionális és nem funkcionális PNET-ről beszélhetünk. Előbbi csoport hormonális hiperszekréciós szindrómát idéz elő, mely során az adott hormon túlermeléséből fakadóan jelentkeznek releváns, klinikailag szignifikáns tünetek. Nem funkcionális PNET-ek esetében a nem specifikus tünetek dominálnak, gyakran csak bizonytalan hasi fájdalom az egyetlen kórjelző. A tumoros betegség progressziója során a PNET-ek által expresszált hormonok összetétele, azok mennyisége és biológiai aktivitása változhat. Gyakran előfordul, hogy egy korábban nem funkcionális csoportba tartozó daganat funkcionálissá, így tünetképzővé válik.

A PNET gyanúja esetén a szükséges biokémiai markerek vizsgálatát követően kiegészítő vizsgálatokra, endoszkópiák kivitelezésére, szövettani mintavételre van szükség. A hiperszekterált hormonok szintje a betegség kezelése során tumor markerként használhatóak, CT és MR vizsgálatok a máj-, nyirokcsomó- és peritoneális áttétek azonosításban nyújt segítséget. Nukleáris medicina (pl. Octreoscan, FDG-PET) diagnosztikus segítséget nyújthat az okkult tumorok detektálásában ill. daganatos teher megítélésében. Az elváltozásokból történő biopsziavétel kritikus a további

kezelés céljából, mivel nemcsak a tumor neuroendokrin eredetét tudja bizonyítani, hanem az immunhisztokémiai festés információt adhat a termelt hormonokról és a szigetsejtekhez köthető markekekről. Endoszkópos ultrahang vizsgálat (EUS) fontos modalitást jelent a hasnyálmirigyben látható elváltozások detektálásában és a belőlük történő mintavétel elvégzésében.

**Célok:** Prezentációnkban rövid áttekintést szeretnénk adni a pancreas neuroendokrin tumorairól illetve osztályunk beteganyagából szeretnénk bemutatni a vonatkozó eseteket. EUS vizsgálat segítségével mind tünetet okozó, funkcionális PNET, mind nem funkcionális PNET is azonosításra került.

**Eszközök és eredmények:** Első esetünkben egy 56 éves férfibeteg daganatos betegségek szempontjából terhelt történetét szeretnénk bemutatni. Melanoma malignum illetve hólyagtumor miatt bogyógyászati gondozás alatt állt. Hipoglikémiás rosszullét, tudatzavar miatt indult kivizsgálása, mely során insulinoma alapos gyanúja miatt EUS történt. EUS vizsgálat során látott kép és nyert kórszöveti lelet a gyanú megerősítette.

Második esetünkben egy 51 éves nőbeteget vizsgáltunk, akinek hasi fájdalom miatt indult kivizsgálása másik megyei kórházban. Képkalkító vizsgálatok során a pancreas farok régióban a máj bal lebenye mellett írtak le bizonytalan térfoglalást. EUS vizsgálat az előbbi lokalizációban, egy jól körülírt, tokkal rendelkező laesiot talált, szövettani mintavétel magasan differenciálódott, pancreasból kiinduló neuroendokrin daganatot igazolt.

Harmadik esetünkben egy 59 éves férfibeteg kivizsgálásába kapcsolódunk be, akinek területileg illetékes kórházban indult kivizsgálása tüdőembólia kapcsán felismert pancreas térfoglalás miatt. Rutin tumormarkerei eltérést nem mutattak, CT vezérelt biopszia során nyert minta malignitást nem igazolt. Elvégzett EUS során FNB mintavételre került sor, mely macrocystás serosus adenomát, falában endocrín neoplasmát (MINEN-t) igazolt.

## 7. ANAEMIA GYAKORISÁGÁNAK FELMÉRÉSE, OSZTÁLYOZÁSA, PREDIKTÍV TÉNYEZŐI ÉS A VASPÓTLÁS MÓDSZEREI GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN: RETROSPEKTÍV MULTICENTRIKUS KLINIKAI VIZSGÁLAT

Balogh F.<sup>1</sup>, Ecseki A.<sup>1</sup>, Angyal D.<sup>1</sup>, Sebeszta Z.<sup>2</sup>, Lontai L.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Lakatos P.<sup>1,3</sup>, Gönczi L.<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. McGill University Health Center, Montreal General Hospital, Canada

**Introduction:** A vérszegénység a gyulladással járó bélbetegségek (IBD) egyik leggyakoribb szövődménye, és a súlyos betegség lefolyás jelzője.

**Aims:** Jelen vizsgálat célja az anaemia gyakoriságának, etiológiájának, prediktív tényezőinek és kezelésének felmérése két tercier IBD centrum betegpopulációjában.

**Methods:** Retrospektív, keresztmetszeti vizsgálatunkban, egy adott naptári évben (2022.06.01-2023.05.31) az IBD ambulanciákon megjelent betegek körében mértük fel az anaemia gyakoriságát, figyelembe véve az adott évben előforduló legalacsonyabb hemoglobinnal. Demográfiai adatok, betegségaktivitás, gyógyszeres kezelés, valamint gyulladással járó markerek (CRP) és a vasháztartás laborparaméterei kerültek rögzítésre. A klinikai betegségaktivitást a Crohn-betegség aktivitási index (CAI) és pMayo score segítségével határoztuk meg. Az anaemia súlyosságát besorolásában és osztályozásában a WHO

állásfoglalásait vettük alapul. Az abszolút vashiányt <30µg/L szérumszintű ferritin érték esetén, a krónikus betegségekhez társuló anaemiát (ACD) >100µg/L ferritin érték és klinikai vagy biokémiai betegségaktivitás jelenléte esetén definiáltuk.

**Results:** Vizsgálatunkba közel 400 gyulladással járó bélbeteget vontunk be, az adatok teljes feldolgozása folyamatban van, előadásunkban már szeretnénk a teljes betegpopuláció eredményeit bemutatni. Az absztrakt beadásáig n=202 beteg adatai dolgoztuk fel [férfi/nő: 118/84, CD/UC: 142/60]. A Crohn betegek jelentős része (67/142) komplex betegségviselkedéssel, UC betegeink pedig extenzív vastagbél érintettséggel (20/60) rendelkeztek. A betegek 75%-a biológiai kezelés alatt állt. A betegpopuláció 28.7%-ánál (58/202) észleltünk anaemiát a vizsgált időszakban, melyek 60.3%-a enyhe, 32.8%-a közepes, és 6.9%-a súlyos fokú volt. A nem-macrocytaer anaemiákat (N=53) tovább vizsgálva, vasháztartásra vonatkozó adatok a betegek csupán 58.5%-ában (31/53) voltak elérhetőek. Ezek alapján, ebben a csoportban a betegek 64.5%-a szenvedett vashiányos anaemiában, 3.2% ACD-ben, illetve 9.7% manifeszt vashiánnyal társuló ACD-ben. Az anaemia prediktorai Crohnos betegek esetében a szteroid kezelés (p<0.001;OR:7.18), klinikai (p=0.010, OR:3.17) és laboratóriumi betegségaktivitás (p=0.001, OR:4.48) voltak. I.v. vaspótlás N=27 betegben, míg p.o. vaspótlás N=8 betegben történt.

**Conclusion:** Gyulladással járó bélbetegségek körében magas a vérszegénység előfordulása, mely az esetek döntő többségében vashiányos anaemia és szoros kapcsolatban áll a klinikai és laboratóriumi betegségaktivitással. Az anaemia felismerése, osztályozása (vasháztartás paramétereinek vizsgálata) és kezelése kiemelten fontos az IBD betegek körében, melyre vizsgálatunk is felhívja a figyelmet.

## 8. VAN-E SPECIÁLIS FELADAT A DIAGNOSZTIKUS ÉS INTERVENCIÓS EUS BEAVATKOZÁSOK SZORÁN?

Bányainé Bodonyi K.<sup>1</sup>, Gúrzó Z.<sup>1</sup>

1. BÉKÉSI VÁRMEGYEI KÖZPONTI KÓRHÁZ- PÁNDY KÁLMÁN TAGKÓRHÁZ, ENDOSZKÓPOS LABOR

**Introduction:** Az endoszkópos ultrahang az elmúlt években a gastrointestinális endoszkópos diagnosztikai és operatív technikák egyik legdinamikusabban fejlődő területe. Kiválóan alkalmas az emésztőrendszer jelentős részében a szövettani rétegek megfelelő képi megjelenítésére, és az üreges szervek közvetlen szomszédságába lévő képletek és más szervek részletes ábrázolására, mintavételére. Az EUS megjelenésével, a szakasszisztensi speciális feladatok is kibővültek.

**Methods:** A Békési Megyei Központi Kórház, Pándy Kálmán Tagkórház, Endoszkópos laborjában, 2016 (január)-2022(augusztus) év között összesen 204 betegnél történt Endoszkópos Ultrahang vizsgálat, mintavétellel, ezen betegek adatait dolgoztuk fel.

Előadásomban szakasszisztensi speciális feladatokat is szeretném kiemelni.

**Results:** Eredményeink alapján az endoszkópos ultrahangos mintavétel 74%-ban a citológiai eredmény egyértelmű volt (tanuló fázissal együtt). FNB-t főleg a kisebb SET-ek esetén (GIST-NET) alkalmaztunk. Az esetek 67%-ban igazolódott malignus, 33%-ban benignus folyamat.

**Conclusion:** Az EUS nagyon hatékony diagnosztikus módszer számos fehérfoltos számított daganatos betegség diagnosztikájában. Perdöntő jelentősége van az epe-máj és pancreas daganatok stagingjében, segítve a sebészeti beavatkozás milyenségének eldöntését. A betegek gyakran

megkésve érkeznek, így EUS során sok esetben a vizsgálat inoperábilis állapotot mutat.

Az EUS-FNA/FNB vizsgálatok speciális feladatokat, pontos odafigyelést igényelnek a szakasszisztensek részéről.

A jövőben várhatóan emelkedni fog az EUS diagnosztikus és terápiás beavatkozások száma, új eljárások jelenhetnek meg. A szakasszisztensi feladatok kibővülésével kell számolnunk.

## 9. GASZTROENTEROLÓGIAI ENDOSZKÓPOS „HANDS-ON” KÉPZÉS HUMÁN KADAVEREKEN

Barkai L.<sup>1</sup>, Illiás Á.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>2</sup>, Baksa G.<sup>3</sup>, Ruttkay T.<sup>3</sup>, Hritz I.<sup>4</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Pankréász Betegségek Intézete, Budapest; 3. Semmelweis Egyetem, Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézet, Budapest; 4. Semmelweis Egyetem, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A gasztroenterológiai endoszkópos képzés során Nyugat-Európában és Észak-Amerikában a szakorvosjelöltek és szakorvosok hosszú ideje endoszkópos szimulátorokon illetve mechanikus és állati eredetű modelleken gyakorolhatnak a humánon végzett „éles” beavatkozások előtt. Ennek okai nemcsak jogi és betegbiztonsági szempontokban, hanem az így hatékonyabbá váló oktatásban keresendők. Az elmúlt időszakban ennek mintájára országos skill-laborhálózat szerveződött hazánkban. Korábban több nemzetközi próbálkozás is történt humán kadavereken való endoszkópos képzés kialakítására. Bár a kadaver-modellek élethűbb tapasztalatot jelenthetnek, tartósításuk technikai okai, valamint a minőségük és reprodukálhatóságuk korlátozta eddig elterjedésüket.

**Célkitűzés:** A célunk olyan új generációs kadaver-modelleken történő gasztroenterológiai „hands-on” típusú képzés létrehozása, mely során a résztvevők a legélethűbb módon fejleszthetik alapvető és haladó endoszkópos képességeiket.

**Módszerek:** A kadavereket a korábbi modellekkel ellentétben a Semmelweis Egyetem anatómusai által a közelmúltban kifejlesztett új generációs „soft embalming” eljárással tartósítottuk. A konzerválási technika magas minőségű 3 különböző kadaver gasztroszkópiás és kolonoszkópiás vizsgálatával igazoltuk. Gasztroenterológus szakorvosjelöltek és szakorvosok számára egynapos, intenzív, az OFTEX továbbképzési portálon akkreditált kurzust hoztunk létre 2023. októberében. A résztvevők 2x3 óra felső és alsó gasztrointesztinális (GI), hands-on típusú, diagnosztikus endoszkópos oktatásban részesültek Fujifilm, Olympus, Pentax és Ambu típusú eszközökkel.

**Eredmények:** A kadaverek tartósítása során a GI traktus az élőhöz hasonló minőségben konzerválódott, különbséget a sigmabél tájékának szubjektíve fokozott rögzítettségében észleltünk. A konzerváláshoz használt vegyszerek az endoszkópot nem károsították. A kadaverek többször felhasználhatóak maradtak. A kurzuson résztvevő 7 fő endoszkópos képességeik nagymértékű javulásáról számolt be.

**Következtetés:** Az új generációs humán kadaver alapú endoszkópos modell hozzájárulhat a jövőbeni hatékony gasztroenterológiai endoszkópos képzéshez. További fejlesztések és az eddigi oktatási modellel való összehasonlító vizsgálatok szükségesek az ebből adódó lehetőségek kiaknázhatóságának megítélésére.

## 10. A HORIZONTÁLIS GÉNTRANSZFER VIZSGÁLATA VASTAGBÉLRÁKOS SEJTMODELL SEGÍTSÉGÉVEL

Barták B.<sup>1</sup>, Szakállás N.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>3</sup>, Felletár I.<sup>3</sup>, Molnár B.<sup>1,3</sup>, Buzás I.<sup>4,5</sup>, Takács I.<sup>1</sup>, Valcz G.<sup>3,5</sup>

1. Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest; 3. Képelemző Részleg, 3DHISTECH Kft, Budapest; 4. Genetikai, Sejt és Immunbiológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Budapest; 5. HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest

**Háttér:** A rákos megbetegedések kialakulása a darwini evolúció szabályait követi, így a tumor sejtei a külső zavaró hatásokra dinamikus, adaptív stratégiák kialakításával válaszolnak. A klinikai onkológia egyik legnagyobb kihívása a terápia intenzív szelekciós nyomásával szemben megjelenő rezisztencia, amely végül a daganat kiújulásához vezet. A rezisztencia tulajdonságok kialakulásának egyik forrása az adaptív mutációk megjelenése, amelyek vertikális transzferrel a szülősejtből az utódsejtekbe kerülnek, az ellenálló klón kinövését eredményezve. Számos új kísérlet bizonyítja azonban, hogy a tumor sejtek nem-vertikálisan öröklődő genetikai tulajdonságokra tehetnek szert horizontális géntranszfer (HGT) révén.

**Eredmények:** Munkánk során két eltérő mutációs háttérű vastagbélrák sejtvonalat (SW480 és HT-29) vizsgáltunk. *In vitro* elemzésünk kimutatta a sejtmentes genomiális (g)DNS jelentős mértékű vándorlását a donor SW480 és recipiens HT-29 sejt populációk között. Droplet digitális PCR módszerrel megállapítottuk, hogy a donor sejtvonalra jellemző KRAS mutáció a felülúszóval történő kezelést követően a KRAS-vad HT-29 sejtekben is megjelenik, és hosszú ideig kimutatható. Emellett NextSeq 550 High Output kittel történő teljes exom szekvenálást követően 214 olyan gént azonosítottunk, melyek mutációja a kezelést követően jelent meg az eredendően vad-típusú allélt hordozó recipiens sejtekben (pl. TP53, MUC3A, és CADM1). Az SW480 sejtekre jellemző mutációs spektrum nem volt kimutathatóak a recipiens HT-29 sejtekben, amikor azokat prosztata rák (PC3) sejtek felülúszójával kezeltük.

**Konklúzió:** Hipotézisünk szerint HGT útján terjedő mutációk jelentősen befolyásolhatják a befogadó sejtek kontextusfüggő fitness tulajdonságait, így terápiás érzékenységüket is. Kutatásunkat a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal támogatta (NKFI-143002).

## 11. GASTROINTESTINALIS TUBERCULOSIS, MINT A BIOLÓGIAI TERÁPIA LEHETSÉGES KÉSŐI SZÖVŐDMÉNYE

Birtalan K.<sup>1</sup>, Csikós D.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Taller A.<sup>1</sup>

1. Budapesti Uzsoki utcai Kórház, II-es Belgyógyászati Osztály

**Bevezetés:** A biológia terápia új korszakot hozott az immunmediált gyulladásoz betegségek, így a gyulladásoz bélbetegségek (IBD) kezelésében is. Mivel a kezelés – elsősorban a tumor nekrozis faktor-alfa (TNF $\alpha$ ) gátlás – során a látens fertőzések, így a TBC is reaktiválódhat, a terápia megkezdése előtt többek között Quantiferon tesztet is végezni kell. A jellemzően extrapulmonális TBC-t igazolni nem mindig könnyű, amint erre két betegünk története is utal.

**Első eset:** 38 éves Crohn-beteg (CD) nő két éven át infliximab-, majd négy évig adalimumab terápiaiban részesült, amikor hasi panaszok és lázas állapot jelentkezett. A CD fellángolását igazolni nem lehetett, az IBD remisszióban volt (felső panendoszkópia, ileokolonoszkópia, MR enteroszkópia). Az atípusos hasi fájdalom és láz egybe

okát sem találtuk (hemokultúra, széklet-, vizelettenyésztés, EBV, CMV, HIV, hepatotrop vírusserológia és mellkas-, has-, kismedence-CT). Diagnosztikus laparoscopia során a peritoneumon észlelt cukormázszerű felrakódásokból vett biopszia TBC-fertőzést igazolt.

**Második eset:** 43 éves férfi spondylitis ankylopoetica (SPA) miatt study keretei között 8 éven át etanercept-, majd 10 éven át adalimumab kezelés alatt állt, amikor hasi panaszok és lázas állapot miatt kolonoszkópiára küldték. Az endoszkópos és a szövettani eltérések alapján CD-t véleményeztek, szteroid lőkéskezelést kezdtek. Mivel állapota a kezelés megkezdését követően rohamosan romlani kezdett, osztályunkra utalták. A korábbi kolonoszkópia során nyert szövettani minta célzott TBC vizsgálatát kértük, és az pozitívnak bizonyult.

**Következtetés:** Anti-TNF $\alpha$  kezelés során jelentkező láz és atipikus panaszok esetén a korábbi negatív Quantiferon teszt ellenére is fel kell vetni pulmonális, de még inkább extrapulmonális TBC lehetőségét. Nem IBD miatt, de IBD-re is törzskönyvezett anti-TNF $\alpha$  kezelésen lévő betegnél, ha CD-re utaló endoszkópos eltérést látunk, akkor fel kell vetni bél-TBC lehetőségét, és erről a kérőlapon tájékoztatni kell a patológust; a szteroid lőkéskezeléssel pedig meg kell várni a TBC-ről is nyilatkozó szövettani leletet.

## 12. A "WILSON-ALGORTIMUS"

Birtalan K.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>2</sup>, Folhoffer A.<sup>2</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Taller A.<sup>1</sup>

1. Budapesti Uzsoki utcai Kórház, II-es Belgyógyászati Osztály; 2. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

**Bevezetés:** A Wilson kór diagnózisa a Lipcsei kritériumokon alapul. A Wilson kór diagnosztika egyik pillérét képező csökkent cöroloplazmin értéket hypoproteinaemiás állapotok is befolyásolhatják. A normális tartományban lévő cöroloplazmin érték nem zárja ki a Wilson kór diagnózisát. Megfelelő pontszámot elérve a diagnózis normál cöroloplazmin értékkel is felállítható. Ezen betegcsoport diagnózisa nehéz feladat. Akiénél felmerül a betegség gyanúja, a kritériumrendszer alapján - a szérumban cöroloplazmin értéken túl - további költségesebb vizsgálatok (vizelet réz, májbiopszia és máj réz tartalmának meghatározása, valamint genetikai vizsgálat) válhatnak szükségessé.

**Célkitűzés:** Olyan költséghatékony diagnosztikai módszer kialakítása, amely segíthet annak eldöntésében, hogy mely betegknél merüljön fel a Wilson kór lehetősége és hogy kik igényelnek célzott, ezáltal költségesebb vizsgálatokat. A legtöbb helyen elérhető szérumban cöroloplazmin érték hasznosíthatóságát elemeztük.

**Módszer:** A Semmelweis Egyetem és a Budapesti Uzsoki utcai Kórház 234 beteg adatait vizsgáltunk, ebből 100 igazoltan Wilson kóros és 134 igazoltan nem Wilson kóros. A betegek első megjelenés alkalmával mért adatokat (234 adat) és az évek alatt később mért paraméterek adatait elemeztük (további 321 adat). Az analízis során a vizsgálati életkort, a cöroloplazmint, az albumint, a testmagasságot, a testsúlyt és egyéb májbetegséget okozó etiológiákat vettünk számításba és ezeket egy algoritmusba építettük be. Az algoritmus eredménye megegyezhetett a klinikai diagnózissal, attól eltérhetett (álmegatív, illetve álpozitív), valamint határérték lehetőséget is figyelembe vettünk (ismétlést igénylő tartomány). A betegeket nem szelektáltuk, beválasztási kritériumokat nem állítottunk fel, csupán a klinikai diagnózist tekintettük viszonyítási alapnak.

**Eredmény:** A 234 beteg első vizsgálati értékek esetében 225 esetben (96,15 %) egyezett a klinikai diagnózis és az algoritmus eredménye, 6 esetben (2,56 %) határérték

eredmény született, 1 álpozitív (0,42 %) és 2 álmegatív (0,85 %). A 321 további analízis lehetőség alapján 307 esetben (95,63 %) egyezett a klinikai diagnózis és az algoritmus eredménye, 9 esetben (2,80 %) határérték eredmény született, 5 esetben (1,55 %) álmegatív. Összegezve az 555 (234+321) analízis lehetőség alapján, 532 (225+307) esetben (95,85 %) egyezett a klinikai diagnózis és az algoritmus eredménye. 15 (6+9) esetben (2,70 %) határérték eredmény született, 1 esetben (0,18 %) álpozitív és 7 esetben (1,26 %) álmegatív eredményt adott.

**Következtetés:** Az algoritmus alkalmas lehet a Wilson kóros és nem Wilson kóros betegek elkülönítésére, így költséghatékonyabbá teheti a betegek kivizsgálását.

## 13. AGE-SPECIFIC CHANGES IN GUT MICROBIAL DIVERSITY IN CYSTIC FIBROSIS: A META-ANALYSIS

Bódy B.<sup>1,2</sup>, Molnár R.<sup>1,2</sup>, Riba B.<sup>2,4</sup>, Tóth R.<sup>1</sup>, Kóci T.<sup>1</sup>, Ocskay K.<sup>2</sup>, Párniczky A.<sup>2,3</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** The disrupted gut microbiota in CF poses potential complications impacting various organ systems.

**Aims:** This study aims to quantitatively analyze age-specific differences in gut microbiota between cystic fibrosis patients (pwCF) and non-CF controls, gaining insight into CF gut flora composition and identifying potential targets for microbiota modulation.

**Methods:** We conducted a systematic review and meta-analysis of PubMed, EMBASE, CENTRAL, Web of Science, and Scopus up to November 13, 2023 (CRD42023482792). Included were case-control studies assessing gut microbial diversity (alpha and beta) or abundance in pwCF and controls without gut-affecting conditions or drugs. Standardized mean differences (SMD) were calculated using a random-effects model, with subgroup analysis for infants, children, and adults. We used the Joanna Briggs Institute risk of bias tool.

**Results:** Among 2552 studies, 11 met inclusion criteria (enrolling 1262 subjects). Meta-analysis revealed significant reductions in alpha diversity in pwCF for Shannon-index (SMD= -0.67; 95%CI -1.12 to -0.13; p=0.02), ChaO1 index (SMD= -1.32; 95%CI -1.44 to -1.2; p<0.001) and observed OTUs (SMD= -1.26; 95%CI -2.12 to -0.39; p=0.013). Subgroup analysis revealed age-specific changes: adults showed significant reductions in Shannon and ChaO1 indexes while observed OTUs remained unchanged. In children Shannon index was significantly reduced, however observed OTUs was not. Infants showed no significant change in Shannon index. Reduced diversity in pwCF was marked by decreased abundance of *Bacteroidetes*, *Ruminococcaceae*, *Roseburia*, *Bifidobacterium*, and increased *Enterococcus*, *Veillonella*, and *Enterobacter*. Risk of bias was generally high.

**Conclusion:** The observed reduction in CF gut microbiota diversity, marked by specific taxa alterations, points to potential therapeutic targets. Age-specific dynamics highlight the need for tailored interventions across diverse age groups within the CF population.



#### 14. GENOTÍPUS-FENOTÍPUS ÖSSZEFÜGGÉSEK VIZSGÁLATA ÖRÖKLETES HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSBAN

Bokor B.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,5,6</sup>, Németh B.<sup>1,7</sup>

1. SZTE-HCEMM Transzlációs Pankreatológiai Kutatócsoport, Szeged; 2. SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Orvosi Genetikai Intézet, Szeged; 3. PTE ÁOK Transzlációs Medicina Intézet, Pécs; 4. Semmelweis Egyetem, ÁOK, Transzlációs Medicina Központ, Budapest; 5. Semmelweis Egyetem, ÁOK, Pancreas Betegségek Intézete, Budapest; 6. SZTE Interdiszciplináris Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválósági Központ, Transzlációs Pankreatológiai Kutatócsoport, Szeged; 7. SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged

**Bevezetés:** A hasnyálmirigy-gyulladással összefüggésbe hozható genetikai faktorok közül a humán kationos tripszinogén (*PRSS1*) gén mutációi örökletes hasnyálmirigy-gyulladás kialakulását eredményezik. Míg a génben azonosított legtöbb mutáció a tripszinogén aktivitásának fokozódása vagy degradációjának gátlása útján vezet hasnyálmirigy-gyulladás kialakulásához (pl. p.R122H, p.N29I), a *PRSS1* a p.L104P variáns tripszinogén hibás feltekeredése („misfolding”) és a következményes endoplazmatikus retikulum stressz által vezet a betegség kialakulásához.

**Célküldetés:** Célunk a genotípus-fenotípus összefüggések vizsgálata *PRSS1* gén variánsok (p.R122C, p.L104P) által okozott örökletes hasnyálmirigy-gyulladással érintett családok esetén.

**Módszerek:** Genetikai analízist végeztünk a Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport (HPSG) betegregiszterének felhasználásával idiopátiás krónikus hasnyálmirigy-gyulladásban szenvedő betegekben, majd elvégeztük a családvizsgálatokat azon pácienseknél, akiknél kóroki *PRSS1* variánsokat azonosítottunk. A genetikai eredmények és a klinikai adatok alapján elvégeztük a genotípus-fenotípus összefüggések vizsgálatát.

**Eredmények:** Két család esetén azonosítottunk *PRSS1* mutációk által okozott örökletes hasnyálmirigy-gyulladást; egy család esetén a p.R122C variáns, míg egy másik család esetén a p.L104P variáns jelenléte igazolódott. A p.R122C variánssal érintett család esetén egy krónikus hasnyálmirigy-gyulladással diagnosztizált páciensnél és két tünetmentes hordozó esetén azonosítottuk a genetikai eltérést. A p.L104P variánssal érintett családban összesen 7 mutáció hordozót azonosítottunk, melyek közül három betegnél fejlődött ki krónikus hasnyálmirigy-gyulladás, míg 2-nek volt már akut pancreatitis. A nem hordozó családtagok esetén nem alakult ki krónikus hasnyálmirigy-gyulladás.

**Következtetések:** Bár mindkét általunk azonosított variáns eddigi ismereteink alapján örökletes krónikus hasnyálmirigy-gyulladást okoz, azonban más kóroki *PRSS1* variánsokhoz képest alacsonyabb penetranciát és a betegség késői manifesztálódását figyeltük meg.

#### 15. DIETETIKUS SZEREPE AZ IBD-S BETEGEK KEZELÉSÉBEN

Bolgár T.<sup>1</sup>

1. SZTE Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Dietetikai Szolgálat

**Bevezetés:** A gyulladással járó bélbetegségben szenvedő betegek gondozása során kiemelt figyelmet igényel a táplálásterápia, mivel ezen betegeknek a kóros tápláltsági állapot igen rövid időn belül kialakulhat. A betegséget

jellemző nyugalmi és fellángolási időszak alatt más étrend javasolt, ezért a dietetikus szerepe kiemelten fontos.

**Összefoglaló:** A legideálisabb, ha minden IBD-s páciens egyéni étrendi tanácsadásban részesülne. A legtöbb IBD Centrumban és így a Szegedi Tudományegyetem IBD Centrumában is, a dietetikus szerves részét képezi a beteget ellátó csapatnak. A betegség diagnosztizálásakor már javasolt egy részletes tápláltsági állapot felmérése minden páciens esetében és egy részletes testösszetétel mérés. A gyulladással járó betegek étrendjénél figyelembe kell venni az egyéni igényeket és a betegség kimenetelét is a tápláltsági állapot mellett. A dietetikus, személyes konzultáció alkalmával az alapos anamnézis felvétel és testösszetétel mérés után, meghatározza a páciens részére a kiegyensúlyozott, akár egyedi ízlésnek megfelelő étrendet, továbbá átbeszélésre kerülnek a megfelelő konyhatechnológiai eljárások. Fontos, hogy egyedi diétáról beszéljünk, amelyek minden esetben funkcionális előnyökkel kell járniuk (pl. tünetek enyhítése, testtömeg optimalizálása), többek között, a páciens életstílusához, és anyagi lehetőségeinek függvényében kell ezt megvalósítani. A dietetikusként az IBD-s betegek táplálásterápiájában az egyik legnagyobb kihívás az alutápláltság megelőzése, amely adódhat az elégtelen tápanyagbeviteltől, a fokozott tápanyagszükséglettől vagy sok esetben a tápanyagok elégtelen felszívódása miatt. Rendszeres szakorvosi vizsgálatok mellett elengedhetetlen a tápláltsági állapot folyamatos nyomonkövetése és szükség esetén a dietetikai kontroll vizsgálat az állapotrosszabbodás megelőzése céljából. Az időben elkezdett táplálásterápia a betegség kimenetelét nagymértékben befolyásolja. A táplálásterápia során speciális gyógyászati célra szánt tápszerekre is szükség lehet. Az áttekintés bemutatja az említett betegségekhez kapcsolódó diétás ajánlásokat.

**Esetismertetés:** 34 éves Crohn-betegséggel diagnosztizált nő beteg, aki megfelelő táplálásterápiával, már 1 éve tünetmentes.

**Konklúzió:** Az étrendi változások segítséget nyújthatnak az IBD talaján kialakult tünetek enyhítésében, az optimális testösszetétel megtartásában. A változásoknak kivitelezhetőnek és praktikusnak kell lenniük, továbbá figyelembe kell venni a páciens egyéni igényeit és körülményeit is. Az IBD centrumokban a dietetikus jelenléte elengedhetetlen.

#### 16. QUALITY INDICATORS AND RESULTS OF COLONOSCOPY EXAMINATIONS IN INITIAL FIVE-YEAR PERIOD OF HUNGARIAN POPULATION-BASED COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAM

Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Szeged, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Pathology, Szeged, Hungary

**Introduction:** The Hungarian population-based colorectal cancer (CRC) screening program (EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001) was launched in 2019 among asymptomatic individuals between the ages of 50 and 70 with average risk of CRC.

**Aims:** To retrospectively assess the quality indicators and results of screening colonoscopies performed during the initial five-year period of screening program (from 2019 to 2023).

**Methods:** Our non-interventional, observational cohort study retrospectively analyzed clinical records of screening

colonoscopies which were prospectively collected in the registry of National Public Health Institute. The quality indicators and results of examinations was determined based on cecal intubation rate, polyp, adenoma and cancer detection rates (PDR, ADR, and CDR), proportion of photo-documentation and sedation.

**Results:** Total of 27,021 colonoscopies were performed during the initial five-year period of CRC screening program. Cecal intubation rate was 92.54%, from which 66.77% of cases were confirmed by cecal image documentations. The causes of incomplete colonoscopies were inadequate bowel cleansing (n=172, 11.48%), anatomical reasons (n=369, 24.63%) and malignant colonic obstruction (n=178, 11.88%), and only in 191 cases (12.75%), the examination had discontinued due to patients' intolerance. Total of 17,981 patients (66.54%) of participants received some kind of sedation. The result of colonoscopy was non-negative in 80.83% of cases. At least one polyp was found (PDR) in 56.56% (n=15,282) of participants among which the largest polyp was located in rectosigmoid colon in 64.92% of cases and the polyp size was higher than 1 cm in 34.69% of cases. Morphological features of polyps could not be assessed due to inappropriate colonoscopy reports in registry. A total of 36,829 polyps were found, of which 30,494 were removed during the registered examinations, becoming polyp-free 82.15% of patients (polypectomy per colonoscopy 1,13). The ADR was 33.53%, where the most relevant lesion histological types were tubular, tubulovillous, villous and serrated in 67.46%, 22.83%, 3.60% and 2.92% respectively. CRC was found in 5.51% of participants from which the most cancers were located in the sigmoid colon (n=578, 38,82%) and rectum (n=458, 30,76%). The data of registry to description of polyp morphology, usage of advanced imaging assessment, polyp retrieval rate and the image documentation were often missing or inappropriate.

**Conclusion:** Cecal intubation, polyp and adenoma detection rates of screening colonoscopies of Hungarian CRC screening program are satisfactory according to guideline of European Society of Gastrointestinal Endoscopy, however, the description of polyp morphology, usage of advanced imaging assessment, polyp retrieval rate and the image documentation are inappropriate yet, therefore the evaluation was not possible. The aim for the future is to improve the quality of data input to the register.

#### 17. PATIENT SATISFACTION MEASUREMENT OF SCREENING COLONOSCOPIES IN THE HUNGARIAN POPULATION-BASED SCREENING PROGRAM - NATIONWIDE, CROSS-SECTIONAL SURVEY STUDY

Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Szeged, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Pathology, Szeged, Hungary

**Introduction:** In colorectal cancer (CRC) screening programs utilizing colonoscopy, patient satisfaction plays a pivotal role in persistent adherence, thus influencing the program's long-term efficacy.

**Aims:** Our study aimed to evaluate patient satisfaction following endoscopic procedures within the Hungarian population-based CRC screening program (EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001) on a national scale.

**Methods:** The survey evaluated data from the anonymous, standardized self-administered questionnaire devised and distributed by the Hungarian National Centre for Public

Health and Pharmacy between January 2020 and November 2023. The questionnaire predominantly comprised closed-ended questions. Patient satisfaction was assessed quantitatively by a 5-point scale. Categorical variables were reported as event rates and relative frequencies, and continuous variables as means with standard deviation. Fisher's exact test was used to analyze categorical data.

**Results:** A total of 4083 questionnaires were evaluated, with a slight male predominance (55.71%) and with 41.96% of patients under 61 years of age. Questionnaire completed by 19.76% of colonoscopy patients (0.46% in 2020, 33.69% in 2021, 27.70% in 2022 and 22.71% in 2023). Respondents were evenly split between county centers/large cities, small towns and villages, but Budapest was under-represented (31.55%, 32.92%, 32.32% and 2.94% respectively). There was considerable variation in the willingness of endoscopic units to cooperate, so that no data at all were available from 4 counties. Sedation was used in 60.40% of patients (analgesia 55.57%, general anesthesia 4.82%), but 493 patients did not answer this question. Patients rated the quality of the colonoscopy units, competence of endoscopy staff and the overall satisfaction with exam execution as 4.68±0.58, 4.89±0.42 and 4.47±0.77 respectively. They were equally satisfied with the communication of the doctor (4.87±0.41) and the staff (4.87±0.44). Only 1.67% of patients reported that they would prefer to be switched to another doctor in case of a future screening, and the question remained unanswered in 5.44% of cases. Lack of rest room was complained by 9.09% of patients, where it was available, it was rated 4.68±0.67 points, however 7.67% of patients didn't respond to this question. In 33.70% of the cases, colonoscopy was considered to be substantially unpleasant and painful, giving an overall score of 3.85±1.06. Procedure-related pain and discomfort were rated as significantly less severe in men (p <0.001) and in patients over 61 years of age (p=0.001), as well as in patients who received detailed information from the endoscopist immediately before the endoscopy (p<0.001) and who received sedation (p<0.001). The detailed information provided by the endoscopist (p<0.001), the sedation (p<0.001) and the mild pain experienced during the examination (p<0.001) had a positive influence on patients' overall satisfaction with the colonoscopy.

**Conclusion:** This is the first large-volume patient satisfaction survey among patients invited to CRC screening program in Hungary. Positive patient feedback indicates high quality of care. Overall satisfaction can be further improved by modulation of procedure-related pain, rate of sedation and quality of postprocedural rest, as well as the quality of information delivered by endoscopists prior to procedures.

#### 18. SHORT-TERM COMBINED IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC AND POPULATION-BASED SCREENING ON THE INCIDENCE AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF COLORECTAL CANCER – RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Bor R.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Szűcs M.<sup>3</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, Department of Internal Medicine, Szeged, Center for Gastroenterology, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, Department of Pathology, Szeged, Hungary; 3. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, Department of Medical Physics and Informatics, Szeged, Hungary

**Introduction:** In Hungary, the population-based colorectal carcinoma (CRC) screening programme was introduced at the end of 2018, shortly before the start of the COVID-19 pandemic.

**Aims:** The aim of our retrospective cohort study was to evaluate the impact of two presumably opposing causal factors, COVID-19 pandemic and population-based screening, on the incidence and clinical characteristics of CRC.

**Methods:** All patients with newly diagnosed CRC from 2014 to 2023 were included and categorized into pre-pandemic (confirmed between 2014-2019), pandemic (confirmed in 2020-2021) and post-pandemic (confirmed in 2022-2023) groups. The extended pre-pandemic period was required to assess the impact of the screening programme, further dividing it into screening-affected (2015, 2016, and 2019) and unaffected (2014, 2017, 2018) subgroups.

**Results:** A total of 2803 patients were diagnosed with CRC during the study period. The annual number of CRC cases was substantially lower in the pandemic subgroup compared to the pre-pandemic screened and unscreened subgroups, as well as the post-pandemic subgroup (254/year, 295/year, 274/year and 295/year, respectively). In addition, in the pandemic subgroup, the incidence rates were significantly lower for T1 tumors (7.09%, 10.51%, 9.50% and 12.20%) and CRCs detected at localized stage (36.61%, 50.85%, 46.35% and 49.49%). In the pandemic period, the annual number of colonoscopies decreased by 64.31% compared to the pre-pandemic period overall, however, the post-pandemic period (n=4574) saw a modest 8.70% increase relative to the pre-pandemic period, offering only partial compensation for the shortage experienced during the pandemic. Furthermore, the annual number of colonoscopies in the extended pre-pandemic subgroup with screening was significantly higher by 20.06% compared to the pre-pandemic subgroup without screening (4591 examinations/year vs 3824 examinations/year) and it was almost the same as the post-pandemic subgroup (4574 examinations/year). Significantly fewer examinations were required to detect a CRC in the pandemic group compared to the pre-pandemic overall and post-pandemic groups (10.67, 15.56, 13.97 and 15.50 examinations, respectively), but within the extended pre-pandemic group, there was no substantial difference between the two subgroups in the mean number of colonoscopies required to detect a CRC (15.56 vs. 13.97).

**Conclusion:** The negative impact of the covid-19 pandemic on CRC epidemiology was compensated by the newly introduced population-based CRC screening, which resulted in a moderate decrease in CRC incidence and a favorable change in the clinical features of CRC. Our study demonstrates both the effectiveness of the screening programme and that by introducing non-invasive pre-screening of patients (e.g. iFOBT) in a pandemic situation, it can reduce its negative public health impact.

## 19. IMPROVING SEVERITY PREDICTION IN ACUTE PANCREATITIS USING CT-DERIVED BODY COMPOSITION METRICS: A RETROSPECTIVE STUDY OF 100 PATIENTS

Borbély R.<sup>1,2</sup>, Vass V.<sup>1,3</sup>, Márta K.<sup>1,3</sup>, Teutsch B.<sup>1,4</sup>, Erőss B.<sup>1,3</sup>, Hegyi J.<sup>1,3</sup>, Vincze Á.<sup>5</sup>, Szalai E.<sup>1,6</sup>, Szentesi A.<sup>7</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,7,8</sup>, Faluhelyi N.<sup>1,9</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Medical Imaging, Bajcsy-Zsilinszky Hospital and Clinic, Budapest, Hungary; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Radiology, Medical

Imaging Center, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Division of Gastroenterology, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 9. Department of Medical Imaging, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** Predicting the severity of acute pancreatitis (AP) remains a significant challenge. Recent advancements in artificial intelligence and neural network computing now enable the use of CT scans for body composition analysis, in addition to their diagnostic role. Various CT metrics have been used for prognostics, often yielding conflicting results.

**Aims:** Our goal was to assess the predictive capability of the most essential CT body composition metrics in patients with acute pancreatitis (AP), with a focus on predicting severe AP.

**Methods:** We retrospectively examined 100 AP patients from the University of Pécs who were admitted to the department of gastroenterology and had undergone a CT scan within 24 hours of admission. Utilizing the TotalSegmentator extension of the 3D Slicer program, we quantified the visceral and subcutaneous adipose tissues (VAT, SAT) and the skeletal muscle areas (SMA) at the L3 level. These areas were divided by the square of the patient's height to calculate the following indices: VATI (visceral adipose tissue index), SATI (subcutaneous adipose tissue index), and SMI (skeletal muscle index). The average density of skeletal muscle was measured in Hounsfield Units (HU). We evaluated the prediction accuracy of these metrics for severe AP according to the Revised Atlanta Criteria, created receiver operating characteristic (ROC) curves, and calculated the area under the curve (AUC) separately for males and females. The clinical course of AP served as the reference. Statistical analysis was performed using IBM SPSS.

**Results:** Data from 66 males and 34 females were analyzed, with the severity distribution being 47% mild, 42% moderately severe, and 11% severe AP. The AUC values are presented in the table below.

CT metric	AUC in Females	AUC in Males
VAT	0.87	0.80
VATI	0.83	0.81
SAT	0.79	0.68
SATI	0.83	0.68
SMA	0.67	0.56
SMI	0.70	0.55
Density	0.73	0.71

**Conclusion:** We found that CT-derived body composition metrics possess good prognostic accuracy for identifying patients who later develop severe AP. The accuracy was higher in females, and the creation of indexes slightly enhanced the prediction accuracy compared to using area measurements alone.

## 20. POSTCOLONOSCOPIÁS COLORECTALIS CARCINOMA AZ SZTE SZAKK BELGYÓGYÁSZATI KLINIKA GASZTROENTEROLÓGIAI CENTRUMÁBAN – RETROSPEKTÍV KOHORSZ VIZSGÁLAT

Bősze Z.<sup>1</sup>, Fábián A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** A colonoscopia és polypectomia hosszútávon segít csökkenteni a colorectalis carcinomák (CRC) incidenciáját, azonban teljes védelmet nem ad a daganatok kialakulása ellen. Postcolonoscopy CRC-ről (PCCRC) akkor beszélünk, ha a daganat felismerésére egy malignitás szempontjából negatív eredményű index colonoscopyt követő rövidtávú utánkövetés alatt került sor. Nehézséget jelent azonban, hogy a World Endoscopy Organisation (WEO) definíciója sem ad egyértelmű választ az utánkövetési időtartamra vonatkozóan, a legelterjedtebb az 5 éves periódus vizsgálata.

**Célkitűzés és módszerek:** Célunk volt megvizsgálni a PCCRC arányát a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrumának beteganyagában, illetve meghatározni azokat a tényezőket, melyek az előfordulási gyakoriságát befolyásolni tudják. Ehhez retrospektíven vizsgáltuk 2010.01.01-2023.12.31 között azokat a betegeket, akiknél CRC-t diagnosztizáltak. A PCCRC arányának meghatározásánál 5-, 3- és 1 éves végpontokat használtunk. A tanulmányunkban prediktorként a minőségi colonoscopia indikátorait vizsgáltuk, illetve meghatároztuk a bevont betegek ellátásának jelenleg érvényben lévő ajánlásokhoz való adherenciáját.

**Eredmények:** A tanulmány ideje alatt 3900 CRC-t diagnosztizáltak intézményünkben, melyen belül 5 éves vágóponttal 3,82% (N=149), 3 évessel 3,08% (N=120), 1 évessel 1,13% (N=44) volt a PCCRC aránya. Etiológia szempontjából ezek az esetek 74,5%-ában (N=111) missed léziók, 9,4%-ában (N=14) inkomplett polypectomia talaján létrejött daganatok és 16,11%-ában (N=24) új léziók voltak. A lokalizáció tekintetében 40%-uk (N=60) a jobb, 33%-uk (N=49) a bal, 30%-uk (N=45) a rectumban helyezkedett el, és mindössze 5 duplex tumort észleltünk. A minőségi colonoscopia indikátorai közül az index colonoscopyk során coecum intubáció az esetek 79%-ában (N=117) történt, megfelelő béltisztaság 76%-ban (N=113) került dokumentálásra, mely az irányelvekben meghatározott célértékeket nem éri el. A távoli áttétet adó (IV. stádium) és nyirokcsomó érintettséget mutató (III. stádium) daganatok arányában nem volt számottevő különbség a CRC-k és az etiológia szempontjából missed lézióknak tekinthető PCCRC-k között (26,30% vs 22,52%, illetve 27,24% vs 23,42%). A jelenleg érvényben lévő irányelveknek megfelelő utánkövetési stratégiához való adherencia, figyelembe véve index colonoscopia eredményét, 60,40% volt (N=90), az elmaradásokért 19 esetben (32,20%) a beteg elégtelen compliance-e volt felelős.

**Konklúzió:** Intézményünkben a PCCRC előfordulási aránya korrelált a nemzetközi irodalomban lévő adatokkal. A PCCRC-k háromnegyede missed lézió, és minden harmadik vizsgálat elégtelen béltisztaság mellett történt és/vagy elmaradt a coecum intubációja, illetve nem megfelelő utánkövetési stratégiát választottak. Ez alapján a PCCRC incidenciája csökkenthető lenne a minőségi colonoscopia végzésével, illetve az irányelvekhez való adherenciával.

## 21. PERSONALIZED NUTRITIONAL RISK ASSESSMENT OF DIGESTIVE TRACT CANCER - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Budai B.<sup>1,2</sup>, Martinekova P.<sup>1,3</sup>, Cai G.<sup>1</sup>, Dobszai D.<sup>1,4</sup>, Fekete L.<sup>1,2</sup>, Normann H.<sup>1</sup>, Németh J.<sup>1</sup>, Fazekas A.<sup>1,5</sup>, Szalai E.<sup>1,6</sup>, Szentesi A.<sup>1,4</sup>, Drug V.<sup>1,7</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4,8</sup>, Bunduc S.<sup>1,9,10</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases,

Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. EDU A degree smarter, Kalkara, Republic of Malta; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 5. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Grigore T. Popa University of Medicine and Pharmacy, Iași 700115, Romania; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary; 9. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 10. Digestive Diseases and Liver Transplantation Center, Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania

**Introduction:** The prevalence of malnutrition in patients with cancer varies greatly with tumor type and stage. Its pathogenic mechanisms are incompletely elucidated.

**Aims:** We investigated the risk factors for malnutrition in gastrointestinal (GI) and hepato-biliopancreatic (HBP) cancer patients.

**Methods:** We performed a systematic search in PubMed, Embase, and Cochrane Library (28.02.2023). The study protocol was registered on PROSPERO (CRD42022369200). We included studies with the following PECO framework: Population: digestive system cancer patients, Exposure/Comparison: any reported potential risk factor, Outcome: risk or diagnosis of malnutrition. The random-effects model yielded the pooled odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CIs). The Quality in Prognostic Studies (QUIPS) tool was used for risk of bias assessment.

**Results:** 171739 patient data from 389 articles were included. Older age is linked to increased malnutrition risk in all digestive tract malignancies. Males have a lower risk of malnutrition in GI cancer (OR 0.65; 95% CI 0.45-0.95) and a higher risk of HBP cancers. Cachexia risk is increased in HBP cancer patients even with good performance status (ECOG 1 vs. 0 - OR 1.70; 95% CI 0.51-5.68). In pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC) (head vs. body/tail - OR 1.48; 95% CI 0.98-2.23) and colorectal cancer (colon vs. rectal - OR 1.25; 95% CI 1.07-1.44, right vs. left colon - OR 1.63, 95% CI 1.14 -2.33), the site of the tumor is linked to the risk of malnutrition. Symptom (OR 0.50; 95% CI 0.19-1.27) and biochemistry-based tools results (OR 1.33; 95% CI 0.59-3.00) tend to be discordant in patients with esophageal cancer after neoadjuvant treatment. At diagnosis of cancer, CRP and other inflammatory markers by themselves suggest a risk of malnutrition. The overall risk of bias was low.

**Conclusion:** In clinical practice, there are significant differences in risk assessment and malnutrition diagnosis. Inflammatory markers may be reliable for simplified malnutrition risk assessment. The assessment of nutritional status in patients with digestive system cancer should be personalized. The malnutrition screening test should be chosen with treatment exposure in consideration.

## 22. DUAL ACID-PUMP BLOCKING AS NOVEL THERAPEUTIC APPROACH TO TREATMENT OF ACID-RELATED DISEASES: A HYPOTHESIS

Buzás G.<sup>1</sup>

1. Ferencváros Health Centre, Department of Gastroenterology, Budapest

**Introduction:** Proton-pump inhibitors are highly efficient in the treatment of acid-related disease; however, their efficacy in treating reflux symptoms, healing esophageal erosions

and peptic ulcers and eradicating *Helicobacter pylori* is sometimes suboptimal.

**Hypothesis:** Potassium-competitive acid blockers have a different mechanism of action from that of proton-pump inhibitors, resulting in higher and longer-lasting increases in intragastric pH, which is neither non-inferior or superior to those of proton-pump inhibitors. The pharmacology, metabolism and mechanism of action of these drugs are different. A hypothesis is forwarded, supposing that their combined use might be of clinical benefit through increased intragastric pH. The hypothesis is supported by pharmacological, physiological and microbiological data. Pharmacologically, potassium-competitive acid blockers have a different site of action in parietal cells, which is regulated by different genes. Their metabolism is not dependent of cytochrome P450 system. The acid inhibitory effect is stronger and long lasting as compared to that of pump inhibitors, resulting in higher intragastric pH, thus avoiding the nocturnal acid breakthrough. The antimicrobial activity of antibiotics is dependent on intragastric pH, being more expressed at pH between 5 and 7. Therefore, the combined administration of proton-pump inhibitors and potassium-competitive acid blockers should be investigated in short-term therapy (4-8 weeks).

**Conclusion:** If the complementary or additive effect of proton-pump inhibitors and potassium-competitive acid blockers will be proven, a dual acid pump blocking can be of further benefit in managing gastroesophageal reflux disease, peptic ulcers and eradicating *Helicobacter pylori* infection, in cases refractory to current therapies. For safety reasons, long-term administration of this combination as maintenance treatment should be avoided.

### 23. CANNABINOIDS FOR CANCER-ASSOCIATED SYMPTOMS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Creanga-Murariu I.<sup>1</sup>, Rezus I.<sup>1</sup>, Karami R.<sup>1</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Bunduc S.<sup>1</sup>, Tamba B.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Pancreatic adenocarcinoma is the 6th leading cause of cancer-related death worldwide. Most patients are diagnosed with advanced disease, which is associated with distressing symptoms such as pain, fatigue, or anorexia. Cannabinoids are a new class of drugs for the palliation of cancer-associated symptoms; however, they lack clear indications. Our aim is to investigate the safety and efficacy of cannabinoids for symptom control in advanced cancer patients.

**Aims:** Our aim is to investigate the safety and efficacy of cannabinoids for symptom control in advanced cancer patients.

**Methods:** The study protocol was registered on PROSPERO (CRD42023479375), and a systematic search was conducted using three main databases (PubMed, Embase, and CENTRAL). Interventional and observational articles, where cancer patients were administered any type of cannabinoid for symptom control, including pain, constipation, and insomnia, were eligible for analysis. The change from baseline in symptom intensity was assessed, for which weighted means and pooled proportions were calculated with a 95% confidence interval (CI) and a random-effects model.

**Results:** After title-abstract and full-text selection, 96 articles were found to be eligible. Pain, constipation, and insomnia improvement were assessed using the Numerical Rating

Scale (0-absence of symptom, 10-worst symptom intensity). The preliminary results show that cannabinoids do not improve pain compared to placebo; the mean change from baseline was 0.17 (-0.53; 0.87 95% CI), nor constipation, mean change from baseline of 0.05 (-0.65; 0.75 95% CI). Cannabinoids modestly improve sleep quality, with a mean change from baseline of -0.14 (-0.85; 0.58 95% CI).

**Conclusion:** Cannabinoids could be beneficial for advanced pancreatic cancer patients. However, the effects may vary significantly depending on the type of cannabinoid, dosage, and form of administration. These preliminary results need to be followed by further analysis based on subgroups to suggest proper indication/contraindication of the drugs.

### 24. HOSSZÚTÁVÚ NSAID HASZNÁLAT RITKA SZÖVŐDMÉNYE; MANIFESZT VÉRZÉSSSEL JÁRÓ, KITERJEDT VASTAGBÉL MUCOSA DESTRUKCIÓ

Cserhádi L.<sup>1</sup>, Hegede G.<sup>1</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>

1. Budapesti Péterfy Sándor utcai kórház és RI, I.sz belgyógyászat, Gasztroenterológia

**Introduction:** A gyógyszerek által kiváltott gyomor-bélrendszeri nyálkahártya-sérülések különböző mechanizmusokból származhatnak, ideértve a közvetlen nyálkahártya-toxicitást, a nyálkahártya véráramlásának megváltozását, a nyálkahártya barrier funkciójának megzavarását és az immun-mediált reakciókat. A nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAID-ok), a kortikoszteroidok, a kemoterápiás szerek és a biszfoszfonátok jól ismert fenyegetői a gyomor-bélrendszer nyálkahártya különböző utakon keresztüli károsodásának. Számos kockázati tényező hajlamosítja az egyéneket a gyógyszer okozta gyomor-bélrendszeri nyálkahártya-sérülésekre, beleértve az anamnézisben szereplő peptikus fekélybetegséget, az előrehaladott életkort, a több gyógyszer egyidejű alkalmazását, a kontrollálatlanul (OTC) alkalmazott nagy gyógyszeradagokat és a mögöttes gyomor-bélrendszeri betegségek. Genetikai tényezők is befolyásolhatják az egyén érzékenységét a gyógyszer okozta nyálkahártya-károsodásra.

**Aims:** Esetismertetés: HE 53 é nőbeteg anamnézisében in toto eltávolított colon ascendens villosus adenoma, incipiens sigma diverticulosis, reflux oesophagitis, gastritis, ez utóbbi miatt PPI kezelés szerepel. Lassan gyógyuló végtagsérülése miatt hosszú ideig kapott LMWH-t, és 5 hónapon át alkalmazott NSAID-okat, egyidőben szedett eltérő nevű, de azonos hatásmechanizmusú OCT készítményeket. Panaszaik előtt néhány nappal antimycotikus szert, (terbinafin 250 mg) kapott. Kórházi felvételére fokozódó haematochesia, és anaemizálódás miatt került sor. Gastroscopia negatív (!) eredményt adott, colonoscopia a bal coloneumban kiterjedt térképszerű denudált sérülékeny területeket igazolt. Bioszia vételkor a területek marginális részein jelentős, csak haemoklipp felhelyezésére megszűnő vérzés jelentkezett. Szöveti eredmény felvetette a hypoxiás eredetet, de ezt a képalkotó vizsgálatok, egyéb tünet hiánya és a nem egyező anamnézis miatt elvetettük.

**Results:** A tünetek kiváltó okaként a hosszú ideig alkalmazott NSAID és a társuló kezeléseket jelöltük meg. NSAID elvonása, és metronidazole terápia mellett állapota rendeződött vérzése megszűnt, kontroll colonoscopián mucosa eltérés már nem igazolódott.

**Conclusion:** A mucosa medicatio hatásokra létrejövő sérülésének jellemző előfordulási területe a felső gasztrointesztinális rendszer, kisebb arányban a vékonybél, és caecum. A bal izolált coloneum érintettsége ritka előfordulási forma. Esetünkben a zaji PPI kezelés protectív hatású volt a felső gasztrointesztinális mucosának.

Esetünkkel szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy egyéb okkal nem magyarázható haematochesia esetében gondolni kell a NSAD készítmények használatának kóroki tényezőjére is.

## 25. EFFICACY AND SAFETY OF PERORAL CHOLANGIOSCOPY WITH INTRADUCTAL LITHOTRIPSY FOR DIFFICULT BILIARY STONES

Czakó B.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Single-operator cholangioscopy-assisted electrohydraulic lithotripsy (SOC-EHL) is an effective new modality in the treatment of difficult bile duct stones refractory to conventional endoscopic therapy.

**Aims:** The aim of the present analysis was to evaluate the clinical and economic impact of the use of SOC-EHL vs conventional endoscopic therapy for the treatment of difficult bile duct stones.

**Methods:** Patients with difficult bile duct stones diagnosed with endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in our institution were retrospectively enrolled and divided into SOC-EHL group (group I) (1 December, 2022 - 15 March 2024) and conventional endoscopic therapy group (group II) (1 January 2022 – 30 November 2022). Patient characteristics, performance status, duct clearance and adverse events rates, mortality, 30-day mortality, unplanned readmission within 30 days, intensive care admission rate and cumulative treatment cost were assessed.

**Results:** 13 and 38 patients were enrolled in group I and II, respectively. Seven patients after 1, five patients after 2 and one patient after 3 failed duct clearance by conventional endoscopic methods were enrolled to group I. There were no difference in the median age ( $69.5 \pm 14.8$  vs  $74.6 \pm 10.6$  years;  $P=0.233$ ), gender ratio (male:female ratio= 5:8 vs 16:22;  $P=0.941$ ) and Charlson comorbidity index (CCI) (average score: 3.0 vs 3.71;  $P=0.07$ ) of patients between the two groups. Ducts clearance rate was significantly higher in group I as compared to Group II (84.6% vs 31.6%;  $P=0.003$ ). The number of ERCPs needed were higher in group II but not significantly (1.0 vs 1.3;  $P=0.86$ ). The required surgical solution for duct clearance was higher but not significantly in group II (7.7% vs 31.6%;  $P=0.181$ ). The adverse events rates (7.7% vs 7.9%;  $P=0.566$ ), the mortality, the 30-day mortality and the unplanned readmission within 30 days and the intensive care admission rate did not differ significantly in the two groups. The cumulative treatment cost was significantly higher in group I as compared to group II (1.619.083 vs 1.209.609 HUF/patients;  $P=0.024$ ).

### **Conclusion:**

SOC-EHL appears to be a relatively safe and effective modality for difficult biliary stones.

## 26. TRANSJUGULARIS INTRAHEPATICUS PORTOSYSTEMÁS SHUNT (TIPS) BEÜLTETÉSEL SZERZETT ELSŐ TAPASZTALATAINK - A MULTIDISZCIPLINÁRIS TEAM JELENTŐSÉGE

Czompa D.<sup>1,2</sup>, Egresi A.<sup>1,2</sup>, Morar A.<sup>1,2</sup>, Bibók A.<sup>3</sup>, Doros A.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>1,2</sup>, Folhoffer A.<sup>4</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Semmelweis

Egyetem, Orvosi Képző Klinika, Budapest; 4. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

**Bevezetés:** A TIPS-beültetés a portális hipertóniával összefüggő megbetegedést és halálozást csökkentő beavatkozás, amelynek leggyakoribb indikációját a terápia refrakter ascites, az ismétlődő terápiareszisztens varix vérzés, a korábban behelyezett stentek revíziója és ritkán, az akut varix vérzés jelenti. A beavatkozás sikerét növeli, valamint a szövődmények kockázatát csökkenti a megfelelő indikáció és betegszelekció.

**Célkitűzés:** Szerzők a STÉG-en 2023. augusztus óta működő multidiszciplináris TIPS-team (hepatológus, intervenció radiológus) munkájának első eredményeiről és tapasztalatairól számolnak be.

**Eredmények:** 2023.08.01. és 2024.02.29. között 36 beteg került referálásra a munkacsoport felé. Tizenkét betegnél, revíziókkal együtt összesen 16 beavatkozást végeztünk. Az indikáció 8 (66.6%) betegnél terápia refrakter ascites, 4 (33,3%) betegnél ismétlődő terápiareszisztens varix vérzés volt. Child-Pugh (CP) beosztás szerint 3 (25%) beteg CP A és 9 (75%) beteg CP B stádiumú volt. A technikailag sikeres (11/12, 91,6%) beavatkozások után 4 (33,3%) esetben volt szükség a stent revíziójára, ebből 3 sikeres volt. A betegek 83,3%-ában (10/12) az indikációt képező állapot klinikailag javult. Két esetben alakult ki súlyos, átmenetileg intenzív osztályos ápolást igénylő állapotromlás a beavatkozás során. A TIPS beültetését követően manifeszt hepatikus encephalopathia 4 (33,3%) betegnél jelentkezett. A betegek fele (7/14) transzplantációs fázis I. kivizsgálás alatt volt a beavatkozás idején.

**Konklúzió:** A TIPS eredményes megoldás lehet a portális hipertensio csökkentésében, sokszor „bridging”-et biztosítva a betegeknek a transzplantációig. A team munka, a megfelelő indikáció és beteg-beválasztás, a beavatkozás és a szövődmények kockázata miatt is kiemelkedő jelentőséggel bír.

## 27. INVESTIGATION OF HUMAN FOETAL PANCREATIC DUCTS AND DUCTAL ORGANIODS FOR THE APPLICATION AS MODEL SYSTEMS

Dágó Á.<sup>1</sup>, Mihalekné Fűr G.<sup>1</sup>, Orián E.<sup>1</sup>, Balla Z.<sup>1</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Kormányos E.<sup>1</sup>, Csendes A.<sup>1</sup>, Batka B.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>2</sup>, Pásztor N.<sup>3</sup>, Kaizer L.<sup>4</sup>, Venglovecz V.<sup>5</sup>, Maléth J.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>6,7</sup>, Kozinszky Z.<sup>8</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>, Rakonczay Z.<sup>1</sup>

1. Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Department of Pathology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Institute for Translational Medicine, University of Pécs, Pécs, Hungary; 8. Department of Obstetrics and Gynecology, Blekinge Hospital, Karlskrona, Sweden

**Introduction:** There are multiple animal models to investigate pancreatic ductal function (i.e. bicarbonate secretion), but these have limitations due to possible differences vs humans. However, the availability of human pancreatic tissues is largely restricted.

**Aims:** Our goals were to characterize the structure and function of isolated foetal pancreatic ducts and organoid cultures as model systems.

**Methods:** Aborted human foetal pancreata were collected at 14-23 gestational weeks (GW) (ethical permission number:

SZTE-ÁOK-3415). The pancreata were utilized to isolate ducts or to culture organoids. Relative gene expression levels were determined by qPCR, and protein expressions were identified by immunostainings. Ion transporter functions (CFTR, Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> exchanger [NHE], Na<sup>+</sup>/HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> cotransporter [NBC]) were assessed via intracellular pH measurements, utilizing CFTR agonist (forskolin) or various inhibitors (CFTRinh-172, EIPA, S0859). Furthermore, organoids were subjected to forskolin-induced swelling assay experiments.

**Results:** There were no significant differences in relative gene expression levels of CFTR, NHE, NBC, SLC26A6, and cytokeratin-19 (CK-19) between tissues from 17-19GW vs 20-23GW. Organoid cultures also showed stable ductal marker mRNA expressions. A significant increase in CFTR protein expression was detected at 22-23GW compared to 14-15GW. NHE and SLC26A6 protein stainings were observed from 16GW. Organoids also demonstrated CFTR, SLC26A6, NHE, and CK19 protein expressions. On isolated ducts, functional measurements showed significantly greater recovery from alkali load at 20-23GW than at 14-16GW. Functional measurements on organoid cultures demonstrated CFTR, NHE and NBC activities.

**Conclusion:** Active ion transporters were already observed in isolated foetal ducts derived from 14GW pancreata, and their activities increased as the GWs progressed. Functional organoid cultures expressing ductal mRNAs and proteins were successfully established. Our results offer a promising foundation for the use of human foetal pancreatic tissues for further studies of ductal bicarbonate secretion.

**Acknowledgements:** The study was supported by NKFIH, GINOP, EFOP (Live Longer), and MTA.

## 28. METABOLIC SYNDROME AND HYPERTENSION INDIVIDUALLY WORSEN THE OUTCOME OF ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Dobszai D.<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Szalai E.<sup>1,3</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Havelda L.<sup>1,4</sup>, Papp R.<sup>1,5</sup>, Choi A.<sup>1</sup>, Budai B.<sup>1,4</sup>, Csajbók D.<sup>1</sup>, Hegyí P.<sup>1,2,4,6</sup>, Szentesi A.<sup>1,2</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Office for the Vice-Rector for Science and Innovations, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** The prevalence of metabolic syndrome (MS) reached 25% in western countries. In the severe form of acute pancreatitis (AP), mortality rate may be as high as 50%. Earlier studies associated the elements of MS with more complications, increased severity and mortality in AP.

**Aims:** The aim of our meta-analysis was to identify the most important risk factors by investigating the individual and synergistic effect of MS factors on AP outcome.

**Methods:** Our systematic search was performed in three databases (MEDLINE, Embase and CENTRAL) from inception to 1 November 2023. Articles were selected according to predefined eligibility criteria. We investigated the effect of four MS factors: obesity, hypertension, diabetes mellitus and hypertriglyceridemia on AP outcome. We calculated pooled odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CIs). Risk of bias assessment was carried out with

the Quality in Prognostic Studies (QUIPS) tool. The protocol was registered in PROSPERO under number CRD42023471092.

**Results:** We identified 15,904 unique records, and after the selection process, 103 studies were included in our analysis. Based on the results of four articles with a total sample size of 137,000, patients with MS are more likely to have moderately severe and severe, rather than mild AP (OR=1.687, CI:0.593-4.803). The odds of developing severe AP is almost 40% increased in the MS patient group (OR=1.398, CI:0.918-2.129). The risk of mortality is also increased in the group with MS (OR=1.307, CI:0.240-7.102). When analyzed individually, hypertension was a statistically significant predictor of both mortality (OR=2.564, CI:1.392-4.723) and disease severity (OR=1.792, CI:1.399-2.296) in AP.

**Conclusion:** MS and hypertension individually worsen the outcome of AP and may serve as a clinical predictor of severity and mortality.

## 29. A METABOLIKUS DISZFUNKCIÓVAL ASSZOCIÁLT ZSÍRMÁJBETEGETSÉG KARDIOVASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEINEK VIZSGÁLATA

Drácz B.<sup>1,2</sup>, Kővágó K.<sup>1</sup>, Túri F.<sup>1</sup>, Egresi A.<sup>1,2</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék

**Bevezetés:** A korábbiakban nem alkoholos eredetű zsírmáj (NAFLD) néven ismert betegség nomenklatúrája megváltozott az idei évtől, metabolikus diszfunkcióval asszociált zsírmájbetegségekre (MASLD). Ezeknél a betegeknek az egyértelműen fennálló anyagcserebetegségekkel összefüggő kardiovaszkuláris (CV) rizikó magas, de az elmúlt évek vizsgálatai megállapították, hogy a fennálló zsírmáj ezt a rizikót tovább fokozza.

**Célkitűzés:** Célunk volt a korábbiakban NAFLD-vel diagnosztizált, jelenleg a legújabb Delphi kritériumok alapján reklasszifikált MASLD betegek CV szövődésének rizikóbecslése, a legszenzitívbb prognosztikai marker meghatározása, valamint a májbetegség súlyosságának összevetése a CV rizikó mértékével.

**Módszer:** Retrospektív kutatást végeztünk 2007-2023 között a SE Belgyógyászati és Hematológiai Klinikán, valamint a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán diagnosztizált 247 MASLD beteg klinikai és laboratóriumi adatainak felhasználásával. A Framingham és Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) rizikófaktorok kiszámolásával kiválasztottuk a magas rizikójú betegcsoportokat, és meghatároztuk a leggyakoribb CV szövődésűeket. A Delphi konszenzus szerinti reklasszifikáció során 5-ből legalább 1 kardiometabolikus kritérium teljesülése esetén kimondható az MASLD diagnózisa.

**Eredmények:** A MASLD betegek 21%-ban (51/247) jelentősen emelkedett volt a CV rizikó. A fokozott rizikójú betegek medián Framingham score-ja 12 (10-20), ASCVD értéke 14 (10-21) volt. Minden harmadik esetben a betegek utánkötése során kialakult kardiovaszkuláris szövődés, leggyakrabban stroke (6/51) és pitvarfibrilláció (3/51). 32 MASLD betegnél májcirrhosis alakult ki, közülük 9 esetben CV szövődés is előfordult. A Delphi konszenzus kritériumrendszerei közül az obesitas fordult elő leggyakrabban (207/247), amihez minden hatodik esetben emelkedett CV rizikó is társult.



**Következtetések:** A MASLD betegeknek fokozott a CV rizikója, különös tekintettel a stroke kialakulására. Az ASCVD bizonyult a legszenzitívebb prognosztikai markernek. A májcirrhosis betegekben magasabb a CV szövődmények kialakulásának esélye a nem cirrhosis MASLD betegekhez képest. Az anyagcsere-betegségek közül az obesitas a leggyakoribb társbetegség MASLD-ben, ami szintén fokozza a CV rizikót.

### 30. ÖSSZEFÜGGÉS A METABOLIKUS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK ÉS AZ MR-PDFF-FEL MEGHATÁROZOTT MÁJELZSIROSODÁS MÉRTÉKE KÖZÖTT-EGY PILOT VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

Egresi A.<sup>1,2</sup>, Drácz B.<sup>1,2</sup>, Rónaszéki A.<sup>3</sup>, Csongrády B.<sup>3</sup>, Werling K.<sup>1,2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Kaposi Novák P.<sup>3</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék, Budapest; 3. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Központ, Budapest

**Introduction:** A metabolikus eltérésekkel összefüggő zsírmájbetegség (MASLD) az idült májbetegségek leggyakoribb oka. Az elhízás, a dyslipidaemia és a 2-es típusú cukorbetegség terjedése miatt előfordulása nő, ugyanakkor nemcsak a kórisméje, hanem a gyógyszeres kezelése sem megoldott. A metabolikus tényezők a lefolyás, illetve a kimenetel szempontjából is meghatározóak.

**Aims:** Munkacsoportunk a különböző metabolikus kockázati tényezők (túlsúly, elhízás, hypertonia, 2-es típusú diabetes mellitus, hypertrigliceridaemia, LDL-koleszterinszint) szerepét vizsgálta a májelszírosodás súlyosságában.

**Methods:** 41 beteg (életkor: 56,24±2,29, férfi: 19, nő: 22) esetén vizsgáltuk, a klinikai adatok és rutin laboratóriumi paraméterek dokumentálásán túl, a metabolikus tényezők összefüggéseit a májelszírosodás mértékével. A steatosis kvantitatív meghatározása mágneses rezonancia képalkotás proton-sűrűségű zsírfrakció (MRI-PDFF) alapján történt (<5%, 5-10% és >10%-os elszírosodás). Statisztikai elemzéseinket a Fisher-féle egzakt próba, többszörös lineáris regressziós modell alapján végeztük.

**Results:** A betegek 68%-a volt túlsúlyos (n=26/41), 25%-a elhízott (n=9/41), 17%-uk 2-es típusú cukorbetegségben (n=7/41), 41%-uk hypertóniában (n=17/41) szenvedett. Az alacsony esetszám mellett a túlsúly és az elhízás mutatott szignifikáns összefüggést a steatosis mértékével (p=0,0018), illetve a steatosis kategóriák közötti eloszlási elemzéssel (p=0,0005). A metabolikus tényezők számának növekedése nem befolyásolta a májelszírosodás mértékét (p=0,6269).

**Conclusion:** A túlsúly és az elhízás meghatározónak bizonyult a steatosis mértékével kis esetszámú pilot vizsgálatunkban. További nagyobb esetszámú feldolgozások szükségesek MAFLD-betegekben a mortalitás meghatározójának tekinthető (1,5-2x rizikó) cardiovascularis szövődmények kialakulásának szempontjából is.

### 31. IMMUN CHECKPOINT INHIBITOR INDUKÁLTA COLITIS ULCEROSA KEZELÉSI KIHÍVÁSAI

Élthes Z.<sup>1,2</sup>, Palatka K.<sup>1,2</sup>, Papp M.<sup>1,2</sup>

1. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Klinika; 2. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gastroenterológiai Tanszék

**Introduction:** Az immun checkpoint inhibitor (ICI) kezelések drasztikusan megváltoztatták az onkológiai terápiás lehetőségeket és daganatos betegségek kimenetelét,

ugyanakkor alkalmazásuk a gasztrointesztinális traktust és a májat is érintő számos, potenciálisan életveszélyes gyulladást is okozó szövődményt okozhatnak. Emiatt az immun asszociált mellékhatások megjelenése sokszor a tumor ellenes kezelés felfüggesztésével is járhat, ami fatális kimenetelű lehet.

**Content:** 67 éves férfi beteg előzményében 2020-ban diagnosztizált mucinosus tüdő adenocarcinoma szerepel. Resectio, majd postop. kemotherápia ellenére jelentkező progresszió miatt 2023 novemberben ICI kezelés indult. Decemberben véres hasmenés miatt jelentkezett IBD ambulanciánkon, ahol ICI asszociálta colitis lehetsége merült fel a panaszok hátterében. A januári coloscopia ezt meg is erősítette, így, miután steroid és mesalasin kezelés mellett is folyamatos aktivitás volt észlelhető, szűrővizsgálatokat követően, februárban infliximab kezelés indult.

Az indukciós kezelés ideje alatt is több alkalommal szorult hospitalizációra, súlyos aktivitási tünetek miatt. Emellett az ICI kezelés következtében secunder immunhiány is kialakult, mely miatt immunológussal is konzultáltunk. Emellett alacsony kópiaszámokban EBV infectio is felismerésre került. A kontroll endoscopia pancolitisnek megfelelő gyulladást igazolt, így vedolizumab kezelés bevezetése mellett döntöttünk.

**Conclusion:** Az ICI kezelés alkalmazása számos immun asszociált mellékhatás megjelenésével társulhat, mint az ICI asszociálta colitis, melyek jobb tumor ellenes kezelési választ vetíthetnek előre. A mellékhatások kezelése ugyanakkor kihívást jelenthet a mindennapi életben, hiszen felmerül, hogy esetlegesen a tumor ellenes kezelés hatékonyságának csökkentését is okozhatják.

Az ICI okozta colitis kezelésében, mint a gyulladásozó bélbetegségek esetében is, biológiai készítmények alkalmazása merül fel. Arra vonatkozó egyértelmű adatok, hogy melyik biológiai szerrel érdemes elkezdni a kezelést, nincsenek. A választott készítmény típusa, alkalmazási ideje, hatékonysága és a biztonságossága további vizsgálatokat igényel.

### 32. THE FIRST NUTRITIONDAY IN OUR DEPARTMENT – EXPERIENCES, RESULTS, FUTURE

Eszter S.<sup>1</sup>, Lőrinczy K.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Takács T.<sup>2</sup>, Nehéz L.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház, Honvédkórház, Gasztroenterológia; 2. Észak-Pesti Centrumkórház, 1.sz. Sebészet

**Introduction:** NutritionDay (nDay) is a worldwide initiative to fight against malnutrition, to improve knowledge and awareness of malnutrition in health care institutions and to overall enhance the quality of nutritional care.

**Our aim** were to participate in the worldwide nDay program and screen hospitalized patients for malnutrition at the Surgery and Gastroenterology Departments.

**Patients&methods:** On nDay (09. Nov. 2023) participants used simple tests for screening of nutritional risk (BMI, NRS, MUST, InBody). We collected our unit's anonymised data and upload it to the nDay database. There were 36 participants (41 bed), age 62 ys (47-69), 50-50% of female and male at gastroenterology. All patients had GI diagnosis at admission and most of the patients had at least one concomitant disease. The hospital admission to gastroenterology was planned in 22%, an emergency in 78% of the patients. At surgery there were 28 participants (28 bed), age 58 ys (50-68), 50-50% of female and male. 75% of admissions were elective, 25% were emergency ones.



**Results:** Results, comparing gastroenterology, surgery in our hospital and worldwide average data will be presented at the congress. Here we report the results of gastroenterology department. At admission nutrition screening was not performed in 9%, weighting (BMI) in 17%, NRS 2002 in 46%, MUST in 10%, visual assessment only in 10%, other: 8%. During hospital stay in 8% of patients no routine control was performed. Visual assessment in 11.5%, weighing (BMI): in 39,7 %, other (InBody): in 32,1%, no rutin monitoring was performed in 16,7% of hospitalized patients. 36,1% of the patients was identified as malnourished and 30.6% at risk of malnutrition. 52.8% of patients got iv. fluid through peripheral access, 28% through central venous one, 10 % was feeded via nasojunal tube. Energy and protein requirements were determined just in 31% and 25%, making nutritional plan was not regular (20%). 28% of the patients got < 500 kcal on nutrition day. Half of the patients (52%) got 1500-2000 kcal/day.

**Conclusion:** We must benchmark our unit over time, discuss nutrition care plan with our team. Screening for malnutrition and for risk of malnutrition is obligatory. During hospitalization we should support making nutrition plan and in the medical report we have to write nutrition-related recommendations. Hopefully, nDay helps the nutrition care in many units and supports their efforts to decrease complications, promote faster recovery and improved quality of life of the patients.

### 33. IMPACT OF COLORECTAL SCREENING ON THE MANAGEMENT OF T1 COLORECTAL CANCERS

Fábián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged; 2. Department of Pathology, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged

**Introduction:** The incidence of early-stage colorectal cancer (CRC) rises with the introduction of colorectal screening programs; there is a shift towards less invasive treatment in screen-detected compared to non-screen-detected CRCs.

**Aims:** This retrospective, single-center cohort study aimed to assess the impact of colorectal screening on the incidence of submucosal invasive (pT1) CRC and compare treatment characteristics of screen-detected and non-screen-detected lesions between 2010 and 2023.

**Methods:** Screen-detected pT1 CRC (involving lesions detected with the pilot CRC screening in Csongrád-Csanád county in 2015, and those with the Hungarian population-based screening program [EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001] initiated in 2019) lesion, patient and treatment characteristics were compared to pT1 lesions detected outside the screening program in average-risk patients aged 50-70 years during the screening period (2015-2016 and 2019-2023). The impact of screening on pT1 CRC incidence was assessed with investigating new pT1 CRC cases throughout the screening period (2015-2016 and 2019-2023) compared to non-screening periods (2010-2014 and 2017-2018).

**Results:** During the 14-year study period, a total of 182 pT1 CRCs were detected in average-risk patients aged 50-70 years. 81 of these lesions (44.5%) were detected during non-screening periods. During the screening period, 44 lesions were screen-detected (24.2%, 16 of these detected during the pilot screening) and 57 lesions were non-screen-detected (31.3%). Mean pT1 incidence was higher in the screening than in the non-screening periods (14.7 vs. 11.6 lesions/year,

$p < 0.01$ ); with the highest incidence during the pilot screening (2015-2016; 20 lesions/year), and the lowest during the pandemic (2020-2021, 9 lesions/year).

Patient and lesion characteristics were similar in screen-detected and non-screen-detected lesions (mean age: 63.1 vs 63.5 years, male ratio: 62.8% vs 64.3%, follow-up period: 3.85 vs 3.70 years; location: 31.8% vs 33.3% rectal, morphology: 34.1% vs 42.1% pedunculated, mean lesion size: 21.0 vs 24.7 mm). No difference in histologic prognostic factors were found between the two groups. Treatment choices were similar for both screen-detected, and non-screen-detected lesions: local excision in 65.9% vs 72.2% (incl. ER in 63.6% vs 63.2%, and minimally invasive local surgical resection in 2.3% vs 7.0%), and surgical oncologic resection in 34.1% vs 29.8%, respectively;  $p = 0.167$ . Screen-detected colon cancers were more likely to be treated with surgical oncologic resection (43.3% vs 28.9%,  $p = 0.218$ ), while screen-detected rectal cancers were preferred to be treated with local excision (85.7% vs 68.4% [ER: 78.6% vs 47.4%],  $p = 0.416$ ) compared to non-screen-detected lesions. During the follow-up, adverse outcomes (local recurrence and/or dissemination) occurred in two screen-detected, and in one non-screen-detected patient,  $p = 0.797$ . Lymph node involvement rate was similar in those undergoing surgical oncologic resection in screen-detected, and non-screen-detected patients (6.7% vs 5.9%, respectively;  $p = 0.927$ ).

**Conclusion:** The incidence of submucosally invasive CRC rises with the implementation of colorectal screening program. There is no difference in the management and outcomes of screen-detected and non-screen-detected pT1 CRCs, but local excision, especially endoscopic resection is preferred for screen-detected rectal lesions.

### 34. ADHERENCE TO THE HUNGARIAN POPULATION-BASED COLORECTAL SCREENING PROGRAM AND POTENTIAL INFLUENCING DEMOGRAPHIC FACTORS

Fábián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Szűcs M.<sup>3</sup>, Tóth T.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged; 2. Department of Pathology, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged; 3. Department of Medical Physics, Albert Szent-Györgyi Clinical Centre, University of Szeged

**Introduction:** Participation in colorectal cancer (CRC) screening programs significantly vary with 36–71% fecal occult blood test (FOBT) uptake rates, and compliance with referral for colonoscopy ranging 64–92% in Europe. The Hungarian population-based colorectal cancer (CRC) screening program (EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001) was launched in 2019 among asymptomatic individuals between the ages of 50 and 70 with average risk of CRC.

**Aims:** To assess the adherence to Hungarian population-based CRC screening program (EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001), and to determine influencing demographic factors.

**Methods:** This observational, non-interventional cohort study retrospectively analyzed participation data of the Hungarian population-based CRC screening program between 2019 and 2023, prospectively collected in National Public Health Institute's registry. Data were analyzed as that of 11/03/2024. Gender and type of residence (municipality, town, city with county rights, and capital) are to be investigated as demographic parameters potentially influencing adherence rates.

**Results:** Of 2,268,306 invited individuals, 426,586 returned the screening kit, resulting in 18.8% adherence to FOBT. 42,299 individuals (9.9%) had non-negative results. 23,629 individuals (55.9%) were reported to undergo screening colonoscopy. Adherence rates to FOBT decreased over the years since the initiation of the screening program: annual rates for returning the screening kits from 2019 to 2023 were 32.1%, 24.8%, 18.8%, 14.1%, and 10.9%, respectively. In contrast, adherence rates to screening colonoscopy showed less variation over the years (58.9%, 52.7%, 52.3%, 51.4% from 2019 to 2023).

The impact of influencing factors is under investigation, according to preliminary data, female gender was associated with higher adherence to returning screening kits (22.4% vs. 18.8%). Attendance rates at screening colonoscopies were 57.2% for males and 55.5% for females. Screening kits were returned by 19.1% of individuals living in municipalities, 20.5% of those living in towns, 23.5% of those living in cities with county rights and 19.8% of those living in the capital. Attendance rates at colonoscopy according to type of residence were the following: 57.8% for individuals from municipalities, 53.9% for those from towns, 60.3% for those from cities with county rights, and only 50.2% for those from the capital.

**Conclusion:** Adherence rates to Hungarian CRC screening program are lower than that in other European countries. Although adherence rates to FOBT gradually decreased since the initiation of the CRC screening program, adherence rates to screening colonoscopy remained stable. Socio-demographic factors may influence adherence to screening adherence.

### 35. REAL-WORLD DATA ON SEQUENTIAL THERAPY IN MODERATE-TO-SEVERE UC: UNVEILING SECOND-LINE STRATEGIES AFTER ANTI-TNF FAILURE

Farkas B.<sup>1</sup>, Borsos M.<sup>2</sup>, Limdi J.<sup>3</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Savarino E.<sup>4,5</sup>, Bertin L.<sup>4,5</sup>, Sethi-Arora K.<sup>3</sup>, Miheller P.<sup>6</sup>, Vilmos F.<sup>6</sup>, Castiglione F.<sup>7</sup>, Bonacci L.<sup>7</sup>, Lukas M.<sup>8</sup>, Maharshak N.<sup>9,10</sup>, Berman G.<sup>9,10</sup>, Krznarić Z.<sup>11,12</sup>, Wetwittayakhleng P.<sup>13,14</sup>, Lakatos P.<sup>13,15</sup>, Seidelin J.<sup>16</sup>, Attauabi M.<sup>16</sup>, Michalopoulos G.<sup>17</sup>, Ribaldone D.<sup>18</sup>, Kagrananova A.<sup>19,20</sup>, Chashkova E.<sup>21,22</sup>, Sarlós P.<sup>23,24</sup>, Saibeni S.<sup>25</sup>, Bar-Gil Shitrit A.<sup>26</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,27</sup>

1. Center of Gastroenterology, SZTE SZAKK Department of Internal Medicine, Szeged, Hungary; 2. AdWare Research, Department of Biostatistics, Balatonfüred, Hungary; 3. Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom; 4. Gastroenterology Unit, Azienda Ospedale Università di Padua, Padua, Italy; 5. Department of Surgery, Oncology and Gastroenterology, University of Padua, Padua, Italy; 6. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Gastroenterology Department of Clinical Medicine and Surgery, University of Naples Federico II, Naples, Italy; 8. Clinical and Research Centre for Inflammatory Bowel Diseases, ISCARE IVF Clinical Center Českomoravská, Prague, Czech Republic; 9. Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel; 10. Department of Gastroenterology and Hepatology, Tel Aviv Sourasky Medical Center, Tel Aviv, Israel; 11. University Hospital Zagreb, Department of Internal Medicine, Clinical Unit of Clinical Nutrition, Zagreb, Croatia; 12. Zagreb School of Medicine, Zagreb, Croatia; 13. Division of Gastroenterology, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada; 14. Gastroenterology and Hepatology Unit, Division of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand; 15. Department of Internal Medicine and Oncology,

Semmelweis University, Budapest, Hungary; 16. Department of Gastroenterology and Hepatology, Copenhagen University Hospital - Herlev and Gentofte, Herlev, Denmark; 17. General Hospital of Athens "G. Gennimatas", Athens, Greece; 18. Department of Medical Sciences, University of Turin, Turin, Italy; 19. Moscow Clinical Scientific Center named after A. S. Loginov, Moscow, Russia; 20. Research Institute of Health Organization and Medical Management, Moscow, Russia; 21. Department of Coloproctology, Irkutsk Regional Hospital, Irkutsk, Russia; 22. Federal Scientific Center of Surgery and Traumatology, Irkutsk, Russia; 23. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 24. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 25. Gastroenterology Unit, Rho Hospital, ASST Rhodense, Milan, Italy; 26. IBD MOM Unit, Digestive Diseases Institute, Shaare Zedek Medical Center, Affiliated with the Medical School, Hebrew University, Jerusalem, Israel; 27. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary

**Introduction:** The development of anti-TNFs has brought major advances in the treatment of ulcerative colitis (UC). Yet, a significant proportion of patients do not respond favorably to first-line anti-TNF therapy, which may require the use of second-, third-, or fourth-line biologics or small molecules. Treatment selection and sequencing, however, remains a major unmet need.

**Methods:** We conducted a multicenter, retrospective study including patients with moderate-to-severe UC who failed first-line anti-TNFs, and received sequential therapy with biologics or small-molecules. The effectiveness of sequential therapy, more specifically second-line agents was determined and compared by treatment persistence and colectomy-free survival up to 3 years post-initiation, and assessed using Kaplan-Meier analyses. Multivariate Cox regression analysis was performed to identify the predictive value of various factors for colectomy and persistence.

**Results:** 683 UC patients were included. The median follow-up time was 62 months (IQR: 36-98), during which 14.2% of patients required colectomy. The probability of colectomy-free survival was 97.5%, 93.9%, 92.3% and 87.9% at 1, 2, 3, and 5 years. Persistence rates increased significantly with the number of therapy lines ( $P < .0001$ ). The presence of deep ulcers at diagnosis (HR: 0.45;  $P = .009$ ), prior cyclosporine use (CYA; HR: 0.41;  $P = .028$ ), and low serum albumin at first-line therapy (HR: 0.92;  $P = .002$ ) appeared to be predictive for colectomy. Following anti-TNF failure, significantly higher colectomy-free survival rates were observed over 3 years with ustekinumab (UST;  $P = .014$ ), than with vedolizumab or tofacitinib. Second-line UST also showed superior persistence at 3, 6, 12, and 24 months ( $P = .049$ ), but not at 36 months. Prior CYA use (HR: 0.42;  $P = .047$ ) negatively influenced persistence with second-line therapy. The indication for first-line biological therapy did not influence statistically the rate of colectomy-free survival or persistence. Moreover, neither the risk of colectomy ( $P = .343$ ), nor the rate of persistence with second-line therapy ( $P = .19$ ) was influenced by the reason of first-line anti-TNF discontinuation.

**Conclusion:** Despite multiple lines of sequential biological and small molecule therapy we found a low incidence of colectomy and a high rate of persistence. Following anti-TNF failure, UST might be the preferred second-line agent in moderate-to-severe UC.

### 36. NEM HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁS EREDETŰ HIPERLIPAZÉMIA – EGY FEJTÖRÉST OKOZÓ KLINIKAI ENTITÁS

Fehér K.<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>1</sup>, Vítális Z.<sup>1</sup>, Dávida L.<sup>1</sup>, Sipeki N.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>

1. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Klinika

**Háttér:** Az emelkedett szérumból lipáz koncentráció az akut pankreatitisz (AP) diagnosztikájának szerológiai jellemzője, de számos egyéb betegségben is megemelkedhet a szintje. Ennek hátterében a hasnyálmirigy körülvevő szervek gyulladása miatti lipáz szivárgás, a vesén keresztüli csökkent kiválasztódás, és/vagy a májban történő metabolizmus zavara állhat. Ez a nem-hasnyálmirigy eredetű hiperlipazémia (NPHL) az AP diagnosztikája során fejtörést okoz a kezelőorvosoknak. Klinikailag hasznos lenne azonosítani azokat a klinikai és laboratóriumi változókat, amelyek negatívan befolyásolják a lipáz pontosságát az AP diagnosztikájában, ezzel segítve NPHL pontosabb megértését, beleértve annak etiológiáját, klinikai jelentőségét és prognosztikai tényezőit.

**Célkitűzések:** Egy nagy esetszámú prospektív betegcsoportban részletesen vizsgáltuk az NPHL klinikai és laboratóriumi jellemzőit, valamint a betegség kimenetelét meghatározó paramétereket.

**Módszerek:** 31 hónapon keresztül, prospektív módon követtük azokat a betegeket, akiknek a szérumból lipáz koncentrációja legalább háromszorosa volt a normál felső határértéknek (ULN). A betegek azonosítása a napi laboratóriumi jelentések segítségével történt, amelyet egy folyamatban lévő klinikai obszervációs, multicentrikus, prospektív kohorszvizsgálat (EASY trial, ISRCTN10525246) támogatására fejlesztettünk ki. Az EASY vizsgálat célja, egy egyszerű, könnyű és pontos klinikai pontrendszer kidolgozása, mely segíti az AP korai prognosztikájának meghatározását. NPHL diagnosztikáját a >3xULN szérumból lipáz koncentráció alapján állítottuk fel, amennyiben típusos hasi fájdalom nem társult hozzá és képalkotó vizsgálat során sem igazolódott hasnyálmirigy eltérés.

**Eredmények:** Összesen 808 beteg került bevonásra (férfi, n=420 (52%); median életkor [IQR]: 65 (51-75), akiknél >3x ULN szérumból lipáz koncentrációt detektáltunk. 392 betegnél AP igazolódott, míg 401 beteg esetében NPHL. Az NPHL kiváltó okainál több, mint 20 etiológiai tényezőt sikerült azonosítanunk. A szepszis és az akut vesekárosodás (AKI) voltak a leggyakrabban előforduló okok (27,7% és 33,2%). A lipáz legjobb diszkriminatív értéke 3666 U/L-nek adódott (szensitivitás: 71,4%; specificitás: 88,8%). Az AKI vagy a szepszis jelenléte negatívan befolyásolta a lipáz diagnosztikai teljesítményét. NPHL esetén magasabb volt a kórházi halálozás, mint az AP során (22,4% vs. 5,1%, p<0,001). A többváltozós bináris logisztikus regressziós elemzésben az NPHL diagnosztikája esetén a megnövekedett amiláz szint (>244 U/L) és a neutrofil-limfocita arány (NLR) (>10,37, OR:3,71, 95%CI: 2,006-6,863, p<0,001), a csökkent albuminszint, az életkor és a szepszis jelenléte voltak a kórházi halálozás független kockázati tényezői.

**Összegzés:** A lipáz emelkedés gyakran nem hasnyálmirigy-gyulladás eredetű és magas halálozási aránnyal társul. A magas NLR érték mutatott legjobban összefüggést a halálozás kockázatával. A szepszis és/vagy AKI jelenléte jelentősen rontja az AP és az NPHL szerológiai elkülönítését. Kutatásunkat a Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Hivatal Gazdaságfejlesztési és Innovációs Operatív Program (GINOP 2.3.2- 15-2016-00048) "StayAlive", valamint az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP-3.6.2-16-2017-00006) támogatta.

### 37. ANXIETY AND DEPRESSION ARE STRONGLY ASSOCIATED WITH PANCREATITIS

Fehér T.<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Zolcsák A.<sup>1,3</sup>, Papp R.<sup>1,4</sup>, Teutsch B.<sup>1,5,7</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Csaba R.<sup>1</sup>, Réthy L.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,7,8</sup>, Nagy R.<sup>1,6</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Centre of Science and Innovations, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Radiology, Medical Imaging Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 7. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** The bidirectional interplay of the brain-gut axis alongside manifestations of anxiety and depression has already been demonstrated. Despite this fact, routine mental health assessments and interventions are not well-established in the treatment of acute (AP) and chronic pancreatitis (CP), potentially worsening clinical outcomes.

**Aims:** Our objective is to achieve a comprehensive understanding of the mind-body connection within the context of pancreatitis by assessing the prevalence of depression and anxiety in patients with AP and CP.

**Methods:** Our protocol was registered on PROSPERO (CRD42023481739). We conducted a systematic search on 10 November 2023 in three databases (MEDLINE, Embase, and CENTRAL) to identify studies reporting the occurrence of depressive and anxiety-related symptoms in pancreatitis. The pooled proportion rate with 95% confidence intervals (CI) was calculated using a random-effects model.

**Results:** The prevalence of depressive symptoms was 16% in AP (CI 0.06; 0.39), while it was 34% in CP (CI 0.27; 0.43). The prevalence of anxiety symptoms in AP and CP was 15% (CI 0.07; 0.32) and 35% (CI 0.26; 0.45), respectively.

**Conclusion:** Anxiety and depression are significantly more frequently observed among individuals with pancreatitis compared to the general population. These conditions occur twice as often in CP compared to AP. Thus, we underscore the significance of psychological interventions in this patient population.

### 38. BLEEDING LOCATION IN THE GASTROINTESTINAL TRACT (BLITGIT) STUDY: PRELIMINARY ANALYSIS OF A CURRENTLY ONGOING MULTICENTER, PROSPECTIVE STUDY

Finta Á.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Liebe R.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>

1. Endo-kapszula Private Hospital

**Introduction:** Diagnosis of iron deficiency anaemia (IDA) typically relies on gastroscopy - colonoscopy as the primary modality, with small bowel capsule endoscopy (SBCE) employed subsequently. This prioritization stems from the fact that common causes of IDA in European populations are often identifiable during endoscopy, especially colonoscopy (e.g., polyps, tumors). A novel technique, magnetic-controlled stomach-small bowel capsule endoscopy (MCCE) combined with colonoscopy, emerges as a potential alternative to the traditional gastroscopy-colonoscopy - SBCE approach. MCCE facilitates simultaneous evaluation of both the stomach and small intestine.

**Aims:** This ongoing multicenter, prospective study is designed to demonstrate that MCCE with colonoscopy is non-inferior to the established gastroscopy-colonoscopy plus SBCE combination in the investigation of IDA.

**Methods:** Patients with IDA from three centres (Sheffield, Hong Kong, Szekesfehervar) underwent MCCE (Navicam, AnX Robotica) before upper and lower endoscopy. Lesions identified during each procedure were categorized based on location and potential bleeding risk according to the Saurin classification (P0: unlikely, P1: suspected, P2: likely). Subsequently, findings from MCCE were compared to those from gastroscopy.

**Results:** A total of 34 patients were recruited from our center. Median age was 44 years (IQR 19-78), with 55.8% male. Median haemoglobin and iron were 119 g/L (IQR 61-154) and 8.09 (IQR 2.7-12.3), respectively. 82.3% reported bowel symptoms, and 23.5% were on medications potentially causing bleeding. Completion rates were high for gastroscopy (100%), colonoscopy (94.1%), and MCCE (88.2%). In 15 (44.1%) patients P1/P2 pathology was identified in the stomach on MCCE (ulcers- 2, erosions- 11, polyp with eroded surface-1, tumor -1). Gastroscopy agreed with MCCE findings in 93.3% of cases and detected significant P1/P2 lesions identified by MCCE, 1 P1 erosion was missed by MCCE. In 12 (35.3%) patients P1/P2 pathology was identified in the small bowel. The most common SB pathology seen was angioectasia. On colonoscopy 10 (29.4%) patients had P1/P2 pathology. None of the patients had colorectal cancer but 4 patients had a new diagnosis of inflammatory bowel disease.

**Conclusion:** Our preliminary results suggest that MCCE, alongside colonoscopy, could represent a non-inferior diagnostic strategy for IDA compared to the current standard. This alternative approach has the potential to streamline the diagnostic process and potentially reduce costs by eliminating the need for separate gastroscopy.

### 39. IDENTIFYING PREDICTORS FOR THE EVOLUTION OF ACUTE PANCREATITIS INTO RECURRENT AND CHRONIC FORMS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Gaqyi E.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Tari E.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Banovcin P.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Intézet

**Introduction:** The transition from acute pancreatitis (AP) to recurrent (RAP) and chronic (CP) forms poses significant clinical challenges.

**Aims:** This systematic review and meta-analysis aimed to identify risk factors associated with this progression.

**Methods:** Following the protocol registration on PROSPERO (CRD42022368931), we searched Medline, Embase, and Cochrane databases up to December 19th, 2023, for studies examining risk factors for the evolution of AP into RAP or CP. Pooled odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated using the random effects model. Heterogeneity was evaluated using the I<sup>2</sup> statistic. The risk of bias assessment was performed using the Quality in Prognostic Studies (QUIPS) tool.

**Results:** A total of 124 articles were included in the meta-analysis, and several risk factors were identified for the progression of AP into RAP and CP. We found the following risk factors of AP recurrence: male gender, smoking, alcoholic etiology, hypertriglyceridemia, diabetes mellitus, pseudocyst, etc. The pooled OR for the male gender was 1.49 (95% CI: 1.31-1.62, I<sup>2</sup>=25%), for smoking was 1.47 (95% CI: 1.22-1.71, I<sup>2</sup>=57%), for alcoholic etiology was 1.78 (95% CI: 1.45-2.14, I<sup>2</sup>=78%), for hypertriglyceridemia was

2.48 (95% CI: 2.16-2.83, I<sup>2</sup>=9%), for diabetes mellitus was 1.51 (95% CI: 1.21-1.75, I<sup>2</sup>=0%), for pseudocyst was 2.23 (95% CI: 1.61-3.12, I<sup>2</sup>=0%). We also found risk factors of RAP progression into CP. The risk of bias was moderate in the majority of the included studies.

**Conclusion:** These findings suggest that addressing modifiable risk factors might be key in preventing the progression of pancreatitis

### 40. UNDERLYING CAUSES BEHIND BILIARY STRICTURES – HOW DO WE DIAGNOSE THEM?

Gellért B.<sup>1</sup>, Keczer B.<sup>2</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Division of Interventional Gastroenterology; 2. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University

**Introduction:** Bile duct narrowing can be caused by various benign and malignant conditions. Accurate and timely diagnosis is often challenging but essential for determining the appropriate treatment approach and optimizing patient outcomes.

**Aims:** The current work demonstrates our tertiary referral center's experience with this issue.

**Methods:** We retrospectively analyzed data on all patients who underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in 2023 at our department. We collected data reporting on tissue sampling from biliary strictures and compared brush cytology, intraductal biopsy, and single-operator cholangioscopy (SOC)-assisted targeted biopsy regarding diagnostic accuracy.

**Results:** Tissue sampling from the biliary tract was done in 48 cases with 47 adequately acquired samples. Brush cytology and intraductal biopsy were performed in 25 and 12 cases individually. A combination of the two techniques was applied on 10 occasions. 5 SOC-assisted targeted biopsies were done. The sensitivity of brush cytology and intraductal biopsy alone was 35% and 50%, respectively. The sensitivity of using both methods reached only 50%. The diagnostic accuracy of SOC-assisted targeted biopsy was 100% (1 positive and 3 negative cases), though 1 specimen was inadequate for histological assessment. The latter case was performed at the beginning of the learning curve of this method.

**Conclusion:** Our results add further data and knowledge about the difficulties and challenges of intraductal tissue acquisition with brush cytology and intraductal biopsy. Our findings also suggest that SOC-assisted targeted biopsy relevantly increases diagnostic accuracy, and contrary to previous methods, its diagnostic yield may improve with experience.

### 41. OTHER WAYS OF TRANSITION – PANCREATOBILIARY ENDOSCOPY IN THE PEDIATRIC POPULATION - SINGLE, TERTIARY-CARE CENTER EXPERIENCE

Gellért B.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Division of Interventional Gastroenterology; 2. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University

**Introduction:** Endoscopic interventions in children require specialized training and expertise due to unique anatomy

and physiology challenges. Pancreaticobiliary endoscopies represent highlighted procedures in this population due to the often-unusual indications and the inherent high risk of complications.

**Aims:** The current work demonstrates our experience in pancreaticobiliary endoscopy in the pediatric population.

**Methods:** We retrospectively analyzed data on all patients <18 years old who underwent endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) or endoscopic ultrasound (EUS) from 2021 to the present days at our department. We collected demographical data, indications, procedural findings, interventions, and complications.

**Results:** Overall, 19 ERCPs and 7 EUS procedures were performed on 24 children with regular endoscopes. 15 were males, and the mean age was 10.7 years ( $\pm 4.7$ ). Indications for ERCP included bile duct stones, benign stricture, pancreatic divisum and disconnected duct syndrome. Successful intervention was carried out in 18 cases, while there was one case of unsuccessful deep pancreatic duct cannulation due to abnormality of the duct. There was one case of perforation (Stapfer II), which was effectively managed endoscopically by placing a fully covered self-expanding metallic stent. 1 case of mild post-ERCP acute pancreatitis occurred following ERCP. EUS was performed for chronic pancreatitis, pancreatic cystic neoplasia, acute necrotizing pancreatitis, biliary compression and polycystic pancreas. 3 tissue acquisitions were done and one EUS-guided transluminal drainage was established. There were no complications.

**Conclusion:** To our knowledge, this is the most comprehensive domestic dataset of pancreaticobiliary endoscopies in children. Our findings imply that ERCP and EUS are effective diagnostic and treatment modalities in pediatric patients with acceptable safety profiles.

#### 42. KEY QUALITY PERFORMANCE MEASURES FOR ENDOSCOPIC CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY IN HUNGARY

Gieszinger G.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>3</sup>, Zsigmond F.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Kristóf T.<sup>5</sup>, Szmola R.<sup>6</sup>, Szőnyi M.<sup>7</sup>, Varga M.<sup>8</sup>, Vincze Á.<sup>9</sup>, Vitális Z.<sup>10</sup>, Czakó L.<sup>1,11</sup>

1. Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, Medical Centre Hungarian Defence Forces, Budapest, Hungary; 4. Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 5. Department of Medicine and Gastroenterology, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary; 6. National Institute of Oncology, Budapest, Hungary; 7. Department of Internal Medicine, Dél-Budai Centrum Hospital Szent Imre University Teaching Hospital, Budapest, Hungary; 8. Department of Gastroenterology, BMKK Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary; 9. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 10. Gastroenterology Clinic, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 11. Quality Improvement Committee of the Hungarian Gastroenterological Society

**Introduction:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is one of the most technically demanding and highest-risk procedures performed by gastrointestinal endoscopists. The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) has produced a list of quality performance measures for ERCP. However, real-life data are scarce in Hungary.

**Aims:** Our aim was to assess quality performance measures for ERCP in Hungarian centers and compare them to those recommended by the ESGE.

**Methods:** An audit was conducted of ten endoscopic centers for four key quality performance indicators (bile duct cannulation rate in normal anatomy and native papilla, bile duct stone < 10 mm extraction rate, appropriate stent placement rate in biliary obstruction below the hilum and frequency of post-ERCP pancreatitis (PEP)). A retrospective chart review was performed of consecutive patients who underwent ERCP over three consecutive months. Data was represented by the percentage by which each indicator was achieved.

**Results:** A total of 1010 ERCP procedures were performed in the ten centers over three months. The annual ERCP procedures were over 170 (172–736) in all institutions. The mean bile duct cannulation rate was 90.7% (69.7–100%; 460/507), bile duct stone extraction amounted to 92.0% (83.3–100%; 231/251), appropriate stent placement in biliary obstruction below the hilum was 97.7% (60–100%; 333/341) and the PEP rate was 5.7% (0.8–24.5%; 58/1010). A number of centers fell under the performance targets: four in bile duct cannulation (69.7, 83.1, 83.3 and 88.4%, respectively), four in stone extraction rate (83.3, 86.7, 88.2 and 88.6%), two in stent placement rate (60.0 and 86.4%) and two in PEP rate (15.6 and 24.6%).

**Conclusion:** The audit demonstrated that, on average, the ERCP quality performance measures under examination met the standard targets stated in the ESGE guideline. However, certain key performance measures were not reached by individual ERCP centers, thus requiring further analysis on an individual level as well as selective training.

#### 43. HYPERCALCEMIA CAUSES MORE SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Gieszinger G.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>2</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Eröss B.<sup>4</sup>, Szentesi A.<sup>5</sup>, Vass V.<sup>2</sup>, Izbéki F.<sup>6</sup>, Abonyi-Tóth Z.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Szent György Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) is one of the most common gastroenterological diseases requiring admission to the hospital. The main etiological factors of AP are gallstones and excessive alcohol consumption, but rarer causes, such as hypercalcemia, should keep on mind. Only few cases are reported in the literature, and the severity of hypercalcaemia-induced acute pancreatitis is not known.

**Aims:** We aim to assess the occurrence and severity of hypercalcaemia-induced AP and compare it with the clinical characteristics of AP caused by other etiological factors.

**Methods:** We collected patients from the Hungarian Acute Pancreatitis Registry, Hungarian GOULASH study and the Europe-wide EASY study, who had AP and had a serum calcium level above 2.6 mmol/l. Patients were divided into three groups: hypercalcemia-induced AP, where no other etiology than hypercalcemia were present, mixed etiology group, where both hypercalcemia and other etiologies were revealed and the control group with normal serum calcium

level. Propensity score matching adjusted by age, sex, diabetes, lipid disorder, previous pancreatic disease was made and several outcome parameters were analyzed during the statistical analysis. Hypercalcemic cases were divided into 3 subgroups based on the level of serum calcium: mild ( $2.6 < > 3.0$  mmol/l), moderate ( $3.0 < > 3.5$  mmol/l) or severe hypercalcemia ( $> 3.5$  mmol/l).

**Results:** 1.02% of our AP patients (19/1867) had clear hypercalcemic etiology and 3.75 % (70/1867) of the patients had mixed etiology, 1778 patients were in the control group. There was no difference in the mean ages of the patients in the three groups ( $57.3 \pm 16.3$  and  $56.1 \pm 20.1$  vs.  $55.1 \pm 14.6$  years). Severe AP was significantly more frequent in patients with hypercalcemia-induced AP compared to the control group [21.05% (4/19) vs 6.13% (109/1778); odds ratio: 4.08 (95% CI, 1.08-15.38)]. Renal failure was more frequent in hypercalcemic etiology compared to AP patients with normal serum calcium level [27.27% (3/11) vs 5.35% (95/1776); odds ratio: 6.63, (95% CI, 1.36-32.35)]. There was no significant difference in CRP, amylase, lipase, WBC, creatinine, length of hospital stay, mortality, intensive care admission, the presence of pancreatic necrosis, pseudocysts, and other organ failure between the hypercalcemic or mixed etiology and the control groups. There was no significant difference in the severity of AP between the mixed etiology and normal serum calcium groups. The outcome of acute pancreatitis was not influenced by the severity of hypercalcemia within the hypercalcemic group.

**Conclusion:** Hypercalcemia-induced AP has a higher risk for developing into severe AP and renal failure compared to other etiology.

#### 44. UPADACITINIBBEL SZERZETT TAPASZTALATAINK – ELŐZETES EREDMÉNYEINK

Golovics P.<sup>1</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Pálinkás D.<sup>1</sup>, Zsigmond K.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház - Gasztroenterológiai Osztály

**Introduction:** Az upadacitinib (UPA) az új JAK-gátló (janus kinase), a kismolekula típusú immunszuppresszív kezelési lehetőség gyulladássos bélbetegségben (IBD), mely a JAK-gátlók közül egyedülként mind Crohn-betegségben (CD), mind colitis ulcerosában (UC) törzskönyvezésre került. Csoportjára jellemzően szájon át szedhető. A rendelkezésre álló nemzetközi adatok alapján sokadvonali kezelésként is gyorsan hatékonyságot mutató terápiás lehetőség.

**Aims:** Centrumunkban gondozott betegeink kapcsán szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

**Methods:** A kórházunkban gondozott összes, UPA kezelésben részesült beteget konzekutívan bevontuk a vizsgálatba. Az adatokat prospektíven gyűjtöttük az indukció alatt havonta, majd a 4, 6, 9, 12 és 18 kezelési hónap alatt. A bevonási időszak 2023.01.01-től volt, az első kezelést 2023.02.10-én adtuk meg.

**Results:** Az első elemzés időpontjában összesen 21 Crohn-betegnél kezdtük meg a kezelést és további 8 beteg vár a NEAK engedély megérkezésére, a terápia megkezdéséhez. Az átlag életkor a kezelés megkezdésekor 37 év volt (SD 8,81), a diagnóziskor 31 év (SD9,8), a férfi/nők aránya (33,3%/66,6%), többnyire felnőttkorban kezdődött a betegség (62%), gyulladássos jellegű volt (66,6%), és mind a vékony-, mind a vastagbelet érintette (81%). Perianális érintettség 62%-ban jelen volt. 33%-a a betegnek extraintestinalis manifesztációval is rendelkezett, 52,4% korábban nagyhasi műtéten már átesett, és a betegek közel fele a kezelés alatt is stomával él. A betegek 19%-a

ötödvonali, 61,9%-a negyedvonali kapta az UPA kezelést. Az 1-3-6 hónapos kontroll alkalmával a betegek jelentős részénél klinikai, biokémiai és akiknél rendelkezésre áll, endoscopos javulás is látható volt. Már a III. indukció végére a betegek szteroid mentes remissziót értek el, CDAI 94 (SD85) és az extraintestinalis manifesztációk is megszűntek. A betegek gyors javulásról számoltak be az állapotukban. 1 betegnél kellett a kezelést bizonytalan mellékhatások miatt leállítani és 1 haláleset volt, ami nem a gyógyszerrel volt összefüggésben.

**Conclusion:** Az előzetes elemzés adatai alapján is látható, hogy az upadacitinib gyors, hatásos és biztonságos gyógyszeres kezelés még sokadvonali kezelésként is igen súlyos IBD-s beteganyagban vizsgálva. Tervezzük a saját adatbázist bővíteni, valamint nemzeti adatbázist létrehozni.

#### 45. IBD IN THE ELDERLY POPULATION: LONG-TERM DISEASE COURSE, SURGERY RATES AND BIOLOGICAL USE IN CROHN'S DISEASE AND ULCERATIVE COLITIS – A POPULATION-BASED STUDY FROM HUNGARY BETWEEN 1977–2020

Gonczi L.<sup>1</sup>, Angyal D.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1</sup>, Lakatos L.<sup>2</sup>, Golovics P.<sup>3</sup>, Padur T.<sup>4</sup>, David G.<sup>2</sup>, Erdelyi Z.<sup>2</sup>, Szita I.<sup>2</sup>, Ilias A.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1,5</sup>

1. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University; 2. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital; 3. Department of Gastroenterology, Hungarian Defence Forces Medical Centre; 4. Department of Gastroenterology, Grof Eszterhazy Hospital; 5. Division of Gastroenterology and Hepatology, McGill University Health Centre, Montreal

**Introduction:** There is a scarcity of population-based studies investigating therapeutic strategies and the long-term disease outcomes in inflammatory bowel diseases (IBD) amongst the elderly. The present study is a population population-based cohort from Veszprem Province, Hungary, with a follow-up of the incidence and disease course for over 40 years.

**Aims:** Our aim was to analyze long-term disease course, surgery rates, medication exposures (especially biological therapy) in a prospective population-based cohort of incident, elderly onset Crohn's disease and ulcerative colitis patients.

**Methods:** Patient inclusion was between January 1, 1977 and December 31, 2018. Patient follow-up ended December 31, 2020. Elderly-onset IBD was defined if diagnosis was established at more than 60 years of age. Disease characteristics and study endpoints were compared between elderly- and adult-onset patients in the total cohort. Disease outcomes and surgery rates were compared based on time of diagnosis: 'pre-biological era', 1977-2008; vs. 'biological era', 2009-2018. Both in-hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed at diagnosis and during clinical follow-up. Disease phenotype was evaluated based on the Montreal classification.

**Results:** Data of 840 CD and 1,295 UC patients were analyzed, 58 and 183 of which were elderly-onset IBD patients, respectively. Mean age at diagnosis was  $67.9 \pm 5.6$  for CD and  $68.1 \pm 6.5$  for UC patients. Proportion of patients with colonic (L2) disease location and stenosing behavior (B2) at diagnosis were higher in the elderly population compared to adult-onset CD ( $p=0.014$  and  $p=0.017$ , respectively). In UC, the prevalence of extensive colitis was less amongst the elderly ( $p=0.001$ ). In time dependent analysis, the probability of biological therapy was  $0.0 \pm 0\%$  and  $3.2 \pm 3.2\%$  at 1 and 5 years from diagnosis in elderly CD patients,  $7.8 \pm 3.3\%$  and  $16.6 \pm 4.8\%$  among elderly UC

patients, respectively. Biological therapy was significantly lower in elderly patients compared to adult-onset disease in CD [pLogRank=0.003], but similar exposure was seen amongst UC patients [pLogRank=0.770]. The cumulative probability of resective surgery in the elderly CD population was 31.1±6.1%, 32.9±6.2%, and 35.3±6.4% after 1, 5 and 10 years. There were no statistically significant differences in resective surgery rates between the elderly and adult-onset cohorts in CD [pLog Rank=0.838]. The cumulative probability of colectomy in elderly UC patients was 2.2±1.1%, 3.4±1.4%, and 3.4±1.4% after 1, 5 and 10 years, respectively. Colectomy rates in the elderly and adult-onset cohorts were similar [pLog Rank=0.435]. The probability of disease behavior progression in CD patients with luminal (B1) behavior into stenosing or penetrating phenotype (B2/B3) was lower among elderly patients, compared to adult-onset CD. [pLogRank=0.015]. Similarly, disease extent progression (E1/2>>E2/3) in elderly UC patients was also lower [pLogRank=0.022].

**Conclusion:** Elderly patients represent an increasing proportion of the IBD population. Biological therapy use was lower in elderly CD, however no different in elderly UC compared to adult-onset populations. There were no significant differences in resective surgery and colectomy rates between the elderly and adult-onset cohorts, whereas disease phenotype progression was slower in the elderly.

#### 46. ENDOSCOPIC FULL THICKNESS RESECTION IN GI TRACT – HUNGARIAN EXPERIENCES, THE FIRST 36 CASES

Gyökere T.<sup>1</sup>, Farkas T.<sup>1</sup>, Virányi Z.<sup>2</sup>, Palatka K.<sup>3</sup>, Horváth M.<sup>4</sup>, Hritz I.<sup>4</sup>, Sümegei J.<sup>5</sup>, Vincze Á.<sup>6</sup>, Böszö Z.<sup>7</sup>, Czákó L.<sup>7</sup>, Szepes Z.<sup>7</sup>

1. Department of Gastroenterology, Central Hospital of Northern Pest - Military Hospital, Budapest; 2. Department of Gastroenterology, Bács-Kiskun County Hospital, Kecskemét; 3. Department of Gastroenterology, Faculty of Medicine, University of Debrecen; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Center for Therapeutic Endoscopy, Semmelweis University, Budapest; 5. Department of Internal Medicine, Markhot Ferenc Hospital, Eger; 6. Division of Gastroenterology, 1st Department of Medicine, University of Pécs; 7. Department of Internal Medicine, Szent-Györgyi Albert Medical School, University of Szeged

**Introduction:** The Endoscopic Full Thickness Resection (EFTR) provides a novel method to resect gastrointestinal polyps or early tumors, both mucosal and submucosal ones. The intervention can be applied for lesions without deep submucosal invasion and with lateral extension less of around 25 mm.

**Aims:** We retrospectively collected data from the investigators who already performed at least one case in Hungary. The first intervention in Hungary was in October 2018, the last one in December 2023. We asked for the indication, the size of the lesion, the final pathology, technical success, R0 resection, full thickness resection, complications, subsequent surgery, follow up and local recidive lesions.

**Methods & results:** There were 36 cases, I sum, 9 in upper GI tract, 27 in large bowel. Two thirds of the patients were male, the mean age was 67.6 (39-81) years. The indications for upper EFTR were: neuroendocrine tumors in 3, GIST in 2, early cancer in 2, adenoma in 1 case, while the remaining case was an attempt to close an esophageal fistule. Four intervention was primary ones, while 4 were performed after unsuccessful primary resection. The location of the

intervention were: 3 in the body of the stomach, 2 in the antrum, 2 in subcardial region, 1-1 in cardia and esophagus. The technical success was 100% (9/9), full thickness resection succeed in 7/8, R0 resection in 5/8, there were no procedure related complications. In 1 of 5 followed patient had relapsing lesion. 3 surgery was performed in total, one for relapsing cancer at 9 months, 1 elective surgery after R1 resection of the GIST and in one esophageal case. Among 27 large bowel cases there were 10 primary ones, others were performed after previous unsuccessful resections. The location of the lesions were: 5 in rectum, 4 in rectosigmoid, 6 in sigmoid, 1 in descending colon, 1 in splenic flexure, 3 in transverse colon, 1 in hepatic flexure, 2 in ascending colon, 2 in caecum. Technical success was 88.9% (24/27), in one case the proximal lesion could not be reached by the device, in 2 other cases the snaring was unsuccessful, but these target lesions were removed by needle knife excision from the EFTR bed. Full thickness resection succeed in 77.3% (17/22), R0 resection in 17/22, as well. There were no procedure related complications. From the 8 patients followed up, in one of them after 39 months benign adenoma relapsed at the site of EFTR that was removed easily by snaring completely. 3 surgery had to be done, all after confirmation of the deep submucosal invasion of the cancer.

**Conclusion:** Initial Hungarian experiences confirm that EFTR is a safe and effective novel method to resect different difficult to resect lesions from the GI tract.

#### 47. RÖVIDBÉL SZINDRÓMÁS BETEGEK GONDOZÁSA – OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS SORÁN FELMERÜLŐ SZÖVŐDMÉNYEK

Györke O.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>2</sup>, Bandi T.<sup>2</sup>, Dakó S.<sup>2</sup>, Füstös D.<sup>2</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>3</sup>, Horváth M.<sup>2</sup>, Müllner K.<sup>2</sup>

1. Általános Orvostudományi Kar, Semmelweis Egyetem; 2. Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem; 3. Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Semmelweis Egyetem

**Introduction:** A bélelégtelenség a felszívódási zavarok ritka, legsúlyosabb formája, amely leggyakrabban a vékonybél jelentős részének sebészi eltávolítása, vagy a tápcsatorna működési zavarainak következtében alakul ki. A rövidbél szindróma (SBS) a bélelégtelenség több mint 60%-ának elsődleges oka, és a béltranszplantáció indikációját képezheti. Az elmúlt évtizedekben az érintett betegek kezelése jelentősen fejlődött, elérhetővé vált az otthoni parenterális táplálás (OPT), amelynek következtében a betegek életminősége és túlélési aránya egyaránt javult. A hosszútávú parenterális táplálás kivitelezéséhez elengedhetetlen tartós centrális vénás kanül (CVC) beültetése, ezért a kezelés során fellépő szövődményeket feloszthatjuk CVC asszociált, illetve nem CVC asszociált komplikációkra.

**Aims:** Munkánk során felmértük a Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán 2024. januárban aktuálisan gondozott SBS betegek szövődmény arányait gondozásba vételük óta. Megvizsgáltuk a parenterális táplálással összefüggő májelégtelenségre utaló laborértékeket, valamint a kanül asszociált fertőzések és thromboemboliák számát az otthoni parenterális táplálási (OPT) programban való részvétel időszaka alatt.

**Methods:** A betegek adatainak retrospektív elemzése, majd leíró statisztika alkalmazása történt. A klinikán gondozott, OPT programban résztvevő betegeknél kigyűjtésre került az SBS betegek nemek szerinti eloszlása, életkora, az SBS altípus szerinti megoszlása, az OPT programba kerülés időpontja, valamint a szövődmények tekintetében 0, 3, 6, 12,



24 és 36 hónapos GOT, GPT és GGT értékek, illetve a kanül infekciók és thrombosisok száma.

**Results:** A vizsgált időszakban 14 beteg állt gondozás alatt, nemek szerint 11 nő és 3 férfi. A betegek életkora 26 és 86 év között volt, az OPT programban pedig 1 és 69 hónap közötti időt töltöttek el. SBS patofiziológiáját tekintve a betegek 7,7 %-a ileocolicus anastomozissal, 30,8 %-a ileostomával és 61,6%-a jejunostomával rendelkezik. A parenterális táplálás beviteli módja 6 betegnél PICC-line kanül, és 8 betegnél Port-a-cath kanül volt. A szövődmények előfordulási gyakoriságát tekintve a vizsgált időtartamban a klinikán gondozott 14 betegből 4 betegnél jelentkezett CVC infekció, ebből 3 betegnél kanül asszociált véráramfertőzés (CRBSI) is fellépett. Kanül cserét összesen 7 betegnél kellett végezni, amelyet 3 betegnél CRBSI, 1 betegnél CVC infekció, 2 betegnél thromboembolia, és 1 betegnél kanül kimozdulása indokolt. A szövődményként fellépő 3 CRBSI-vel kezelt beteg közül 2 fő az átlagnál (20,2 hónap) hosszabb ideje vesz részt OPT programban (46, ill. 48 hónap).

**Conclusion:** A kezelés időtartamával nő a CVC asszociált komplikációk száma. A terápia megkezdését követő egy évben a betegek több mint felénél észleltünk májenzim emelkedést. Mind a 14 beteg átlagos májenzim értékeit vizsgálva egy kezdeti emelkedés, majd csökkenés, végül az idő előrehaladtával egy enyhe folyamatos emelkedés volt látható, amely a hosszú távú parenterális táplálás során kialakuló májkárosodás előjele lehet.

#### 48. MÁJENZIMELTÉRÉSEK ELŐFORDULÁSA AZ AMBULANTER GONDOZOTT GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK KÖRÉBEN

Halász R.<sup>1</sup>, Kis T.<sup>1</sup>, Incze O.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Pálvölgyi A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** A gyulladásos bélbetegek (IBD) körében fontos az extraintestinalis manifestációk közé sorolt immun-mediált hepatobiliaris betegségek, mint a primer sclerotizáló cholangitis (PSC) és a ritka granulomatosus hepatitis társulása. Ugyanakkor gyakran állnak egyéb okok az IBD-hez társult májenzimeltérések hátterében, úgymint a metabolikus eredetű zsírmáj (MASLD), gyakoribb az epeköves megbetegedés előfordulása és kiemelendő az IBD-ben alkalmazott gyógyszerek és biológiai terápiás szerek potenciális hepatotoxicitása, továbbá az immunuszuppresszív terápia mellett számolni kell a hepatitis B vírus reaktivációjával.

**Célkitűzés:** az IBD-s betegpopulációban retrospektíve egy keresztmetszeti kép formájában vizsgálni a májenzim eltérések gyakoriságát, valamint lehetséges okait, a gyógyszeres terápiával való összefüggés lehetőségét, gyakoriságát.

**Anyagok és módszerek:** IBD ambulancián három hónapos időtartamban megjelent betegek kerültek kigyűjtésre, hiányzó vérvétel vagy hemolízis által befolyásolt laborok miatti kizárást követően 699 esetben vizsgáltuk a demográfiai, klinikai és laboradatokat. Szignifikánsnak a normál érték másfélszeresét meghaladó aszpartát-, és/vagy alanin-aminotranszferáz értéket tekintettük. Ezen 35 eset (5%), mely 26 betegnek volt megfeleltethető, kapcsán vizsgáltuk a lehetséges etiológia irányába végzett vizsgálatok eredményét.

**Eredmények:** A vizsgált esetekben a férfi-nő arány közel azonos 49-51 % volt, az átlagéletkor 42,6 +/- 13,6 a betegség típusok eloszlása tekintetében colitis ulcerosa (UC) 42,8 % Crohn betegség (CD) 55,2 % és a nem egyértelműen besorolható (IBD-U) 2,0 %. Az emelkedett májenzim-

eltérésekkel vizsgált csoportban a férfi:nő arány 60-40%, az átlagéletkor a fentivel megegyező 42,6 +/- 13,6 az UC és CD aránya azonos 42,85 % míg az IBD-U 14,3 % volt. A vizsgált májenzimeltéréseket mutató betegpopulációban a leggyakoribb autoimmun marker emelkedés az ANCA volt (22%), nem ismert PSC esetén is (13%). BMI szerinti megoszlásban 37% normál testsúlyú, 44,5% volt a túlsúlyos, 15% elhízott. Lefolyás tekintetében nagy arányban előforduló krónikusan fennálló eltérések mellett kevés volt az átmeneti jellegű, melyből egy bizonyult egyértelmű azathioprin-toxicitásnak. A krónikus eltérések hátterében a PSC, metabolikus eredet volt a meghatározó etiológia. Az ismeretlennek tűnő etiológiájú eltérések további átvizsgálása folyamatban. Hepatológiai megjelenés az esetek 15%-ában történt.

**Konklúzió:** Fontos a májenzim értékek reguláris kontrollja az IBD-s ambuláns vizsgálatok során, hepatotoxicitás gyanúja az IBD terápia váltásának szükségességét vonhatja maga után. Vizsgált betegpopulációban a társult májenzimeltérések mértéke általában enyhe, fennállása általában krónikus volt. Az irodalmi adatokhoz hasonlóan az immun-mediált májbetegségek és NASH társulása meghatározó, a gyógyszer-indukálta májenzim-eltérések aránya az irodalmi adatokhoz képest elmaradt. A vizsgált populáció bővítése tervezett. Az eredmények felhívják továbbá a figyelmet a társzakták közötti együttműködés fokozására ebben a betegcsoportban.

#### 49. EPEÜTI KÓROKOZÓK LOKÁLIS REZISZTENCIA PROFIL VIZSGÁLATA A TOLNA VÁRMEGYEI BALASSA JÁNOS KÓRHÁZBAN

Halmos L.<sup>1</sup>, Kovalcsik Z.<sup>1</sup>, Baranyai G.<sup>1</sup>

1. Tolna Vármegyei Balassa János Kórház

**Bevezetés:** Az antimikrobiális rezisztencia növekedése egy globális szintű, évről-évre hangsúlyosabb probléma, amely már a rutin betegellátásban is egyre jobban érezhető hatását. Ez a jelenség nemcsak az alapellátásban gyakran használt antibiotikumokkal szembeni rezisztencia növekedését eredményezi, hanem azokat is, amelyeket kórházi körülmények között használunk. Az epeüti fertőzések egyik meghatározó kihívása a polimikrobás fertőzések széles spektrumú antibiotikum rezisztenciája, amely jelentősen befolyásolja a kezelési stratégiát és a betegség kimenetelét. 2023. május 26-án megjelent a Magyar Egészségügyi Közlönyben az Epeüt- és epehólyag-gyulladás: diagnosztikus kritériumok és terápia elnevezésű egészségügyi szakmai irányelv. Az irányelv célja, hogy egységes szemléletet biztosítson a cholangitis valamint cholecystitis ellátásában résztvevő szakmák számára, ide értve a terápiában alkalmazott antibiotikumokról való állásfoglalást is.

“Az antimikrobiális szerek kiválasztásakor figyelembe kell venni a lehetséges kórokozó antibiotikum érzékenységét, az alkalmazni kívánt antibiotikum farmakokinetikáját és farmakodinámiáját, **helyi antibiotikum rezisztencia viszonyokat**, az antibiogramot, a korábbi antimikrobiális szerek használatát, a beteg vese- és májfunkcióit, valamint a beteg allergiás előzményeit.”

Ebben a tanulmányban, az irányelv útmutatása szerint, a helyi antibiotikum rezisztencia viszonyokról való tájékozódással próbálunk hozzájárulni a kórházunkban indított empirikus terápia megválasztásához.

**Metodika/Módszertan:** 2016-tól 2022-ig elemeztük az ERCP vizsgálatok során nyert epemintákból készült leoltásokat. Az adatbázisban összesen 136 epeüti minta szerepelt, ebből 84 minta nőtől, 51 minta férfitól származott. A 136 mintából 39 különböző faj került izolálásra, az izolált



organizmusok száma pedig összesen 459 volt. Azonosítottunk 9 beteget, akiknek másod, illetve harmad ülésés ERCP vizsgálatuk is történt, itt csak az index ERCP-ből származó mintákat használtuk fel. Az így kialakított adatbázisban 126 minta található. Ezt követően kiválogattuk azokat a mintákat, melyeknél zárójelentések alapján cholangitis/cholecystitis állt fent, ez összesen 103 beteget jelentett. Meghatároztuk a leggyakrabban előforduló kórokozókat, ezek antibiotikum érzékenységét, majd ez alapján összehasonlítottuk az összes leoltásból származó antibiogramokat a cholangitis/cholecystitis esetén készült antibiogramokkal.

**Eredmények:** A gyakoriságok tekintetében a leggyakoribb kórokozók hármast tartalmaznak. Így az első három helyen *E.coli*, *Bacteroides*, valamint *E.faecalis* szerepel. A cholangitises valamint nem cholangitises esetekben az első hármast tartalmazó clusterben nincs gyakoriságbeli különbség. A második hármast tartalmazó clusterben  $\alpha$ -hemolizáló streptococcus *Klebsiella oxytoca* valamint *Clostridium species* szerepelnek, csupán annyi eltéréssel, hogy cholangitis esetén a clusteren belüli sorrend változik. Érdekes eredményünk, hogy a magyar ajánláshoz képest, a szekszárdi beteg populációban az anaerob reprezentáltság jóval nagyobb, az összes esetet tekintve 26%. Ennek hátterében a mintavétel időpontja és a termostátba helyezés időpontja közötti rövid időablak valószínűsíthető. Gyakoriságban a következő kórokozó az *E.faecium* volt, mely széles antibiotikum rezisztenciájáról ismert, így a gyakorisága nagy mértékben befolyásolja az empirikus antibiotikum megválasztását. *E.faecium*-ot követő kórokozók melyekre még elvégeztük a rezisztencia profil vizsgálatot: *Enterobacter sp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Fusobacterium sp.*, *Pseudomonas aeruginosa*.

A következőkben az egyes kórokozókat részletezzük antibiotikum érzékenység szempontjából. Az ajánlás alapján azt az antibiotikumot jelöltük meg empirikus terápiára alkalmasnak, amivel szemben a várható rezisztencia <10%.

***E.coli*:** *imipenem/cilastatin*, *ertapenem*, *meropenem*, *gentamicin*

***E.faecalis*:** *imipenem/cilastatin*, *amoxicillin*, *ampicillin*, *vancomycin*

**$\alpha$ -hemolizáló streptococcus:** *imipenem/cilastatin*, *ertapenem*, *meropenem*, *amoxicillin*, *ampicillin*, *ceftriaxone*, *cefotaxime*, *piperacillin/tazobactam*, *vancomycin*,

***Klebsiella oxytoca*:** *imipenem/cilastatin*, *ertapenem*, *meropenem*, *ceftazidime*, *ceftriaxone*, *cefotaxime*, *cefixime*, *gentamicin*, *tobramycin*, *sulfomethoxasole*, *piperacillin/tazobactam*

***Enterococcus faecium*:** *linesolid*, *quinopristin*, *tigecyclin*

***Enterobacter sp.*:** *imipenem/cilastatin*, *meropenem*, *ertapenem*, *ciprofloxacin*, *levofloxacin*, *moxifloxacin*, *trimethoprim/sulfomethoxasole*, *tobramycin*, *gentamicin*

***Klebsiella pneumoniae*:** *imipenem*, *meropenem*, *ertapenem*, *gentamicin*,

*Pseudomonas aeruginosa*: *ciprofloxacin*, *tobramycin*

Cholangitises esetekben érdemi eltérés a rezisztencia viszonyokban nem volt, egyes antibiotikumokkal szemben 1-2%-os rezisztencia növekedés, másokkal szemben csökkenés figyelhető meg.

Gyakran használt antibiotikumok és a velük szemben mért összérzékenységek:

(anaerob fajok nélkül)

***imipenem/cilastatin*: 79,1%**

***piperacillin/tazobactam*: 78,5%**

***ceftriaxone*: 56,3%**

***amoxicillin/clavulánsav*: 56,27%**

***ciprofloxacin*: 48,6%**

***levofloxacin*: 45,3%**

***moxifloxacin*: 45,3%**

***vancomycin*: 35%**

A fenti értékekből jól látszik, hogy olyan antibiotikum mely valamennyi izolált ágens ellen hatékony lenne nincs. A gyakorisági sorban *E.faecium*ig bezárólag *E.coli*, *Bacteroides sp.*, *E.faecalis*,  $\alpha$ -hemolizáló streptococcus, *Klebsiella oxytoca* valamint két anaerob törzs: *Bacteroides sp* és *Clostridium sp.* található. Mivel a multirezisztencia *E.faecium* esetén hirtelen megnő, így kézenfekvő, hogy a gyakoribb törzsekre végezzük el az összerezisztencia meghatározást. Így egy feltételezett *E.coli*, *E.faecalis*,  $\alpha$ -hemolizáló streptococcus valamint *Klebsiella oxytoca*-ból álló teoretikus polimikrobás fertőzés esetén a következő érzékenységeket állapíthatjuk meg:

***imipenem/cilastatin*: 100%**

***piperacillin/tazobactam*: 92,3%**

***amoxicillin/clavulánsav*: 75,5%**

***ceftriaxone*: 62,8%**

***ciprofloxacin*: 44%**

***levofloxacin*: 44,4%**

***moxifloxacin*: 44,4%**

***vancomycin*: 43,9%**

Fontos megjegyezni, hogy *piperacillin/tazobactam* esetén a leggyakoribb kórokozókra számított összerezisztencia meghaladja a 90%-ot, ugyanakkor ezzel az antibiotikummal szemben a leggyakrabban izolált *E.coli* (magas ESBL arány miatt) csak 82,7%-ban érzékeny. A mintában szereplő 11 ESBL izolátum azonban 100%-os érzékenységet mutatott *tripthoprim/sulfomethoxasol*-val szemben, így a *piperacillin/tazobactam*+*trimethoprim/sulfomethoxasol* kombináció már használható alternatívává válik. Carbapenemek esetén az *imipenem* érzékenység vizsgálat mellett az *ertapenem*, illetve *meropenem* mikrobiológiai érzékenység vizsgálata gyakran nem történt meg, ezért ezek a hatóanyagok kimaradtak az összerezisztencia számításból.

Továbbá jól látható, hogy a fluorokinolon rezisztencia a mi ellátási területünkön is markáns, ezekkel a készítményekkel szemben a várható érzékenység nem éri el az 50%-ot.

Vizsgálatunk során megállapítottuk, hogy a Tolna Vármegyei Balassa János Kórház beteganyagában a multirezisztencia kifejezett Empirikus terápiaként a leggyakoribb kórokozókra vonatkoztatva, 90%-os várható érzékenységi küszöbvel, monoterápiaként ***imipenem/cilastatin*** indítását javasoljuk, különösképpen mert anaerob spektrummal is rendelkezik.

## 50. NYELŐCSŐ TÉRFOGLALÁS ÉS AML – ESETBEMUTATÁS

Hankó L.<sup>1</sup>, Szombath G.<sup>1</sup>, Jakab L.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Masszi T.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Hematológiai Klinika

Az akut myeloid leukémia (AML) éretlen progenitor őssejtek burjánzása, mely medulláris és extramedulláris megjelenésű lehet. Az extramedulláris infiltráció (EMI) prevalenciája akár 19% is lehet. Az extramedulláris manifesztációt myeloid szarkómának (MS) nevezik, és számos anatómiai lokalizációban előfordulhat. A leggyakoribb elhelyezkedése a bőr, központi idegrendszer és a nyirokcsomók. A MS megjelenhet AML-hez kapcsolódóan, a diagnózis vagy relapszus időpontjában, valamint primeren is. Az utóbbi esetekben gyakori az AML-be történő progresszió.

A gasztrointesztinális rendszerben az AML leggyakrabban a gyomrot, ileumot és a proximális vastagbelet érinti (10%-11%), nodulus, plakk, diffúz infiltrátum vagy polypus formájában. A klinikai tünet lehet az intussusceptio, ill. ileus okozta hasi fájdalom, vérzés, esetleg perforatio. Az MS

nyelőcsőben való megjelenése ritka, az irodalomban néhány esetbemutató is lehetséges.

Egy 77 éves férfi beteg esetét mutatjuk be, aki odynophagia, 3 kg-os testsúlyvesztés miatt jelentkezett Intézetünkben. Vérképében emelkedett fehérvérsejtszám (FVS: 44.1 G/L), enyhe anaemia (Hb: 94g/L) és thrombocytopenia (70G/L) mutatkozott, mely alapján akut leukémia gyanúja merült fel. Nyelés röntgen, illetve mellkas CT vizsgálata a nyelőcső proximális szakaszában 2cm-es térfoglalást igazolt, egyéb lokalizációban térfoglalás nem látszott. Gastroscopia során a nyelőcső felső harmadában, a felső záróizom alatt a lument több mint felére szűkítő, felhányt szélű terimét írtunk le. A leírt elváltozás szövettani vizsgálata, malignitást nem, lobejtekben gazdag sarjszövetet írt le.

Csontvelő biopszia akut myelomonocyter leukémiát igazolt. A beteg idős korára tekintettel palliatív, cytoreduktív kezelés indult (venetoclax 100mg/nap). A negatív szövettan miatt újabb gasztroszkópia történt, melynek során a korábbiaktól merően más kép mutatkozott. Az elváltozás jelentős méretbeli csökkenését észleltük, azonban a látott kép alapján továbbra is felmerült malignitás lehetősége. Az ekkor vett szövettani minta, az AML ismeretében, igazolta a MS jelenlétét a CD-117 pozitivitás segítségével. A beteg állapota az alkalmazott kezelés ellenére is gyorsan progrediált, és szepiticus szövődésben elvesztettük.

**Összefoglalva:** a MS megjelenése egy relatíve gyakori szövődés az AML-nek, azonban a nyelőcső elhelyezkedés ritka. Az EMI rossz prognosztikai tényező, de a kezelés hatására a laesio gyors regressziója figyelhető meg, amit esetünkben is tapasztaltunk.

## 51. NEW THERAPEUTIC APPROACHES IN THE CARE OF PATIENTS WITH BILIARY TRACT CANCERS

Harisi R.<sup>2</sup>

2. Department of Oncology, Centre Hospital of South-Pest-National Institute of Haematology and Infectology, Department of Clinical Studies, Faculty of Health Sciences, Semmelweis University, Bud

**Introduction:** Biliary tract cancers (BTCs) account for <1% of all human cancers. Cholangiocarcinoma (CCA) is the second most common primary liver cancer after hepatocellular carcinoma (HCC). They are very aggressive tumors, often refractory to chemotherapy and associated with an overall poor prognosis.

**Results:** Surgical resection remains the only potentially curative treatment option, but less than 30% present with resectable disease. Unfortunately, most patients are diagnosed at an advanced disease stage. In addition to first and second-line chemotherapies, novel targeted therapy and immunotherapy strategies will play an important role in advancing therapeutic approaches to biliary tract cancers. Therapies targeting IDH-1, FGFR-2, BRAF, HER-2, NTRK genomic alterations have demonstrated clinical benefit for patients with BTC. The addition of durvalumab, a monoclonal antibody targeting the immune checkpoint programmed cell death ligand-1, to CisGem in the first-line treatment of advanced BTC has shown an overall survival benefit. In patients receiving systemic therapies for advanced, recurrent or metastatic disease, best supportive care should include active identification and management of obstructive complications. Percutaneous transhepatic drainage is recommended if endoscopic stenting is not possible or to complete a partial endoscopic drainage, and a metal stent is preferred in patients with a life expectancy of >3 months.

**Conclusion:** More scientific and clinical efforts are warranted in order to identify targetable molecular mechanisms of cholangiocarcinogenesis, develop innovative

therapeutic strategies and improve our ability to stratify patients to offer them the best therapeutic strategy available.

## 52. THE ROLE OF TRPV6 VARIANTS IN CHRONIC PANCREATITIS IN HUNGARY

Hegede R.<sup>1</sup>, Pesei Z.<sup>2</sup>, Berke G.<sup>1</sup>, Németh B.<sup>3</sup>, Erőss B.<sup>1,4,5</sup>, Farkas G.<sup>6</sup>, Szentesi A.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>7</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>1,4,5,9</sup>, Hegyi E.<sup>1</sup>

1. Institute for Translational Medicine, University of Pecs Medical School; 2. Department of Medical Genetics, Albert Szent-Györgyi Health Centre; 3. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine – University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 6. Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School; 7. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 8. Department of Surgery, University of California Los Angeles; 9. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged

**Introduction:** Genetic studies performed so far identified only two pancreatitis risk genes which are mainly expressed in ductal cells of the pancreas; *CFTR* (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) and *CLDN2* (claudin 2). According to recent findings, functionally defective variants in a Ca<sup>2+</sup>-selective ion channel predominantly expressed in pancreatic ducts named *TRPV6* (Transient Receptor Potential Vanilloid subfamily member 6) are associated with early-onset, non-alcoholic chronic pancreatitis.

**Aims:** Our aim was to verify the role of *TRPV6* variants in a Hungarian non-alcoholic chronic pancreatitis population.

**Methods:** Patients were recruited from the Hungarian National Pancreas Registry. Exons 2-15 of the *TRPV6* gene were analyzed by PCR and Sanger sequencing in 145 non-alcoholic chronic pancreatitis patients and 300 controls. *In silico* analysis was performed using REVEL meta-predictor.

**Results:** We identified 7 common variants (p.C197R, p.T400=, p.M418V, p.N504=, p.T641=, p.G666=, p.M721T), 3 previously reported functionally benign rare *TRPV6* variants (p.R220W, p.L299Q, p.T309M), and 8 rare novel variants (p.P143L, p.T159I, p.R194C, p.T309=, p.P352=, p.R449K, p.G501C, p.I581=) variants. The T allele of the common c.1512C>T (p.N504=) variant was significantly overrepresented in cases (37/250, 14.8%) compared to the control group (42/462, 9.1%) (OR= 1.7; p=0.027; 95% CI 1.09-2.8). From the 8 rare novel variants, p.P143L, p.T159I and p.R194C were present exclusively in patients; the p.T309= occurred in one patient and one control, respectively; while four variants (p.P352=, p.R449K, p.G501C, p.I581=) were found only in controls. *In silico* analysis classified 3 of the novel rare variants (p.T159I, p.R449K, p.G501C) as potentially pathogenic.

**Conclusion:** None of the previously reported functionally impaired *TRPV6* variants were found in this Hungarian chronic pancreatitis cohort. We identified 3 novel potentially pathogenic rare variants p.T159I, p.R449K, p.G501C. The common variant p.N504= was significantly associated with the disease, however, independent replication will be required to confirm this finding.

### 53. TWO IS BETTER THAN ONE? – ASSESSMENT OF DIAGNOSTIC YIELD OF SMALL BOWEL CAPSULE ENDOSCOPY WITH DUAL CAMERA

Helle K.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Vadászi K.<sup>1</sup>, Inczei O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>2</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert-Szent Györgyi Medical Center, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Endo-Kapszula Endoscopy Center, Székesfehérvár, Hungary

**Introduction:** Small bowel (SB) capsule endoscopy (CE) has been purposed to investigate small bowel pathologies since 2001. It is the gold standard diagnostic modality for obscure gastrointestinal bleeding (OGIB); although, the original version with a single camera is reported to visualize only about 30-40% of the mucosal surface of the small bowel on average. The addition of a second lens is suggested to improve the diagnostic potential; however, only a few and controversial data are available in the literature.

**Aims:** To assess and compare the efficacy of SBCE with single versus dual camera in the detection of SB pathology in patients with OGIB.

**Methods:** A single-center retrospective comparison study was conducted in a tertiary care department. We collected data about the diagnostic value of SBCE with a dual camera in our database. We assessed the presence and visibility of minor and major pathologies in both ways.

**Results:** We enrolled 74 patients (M/F: 37/37). The overall analysis detected angiodysplasia in 33 patients (45%), ulcers in 11 (15%), erosions in 4 (5%), tumors in 3 (4%), and polyps in 2 (3%) patients, respectively. Minor lesions (without the risk of obscure bleeding, such as xanthoma, phlebectasia, lymphangiectasia, and red spots) were found in 18 cases (24%). There were no significant findings in 25 patients (34%). In 55% of the patients (41/74), we found a lesion that was only seen by one camera, including 29 cases (29/41, 70%) where a major risk lesion was visible. In 16 patients (16/74, 22%), one direction was completely negative, while the other was positive. Moreover, three-quarters of them, 12 patients (16% of the total studied population) had at least one lesion with a major risk for bleeding, meaning that approximately 1 out of 6 patients with negative single lens SBCE has a false negative result.

**Conclusion:** The addition of a second camera seems to significantly improve the diagnostic accuracy of SBCE; therefore, the dual camera SBCE may be preferable to the standard single-lens method.

### 54. AZ AUTONÓMIA TÁMOGATÁS SZEREPE GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGGEL ÉLŐ SZEMÉLYEK ÖNMENEDZSMENTJÉNEK FEJLESZTÉSÉBEN

Horvát B.<sup>1</sup>

1. SZTE Belgyógyászati Klinika Nyugati Telephelye

**Bevezetés:** A gyulladással járó bélbetegségek elsősorban a bélrendszert érintő, krónikus betegségek, amelyek jelentősen befolyásolják az érintettek életminőségét. A betegséggel való hatékony megküzdés részét képezi a megfelelő önmenedzsmeni, valamint az egészségi állapot fejlesztésére irányuló egészségmagatartási formák kialakítása. Az egészségmagatartással kapcsolatos motiváció szempontjából kiemelt jelentősége van az egészségügyi szakember autonómiát támogató attitűdjének.

**Célkitűzés:** Kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy milyen szerepe van az autonómia támogatásnak az egészségcélokkal kapcsolatos motiváció, azaz az én-konkordancia és az énhatékonyság erősítésében.

**Módszer:** A keresztmetszeti, kérdőíves felmérés során 377 felnőtt gyulladással járó beteget; 241 fő (61,6%) Crohn-beteget, 133 fő (34,0%) colitis ulcerosás beteget vontunk be a kutatásba. Az adatgyűjtés személyes mintavételi eljárással zajlott, a Szegedi Belgyógyászati Klinika IBD Centrumában 2022 november és 2023 február között. A kérdőívcsomagban a demográfiai és betegség-specifikus kérdéssoron túl személyes egészségcélokkal kapcsolatos kérdések szerepeltek. Az egészségcélokkal kapcsolatban a következő változókat mértük fel: kezelőorvostól kapott autonómia és direktív támogatás, én-konkordancia, énhatékonyság, pozitív és negatív érzelmek.

**Eredmények:** Azok az IBD-s páciensek, akik kezelőorvosuktól autonómia támogató hozzáállásban részesülnek, egészségcéljaik megvalósítása során magasabb én-konkordanciáról és énhatékonyság érzésről számolnak be. Ezeknek a belső pszichés erőforrásoknak szerepük lehet a hatékonyabb önmenedzsmeni kialakításában, mely hozzájárulhat általános jóllétük kedvezőbbé válásához.

**Következtetések:** Fontos a jövőben olyan pszicho-educációs egészségpszichológiai programokat tervezni IBD-s páciensekkel foglalkozó egészségügyi szakemberek számára, amely során az autonómia támogató hozzáállás jellemzőiről és előnyeiről tájékoztatjuk őket, hogy ez által elősegíthessék az IBD-vel élő személyek betegséggel kapcsolatos önmenedzsmeni sikerességét.

### 55. EPEÚTI IDEGENTESTEK

Horvát G.<sup>1</sup>, Makai G.<sup>1</sup>

1. Gyöngyösi Bugát Pál Kórház, Gasztroenterológiai Profil

Az epeútban előforduló idegentestek aránylag ritkák. Az irodalomban eseteleírásokat lehet találni, bár biztosan több eset fordul elő, mióta a sebészi és laparoscopos beavatkozások technikája során, ártatlan idegentesteket hagynak a hasüregben, epeútban akarva-akaratlanul (fém és műanyag clipek, géz, „textilomát” képezve, sebészi tű, varratok stb. Az endoscopia során is maradt idegentest az epeútban akaratlanul, pl. baszakadt, fel nem ismert stent, bent felejtett stent, kötőréz vége stb. A lenyelt anyagok is bejuthatnak az epeútba, zömmel EST-t követően, de leírtak anélkül is pl: leggyakrabban halcsont, de cseresznye szár, fogpiszkáló, lenyelt színes-gombostű, zeller szár és levél. Bevándorolhatnak férgek, valamint találtak már lövedéket, akna szilánkot sérüléseket követően évekkel. Időnként kőképződés magját képezi, de gyakran csak tüneteket, fájdalmat okoz.

**1 eset:** 71 éves nőbeteg, akinek mellékleletként igazolódott epeúti tágulata, benne kőárnyékkal, normál labor értékekkel. Az ERCP során közel 3,5 cm-es, a szövettan szerint növényi sejteket tartalmazó, fogpiszkáló-szerű idegentestet találtunk, melynek végén buzogány-szerűen kő képződött. EST után eltávolítottuk. Régen lenyelt idegentest lehetett, melynek epeútba jutását az előzőekben többször elvégzett EST megkönnyítette, valamint kőképződés magját képezte.

**2. eset:** 35 éves nőbeteg, akinek 2 évvel a laparoscopos epehólyag eltávolítás után, jellemzően étkezést követően jelentkeztek típusos görcsei, normál labor értékek mellett. A hasi uh és az MRCP 8 mm tág epeutat, benne 3-8 mm körüli, bizonytalan árnyékot írt el. Nehezen döntöttünk az ERCP mellett. A kontrasztanyag után, nem láttunk kontrasztanyag kiesést. EST történt, mely után Dormiával műanyag laparoscopos clip került eltávolításra. Panaszmentessé vált. Az eseteinket ritkasága miatt mutatjuk be. Felhívja a figyelmet arra, hogy ilyen is lehet, valamint a cholecystectomyt követően, főleg átlag 2 év után, gondolni kell a clip bevándorlásra is.

## 56. QUO VADIS, CHOLANGIOSCOPIA?

Illés D.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAOK Belklinika Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** A benignus epeúti szűkületek talaján kialakult következményes epeúti kövesség megoldása a mai napig kihívást jelent a mindennapi gyakorlatban. Különösen igaz ez akkor, amikor nagy méretű epeúti kövességhez társuló cholangitis alakul ki tartósan immunszupprimált beteg esetén.

**Esetbemutató:** A colitis ulcerosa és társuló primer sclerosáló cholangitis, következményes májcirrhosis miatt 2015-ben orthotopiás májtranszplantáción átesett 30 éves férfibeteg átvételére epigastriális fájdalom és icterus miatt került sor. Sürgősségi osztályon laborjában obstrukciós túlsúlyú májenzimérték-emelkedés, direkt hyperbilirubinaemia, emelkedett CRP, leukocytosis volt észlelhető, hasi ultrahang vizsgálaton a d. choledochus 27 mm-es tágulata és következményes intrahepaticus epeúttágulat került leírásra. Empirikus kombinált antibiotikus kezelés mellett végzett ERCP során purulens cholangitis valamint a d. hepatocholedochus anasztomózisának szűkülete volt látható, ettől proximálisan nagy méretű, disztálisan apróbb kövesség igazolódott. Epetenyésztés végett mintavétel, majd EST-t követően a disztálisabb kövek részleges extractioja, 2 db plastic stent implantatioja történt szövödménymentesen. Ezt követően kontroll laborban gyulladáshoz paraméterek regresszióját észleltük, azonban hyperbilirubinaemia stagnált, így második ülésben egy, a korábbiaknál hosszabb plastic stent implantatioja történt, mely már jó hatékonyságát igazolódott. Cholangioscopos kőtörés iránti egyedi méltányossági kérelem benyújtásra került, a beteget panaszmentesen otthonába bocsájtottuk.

**Következtetés:** a bemutatni kívánt eset elsőként példázza a cholangioscopos kőtörés mint elegáns, minimálinvazív beavatkozás létjogosultságát benignus epeúti szűkület talaján kialakult nagy méretű epeúti kövesség esetén – egy speciális, érzékeny betegcsoportban.

## 57. EXAMINATION OF THE INVOLVEMENT OF DIFFERENT COLONIC SEGMENTS AND MUCUS LAYER IN THE PATHOPHYSIOLOGICAL PROCESS IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Inczei O.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1</sup>, Bagyánszki M.<sup>2</sup>, Bódi N.<sup>2</sup>, Róka R.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, Centre for Gastroenterology, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Irritable bowel syndrome (IBS) is a common gastrointestinal disease with great impact on healthcare system. Pathophysiology is not completely understood. Elevated intestinal permeability was documented in diarrhea predominant subtype (IBS-D), mucosal microinflammation and the role of mucus layer is suggested.

**Aims:** Our aims were to examine the involvement of these pathophysiological factors in different intestinal segments.

**Methods:** IBS-D and control patients were involved. Colonoscopy was performed with biopsy sampling. Permeability of biopsy samples was measured in Ussing-chambers. Adherent mucus layer thickness, intestinal Muc-2 expression as well as intestinal IL1 $\beta$  and IFN $\gamma$  expression were evaluated by histology/immunohistochemistry and ELISA assay respectively.

**Results:** Intestinal permeability was significantly elevated in the ascending colon of the IBS-D patients compared to the controls. Adherent mucus thickness in accordance with the literature data was significantly thicker in the sigmoid colon

compared to the ascending colon in control subjects. This segmental difference was not observed in IBS patients. In case of IBS a significant adherent mucus thickness reduction was observed in both examined segments. Muc-2 positive cells proportion in crypts was significantly higher in the sigmoid colon compared to ascending colon in control group. This segmental difference is not observable in IBS-D patients. Sigmoid colon segments of IBS-D patients show a significantly reduced number of Muc-2 positive cells compared to the control. Tissue cytokine analysis showed a significant IL1 $\beta$  expression elevation in the ascending colon and a significant IFN $\gamma$  elevation in the sigmoid colon of the IBS patients compared to healthy individuals.

**Conclusion:** The study shows the physiological variance regarding to the adherent mucus thickness and mucus secreting cell count in the different colon segments. Our study verifies the segmental difference in permeability alteration and shows adherent mucus thickness reduction in IBS-D. Inflammatory markers show moderate elevation and segmentally different pattern in IBS-D compared to the controls. These results show the segmentally different pathophysiology in IBS-D. Mucus thickness alteration can be a new therapeutic target for the treatment.

Funding was provided by Hungarian National Research, Development and Innovation Office under grant agreement No.116370.

## 58. OUR EXPERIENCES WITH NEW MEDICATIONS FOR IBD REACHED BY INDIVIDUAL PERMISSION FROM THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND OF HUNGARY

Ivány E.<sup>1</sup>, Zsilák-Urbán M.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged

**Introduction:** More and more therapeutic methods are available in the treatment of inflammatory bowel disease (IBD) worldwide and in Hungary, too. At this time, many of these new promising options are only accessible with individual permission from the National Health Insurance Fund of Hungary (NEAK).

**Aims:** Our aim was to analyze data of patients who applied for individual support for novel special medication for IBD at our department.

**Methods:** Data were collected retrospectively of patients who applied for support for a medicinal product for IBD from NEAK at our department from 1st January, 2023 until now. The type of applied medication, the duration of drug administration, number of prior biologics and the effect of the requested therapy were analysed.

**Results:** 202 applications were submitted to the NEAK from our department for gastroenterological medication in the examined period, mainly for prucaloprid and cholestyramin. 72 requests were related to specifically IBD therapy. 57 applications (79%) were approved, 15 (20,8%) are under evaluation currently. None was rejected by NEAK yet. 56,6 days was the average time of judging. The patients average age was 39,2 $\pm$ 11,3 years, 38 (52,8%) men and 34 (47,2%) women. 48 patients (66,7%) were treated with Crohn's disease, 19 (26,4%) with ulcerative colitis, the rest were diagnosed as IBD-U (n=5, 6,9%). 25 (34,7%) applications for upadacatinib, 25 (34,7%) for darvadstrocel, 2 (2,8%) for primary ustekinumab, 2 (2,8%) for mirikizumab, 2 (2,8%) for risankizumab, 1 (1,4%) for ozanimod and 15 (20,8%) for combination biological therapy were presented. In 15 cases (20,8%) permission was received but the requested therapy

has not been administered yet because of conditional improvement or the patient rejected it. Most of the patients had 4 prior biologics, only 2 patients were naive to biological therapy. Only 2 patients' requested therapy was aborted, one was changed from upadacitinib to ozanimod after 149 days, in the other case the upadacitinib and vedolizumab combination therapy was reduplicated to vedolizumab after 67 days due to adherence problems. 24 patients are still on the requested therapy. Average duration of medicine use is  $158 \pm 91$  days at present. In the darvadstrocel group 15 (60%) was successfully treated, 3 (12%) was unsuccessful, in 7 (28%) cases it has not been used yet.

**Conclusion:** During time more experiences will be collected of novel therapeutical options for IBD and they will be more simply available. Hopefully, these will help to reach personalized therapy in the future.

### 59. A NEUTROFIL-LIMFOCITA ARÁNY (NLR) ÉRTÉKE A BAKTERIÁLIS FERTŐZÉS AZONOSÍTÁSÁRA ÉS A RÖVID TÁVÚ HALÁLOZÁS ELŐREJELZÉSÉRE MÁJCI RRÓZISIS AKUT DEKOMPENZÁCIÓJÁBAN (AD) SZENVEDŐ BETEGEKNÉL

Jánka T.<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>

1. Debreceni Egyetem Klinika Központ, Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A májcirrózisos betegek nagyon fogékonyak a bakteriális fertőzésekre, ami jelentősen befolyásolja a túlélést, de az infekciók kimutatására jelenleg használt biokémiai paraméterek nem elég megbízhatóak ebben a betegpopulációban.

**Módszerek:** Megvizsgáltuk, hogy a fehérvérsejt- (WBC) és a neutrofil granulocitaszám (PMN), valamint a neutrofil-limfocita arány (NLR) és ezen paraméterek változásai ( $\Delta$ WBC,  $\Delta$ PMN, valamint  $\Delta$ NLR) mennyire alkalmasak a fertőzés azonosítására és a rövid távú halálozás előrejelzésére májcirrózisos betegeknél, összehasonlítva az ismert akut fázis fehérje szintekkel, mint a C-reaktív protein (CRP) és a prokalcitonin (PCT).

**Eredmények:** 233 májcirrózis akut dekompenzációjával (AD) hospitalizált beteget vontunk be vizsgálatunkba, akiket 90 napig követtünk, illetve. Minden beteg esetén a bentfekvést megelőző 1 hónapon belüli járóbeteg-szakellátás során végzett felülvizsgálatkori labor értékeit tekintettük kiindulási, ún. baseline labor értéknek. A baseline laborértékek és az AD-epizód kapcsán a felvételi laboratóriumi paraméterek közötti különbséget delta ( $\Delta$ ) értékeként határoztuk meg. A deltaértékek nem javították a vizsgált paraméterek diagnosztikus és előrejelző értékét. A CRP szintet találtuk a fertőzés legjobb diagnosztikus markerének (AUC-ROC: 0.736,  $p < 0.001$ ). A rövid távú halálozás előrejelzésében az NLR érték jobbnak bizonyult, mint a WBC [HR: 1.958 (95% CI: 1.093–3.508),  $p < 0.024$ ] vs. (HR: 1.77 (95% CI: 0.722–4.336),  $p < 0.212$ ). Eredményeink alapján az NLR alkalmasabb lehet a rövid távú halálozás előrejelzésére májcirrózis AD epizódja során, mint a CLIF-C AD-pontszám kalkulálásához jelenleg használt WBC-szám.

### 60. FAECAL PAI-1 LEVEL IS A NEW TOOL FOR MONITORING DISEASE ACTIVITY AND THERAPEUTIC RESPONSE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES - RESULTS OF THE LDN-051 PROJECT

Jórárt B.<sup>1,2,3,5</sup>, Resál T.<sup>2,6</sup>, Kata D.<sup>4</sup>, Molnár T.<sup>2,3</sup>, Bacsur P.<sup>2,6</sup>, Szabó V.<sup>2,3,5</sup>, Varga Á.<sup>2,3,5</sup>, Szántó K.<sup>2</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3,5</sup>, Földesi I.<sup>4</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,5</sup>, Farkas K.<sup>2,6</sup>

1. Ladon Therapeutics Ltd., Szeged, Hungary; 2. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. ELKH-USZ Momentum

Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 4. Institute of Laboratory Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 6. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary

**Introduction:** Crohn's disease and ulcerative colitis, two forms of inflammatory bowel disease (IBD) require lifelong treatment and patient monitoring. Current predictors of relapse and therapeutic success have limitations, therefore there is a high unmet need to identify novel biomarkers in IBD. Monitoring approaches for IBD are mostly invasive, time-consuming, and expensive. Therefore, a simple, rapid, and non-invasive test, with the ability to differentiate IBD from other gastrointestinal conditions and to monitor disease activity, will have important clinical implications. Our previous mucosal cytokine profiling identified that Plasminogen activator inhibitor type 1 (PAI-1) is expressed in IBD patients with active disease, but not in control.

**Aims:** Therefore, we aimed to assess the utility of PAI-1 in monitoring disease activity and therapeutic response of IBD patients in different biological samples.

**Methods:** Serum, biopsy, and faecal samples were collected from more than 160 IBD patients and controls without IBD. ELISA method was used to define the level of PAI-1 in the mucosa, serum, and faecal samples and the serum CRP levels were also determined. For the mucosal gene expression analysis qRT-PCR was used. The correlation and ROC analyses were applied to observe the relationship between the disease activity and PAI-1 level.

**Results:** The applied screening approach detected significantly higher expression of PAI-1 in active IBD. We demonstrated that the serum, mucosal, and faecal PAI-1 concentration was significantly elevated in IBD patients showing clinical and endoscopic activity. Additionally, the initial PAI-1 level decreased significantly upon successful therapy in responder patients, whereas it remained unchanged in non-responders. We also showed that faecal PAI-1 selectively increases in active IBD patients, but not in other organic gastrointestinal diseases. In addition, the stability analysis of faecal PAI-1 showed that the protein was detectable for up to one week at room temperature and 4°C. The serum, mucosal, and faecal PAI-1 levels showed positive correlation to the endoscopic activity. ROC curves demonstrated that faecal PAI-1 showed a relatively high power to distinguish between active and control patients. However, the serum CRP level reflected to the disease activity, but not to the therapeutic response. Correlation between the serum CRP and faecal PAI-1 level was not observed.

**Conclusion:** Our results suggest that serum, mucosal and faecal PAI-1 expression reflects to the disease activity in IBD, which could be used to disease monitoring and possibly therapeutic response. The correlation between the faecal PAI-1 level and the endoscopic activity promotes that it could be used as a novel non-invasive disease specific faecal biomarker in the IBD diagnosis.

### 61. INHIBITION OF THE PAI-1 BY THE LDN-071 SIGNIFICANTLY REDUCES THE SEVERITY OF ACUTE AND CHRONIC INFLAMMATION IN COLITIS MODELS

Jórárt B.<sup>1,2,3,4</sup>, Csákány-Papp N.<sup>2,3,4</sup>, Laub H.<sup>1,2</sup>, Vasas B.<sup>6</sup>, Barta B.<sup>7</sup>, Szabó V.<sup>2,3,4</sup>, Bagyánszki M.<sup>7</sup>, Farkas K.<sup>2,8</sup>, Mándity I.<sup>1,5</sup>, Heltovics G.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3,4</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Ladon Therapeutics Ltd., Szeged, Hungary; 2. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University

of Szeged, Szeged, Hungary; 3. ELKH-USz Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 4. HCEMM-USz Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 5. Artificial Transporters Research Group, Institute of Materials and Environmental Chemistry, Research Centre for Natural Sciences, Budapest, Hungary; 6. Department of Pathology, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 7. Department of Physiology, Anatomy and Neuroscience, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary; 8. HCEMM-USz Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary

**Introduction:** Inflammatory Bowel Diseases (IBD) are chronic inflammatory disorders characterized by alterations of acute relapses and remission. The past decades have brought substantial advances in the pharmacological management of IBD by a wide range of medicines. However, the sustained efficacy of the currently available anti-inflammatory therapies is still far from optimal. Therefore, the development of novel therapies represents a major unmet clinical need in this field. Recently, the enrichment of the coagulation pathway genes and among these, Plasminogen activator inhibitor 1 (PAI-1) was described in IBD, whereas PAI-1 emerged as a link between the epithelium and inflammation. Moreover, the genetic deletion of PAI-1 prevented the severity of experimental colitis in mice.

**Aims:** Based on these, we aimed to develop and test novel PAI-1 inhibitors for the treatment of IBD.

**Methods:** The novel, amino acid-based PAI-1 inhibitor, LDN-071 was synthesized by the A<sup>3</sup>SMO<sup>®</sup> platform. The inhibitory potential and cytotoxicity effects of the peptide were determined by *in vitro* assays. Acute and chronic colitis was induced in mice with DSS and 10 mg/bwkg LDN-071 was administered *per os*. The changes of body weight, spleen weight, and colon length were measured. Haematoxylin eosin (HE) and Periodic acid-Schiff (PAS) staining were performed for histology. ELISA and qRT-PCR measurements were applied to analyze the cytokine expressions. Hydroxyproline assay was used to quantify the mucosal collagen deposition. *In vivo*, the toxicity of LDN-071 was determined in mice. Human colon organoid and fibroblast (FB) cell cultures were generated from IBD patients and the effects of LDN-071 were observed.

**Results:** LDN-071 significantly inhibited PAI-1 *in vitro* without decreasing the cell viability in a concentration range of 1 $\mu$ M-1mM. In the acute mice model, the administration of 10 mg/bwkg LDN-071 in the DSS-treated mice prevented the body weight loss, the development of bloody diarrhea, the decrease of colon length, and the increase of the spleen weight, which were displayed by the DSS+vehicle-treated animals. The histological analysis of the colon revealed that DSS treatment induced severe transmural inflammation, ulceration, loss of crypt structures, and goblet cell depletion. Importantly, all these parameters were significantly ameliorated by the administration of 10 mg/bwkg LDN-071 in the acute and chronic models as well. Additionally, mucosal gene and protein expressions of TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , and IL-6 were significantly decreased by PAI-1 inhibition in the acute phase. Besides, the LDN-071 treatment significantly reduced the inflammation, epithelial erosion, and fibrosis caused by chronic administration of DSS. The collagen deposition was significantly lower in the PAI-1-inhibited DSS mice. Importantly, no signs of toxicity were observed in mice exposed to 100 mg/bwkg LDN-071 for 7 days. In our *in vitro* models, the PAI-1 inhibition reduced the protein level and gene expression of pro-inflammatory cytokines in human colon organoid of IBD patient. Moreover, the gene

expression of fibrosis-related genes significantly decreased after the LDN-071 treatment in IBD patients-derived human FB cell culture.

**Conclusion:** Our results showed that LDN-071, a novel amino acid-based inhibitor of PAI-1, significantly ameliorated the severity of acute and chronic colitis in mice. However, the LDN-071 reduced the expression of inflammation- and fibrosis-related genes and proteins *in vitro* human models. We propose that the inhibition of PAI-1 could be a potential novel therapeutic strategy in IBD.

## 62. AZ NLRP3 INFLAMMASÓMA SZEREPE A PANCREATICUS DAGANATOK VISELKEDÉSÉBEN

Jordán L.<sup>1</sup>, Nagy A.<sup>1</sup>, Nagy C.<sup>1</sup>, Németh K.<sup>1</sup>, Kiss A.<sup>1</sup>, Borka K.<sup>1</sup>, Kenessey I.<sup>1</sup>, Pesti A.<sup>1</sup>, Budai A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet

**Introduction:** A leggyakoribb cystosus hasnyálmirigy elváltozás a pancreaticus intraductalis mucinosus neoplasia (IPMN), melynek egyre nagyobb jelentőségét, növekedő incidenciája, és korai felismerhetősége, és malignus transzformációja okozza. Viselkedésében ismeretlen, hogy milyen szerepet játszik az NLRP3 inflammasoma, ellenben a vele összehasonlított pancreas ductalis adenocarcinomával (PDAC).

**Aims:** IPMN és a PDAC biológiai viselkedését összefüggésben vizsgálni az NLRP3 inflammasoma működésével, jelpálya prognosztikai jelentőségét feltárni

**Methods:** Összesen 187 hasnyálmirigy daganatos beteg (100 IPMN és 87 PDAC) mintáit vizsgáltuk multiplex, iteratív immunhisztokémia (MICSSS) segítségével. A betegek szövettani mintáiból szöveti microarrayt készítettünk, majd 4 mikron vastag szövettani metszeteket készítettünk. Az NLRP3 inflammasoma jelpálya proteinjeit (NLRP3, ASC, Caspase-1 (Casp1), Interleukin 1 beta (IL1B), Interleukin 1 receptor antagonist (IL1RA), Interleukin 18 (IL18), Interleukin 18 binding protein(IL18BP)) MICSSS segítségével egyetlen metszeten detektáltuk és kolokalizáltuk, valamint egy kiegészítő metszési síkban mucintermelést is vizsgáltunk. A reakciókat digitalizáltuk metszetscanner segítségével, a festések kolokalizációját FIJI segítségével kiértékeljük.

**Results:** Az ASC, IL1B és IL18 expressziója magasabbnak mutatkozott PDAC esetén, mint az IPMN esetén (ASC: p<0,0001, IL1B: p<0,0001, IL18: p=0,0097). Az intestinalis metaplasziát mutató IPMN esetén szignifikánsan alacsonyabb IL18 és magasabb IL18BP expressziót fejeződött ki a többi altípushoz képest (gastricus vs. intestinalis p=0,006, pancreatobiliaris vs. intestinalis p=0.0018). Összességében a magas ASC, IL1B és IL18 expresszióval rendelkező betegek esetén jelentősen rövidebb túlélés várható (ASC: p=0,02, IL1B: p=0,05, IL18: p=0,00024). Az összes invazív esetet vizsgálva a magas IL18 és alacsony IL18BP expresszió szignifikánsan hosszabb túlélést jelentett(IL18: p=0.003, IL18BP:p=0.034).

**Conclusion:** A PDAC esetében magasabb inflammasoma aktivitás detektálható. Az IL18 expresszió jelentős összefüggést mutatott az metaplasia típusával IPMN esetén. Az invazív IPMN esetén megfigyelhető jobb túlélésben az alacsonyabb IL18 expresszióának szerepe feltételezhető. Az IL18 és IL18BP expresszió önálló, erős prognosztikai faktorként használható.

### 63. THE IMPACT OF CFTR MODULATOR THERAPY ON LOWER AIRWAY MICROBIOTA IN PEOPLE WITH CYSTIC FIBROSIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Juhász M.<sup>1</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1,2</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary;  
2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** In people with cystic fibrosis (CF), CFTR modulator therapy has resulted in marked improvements in pulmonary exacerbations, lung function, body weight, and quality of life. However, it remains unclear how restoring CFTR function modifies existing airway infection and inflammation. Understanding the dynamics of airway microbiome changes in response to modulator therapy plays an essential role in developing strategies for managing airway infections.

**Aims:** To conduct a systematic review and meta-analysis of all available studies on airway microbiome change next to CFTR modulator therapy.

**Methods:** We conducted a systematic search on the 26<sup>th</sup> January, 2024 in MEDLINE, Embase, Web of Science, Scopus and CENTRAL. We performed a random-effects meta-analysis of any provided data pertaining to lower airway microbiota composition before versus after the initiation of CFTR modulator therapy. We calculated mean difference (MD) and standardized MD (SMD) with 95% confidence intervals (CI) and visualized the results on forest plots. Chi-squared tests were performed and I<sup>2</sup> values calculated to assess statistical heterogeneity.

**Results:** 30 studies were eligible for inclusion, with most prospectively examining people with CF before and 4-12 months after the initiation of CFTR modulator therapy. The initiation of CFTR modulator therapy was associated with an increase in lower airway alpha-diversity (Shannon index; SMD: +0.39 (95% CI: +0.20 - +0.59), p<0.0001), evenness (Pielou index; SMD: +0.84 (95% CI: +0.55 - +1.12), p<0.0001) as well as a reduction in the relative abundance of classical CF lung pathogen species *Pseudomonas* (MD: -7.1% (95% CI: -1.2% - -13.1%), p=0.02) and *Staphylococcus* (MD: -4.3% (95% CI: -2.0% - -6.6%), p=0.0003).

**Conclusion:** Our results demonstrate a clear and statistically significant association between the initiation of CFTR modulator therapy and the stabilization of lower airway microbiota in terms of increased biodiversity, more balanced distribution of microbial species and reduction in the abundance of potentially pathogenic species, all of which contribute to a lower risk of respiratory tract infections.

### 64. NEM-LINEÁRIS MODELEN ALAPULÓ ULTRAHANGOS MÁJ ZSÍRFRAKCIÓ BECSLÉS NEM-ALKOHOLOS ZSÍRMÁJ BETEGEKBEN

Kaposi N.<sup>1</sup>, Zsombor Z.<sup>1</sup>, Rónaszéki A.<sup>1</sup>, Csongrády B.<sup>1</sup>, Stollmayer R.<sup>1</sup>, Kalina I.<sup>1</sup>, Győri G.<sup>1</sup>, Maurovich Horvat P.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>3</sup>, Werling K.<sup>2</sup>, Hagymási K.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Intézet, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest; 3. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

**Introduction:** A nem-alkoholos zsírmáj betegség (NAFLD) korai diagnosztikájához nélkülözhetetlenek a nem-invazív steatosis mérésre alkalmas képalkotó eljárások. A közelmúltban több kvantitatív ultrahangos (QUS) módszer is bevezetésre került a zsírmáj diagnosztikájára, de ezek kiértékelése nem egyszerű.

**Aims:** Célunk egy olyan többváltozós nem-lineáris regressziós modell kidolgozása volt, mely képes megbecsülni a máj százalékos zsírfraekcióját QUS paraméterek alapján NAFLD-ben.

**Methods:** Retrospektív tanulmányunkban 90 NAFLD-vel diagnosztizált vagy annak klinikai gyanúja miatt vizsgált beteg 2020 júliusa és 2022 novembere között készült QUS vizsgálatának adatait, köztük a hanggyengítési együtthatót (AC), a szórási-eloszlási együtthatót (BSC) és a májkeményiséget (LS) gyűjtöttük ki. A máj zsírfraekció meghatározásához a mágneses rezonancia zsírfraekció (MRI-PDFF) mérések eredményeit használtuk referenciaként. Az adatok statisztikai kiértékelése során egyes többváltozós lineáris regressziós modellezést, legkisebb négyzetek módszerén alapuló nem-lineáris regressziós modell illesztést, korreláció és vevő működési karakterisztika elemzést (ROC) végeztünk.

**Results:** A lineáris regressziós elemzés alapján az AC (korrigált R<sup>2</sup> = 0,504, p<0,001) és a BSC (kor. R<sup>2</sup> = 0,485, p<0,001) paraméterek mutattak szignifikáns összefüggést az MRI-PDFF mérésekkel. Ennek alapján az AC és BSC értékeken alapuló nem-lineáris modellt illesztettünk a legkisebb négyzetek módszerével az MRI-PDFF megjósolására, majd a modell helyességét ötször ismételt, háromszoros keresztvalidációval ellenőriztük (kor. R<sup>2</sup> ± szórás = 0,45 ± 0,15, középérték négyzetes eltérése (RMSE) = 7,35% ± 3,1%). A többváltozós nem-lineáris modell alapján megjósolt ultrahangos zsírfraekció (UEFF) jól korrelált az MRI-PDFF-vel (Pearson's ρ = 0,74, p<0,001). A ROC görbe alatti terület (AUC) alapján az UEFF nagy pontossággal tudta diagnosztizálni a ≥ 5% MRI-PDFF (AUC = 0,97) és a ≥ 10% MRI-PDFF (AUC = 0,91) steatosisot.

**Conclusion:** Összegzésként megállapíthatjuk, hogy az UEFF az MRI-PDFF-hez hasonló pontossággal képes a máj százalékos zsírtartalmának megbecslésére, ezért kiválóan alkalmas lehet a rizikófaktorokkal rendelkező nagyobb betegcsoportokban az NAFLD szűrésére és utánkövetésére.

### 65. AZ IBD-U KLINIKAI JELLEGZETESSÉGEI GYERMEKKORBAN

Kaszán E.<sup>1</sup>, Imrei M.<sup>1</sup>, HUPIR C.<sup>2</sup>, Müller K.<sup>1</sup>

1. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; 2. Magyar Gyermek-gasztroenterológiai Társaság Közhasznú Egyesület

**Bevezetés:** IBD-U-ról (inflammatory bowel disease-unclassified) akkor beszélünk, ha a rendelkezésre álló klinikai adatok alapján a Crohn-betegség (CD) és a colitis ulcerosa (UC) nem különíthető el. Az IBD-U klinikai megjelenéséről, betegség lefolyásáról igen kevés adat található az irodalomban.

**Célkitűzés:** Vizsgálatunk célja az IBD-U-s gyermekek klinikai jellegzetességeinek, lefolyásának elemzése.

**Módszer:** A HUPIR országos lefedettségű prospektív, követéses regiszter, melybe a 18 év alatti, frissen diagnosztizált IBD-s betegeket regisztráljuk. Az elemzéshez kiválogattuk a 2010-2021 között regisztrált IBD-U-s, UC-s és vastagbél érintettségű CD (cCD) betegeket, és összehasonlítottuk a három betegcsoport klinikai jellegzetességeit és a betegség lefolyását. A statisztikai feldolgozás során a kategorikus változók esetén Chi-négyzet tesztet, a folytonos változóknál Mann-Whitney-próbát alkalmaztunk. Szignifikánsnak a p<0,05 értéket tekintettük.

**Eredmény:** Összesen 1068 beteget (cCD: 226, UC: 723, IBD-U: 119) vizsgáltunk. Az átlagéletkor IBD-U-ban szignifikánsan alacsonyabb volt (cCD: 13 év, UC: 12,9 év, IBD-U 11,9 év, cCD vs IBD-U p=0,015; UC vs IBD-U p=0,008). A vizsgált tünetek közül szignifikáns különbséget



találtunk fogyásnál (cCD vs IBD-U: 60,9% vs 41,9%,  $p=0,002$ ; UC vs cCD: 41,6% vs 41,9%,  $p<0,001$ ) és véres székletnél (UC vs IBD-U: 89,2% vs 72,3%,  $p<0,001$ ; cCD vs IBD-U: 53,5% vs 72,3%,  $p=0,002$ ). A követés során a 119 IBD-U beteg közül 26-nak (21,8%) változott a diagnózisa: 13 (10,9%) beteg végső diagnózisa CD. Biológiai terápiára leggyakrabban cCD-ben került sor (cCD 18%, UC 10%, IBD-U 6%; cCD vs IBD-U  $p=0,035$ ; UC vs IBD-U  $p=0,41$ ). A relapszusok aránya IBD-U-ban volt a legmagasabb (cCD 41%, UC 44%, IBD-U 51%; cCD vs IBD-U  $p=0,42$ ; UC vs IBD-U  $p=0,34$ ).

**Következtetés:** Izolált vastagbél érintettség esetén a fogyás és a véres széklet hiánya CD diagnózisát valószínűsíti. Az IBD-U-s betegeknek a relapszusok aránya nem alacsonyabb, mint a másik két betegcsoportban, ami felhívja a figyelmet, hogy az IBD-U lefolyása sem feltétlenül enyhébb, mint a CD és UC betegeké.

## 66. KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIÁS INTERVENCIÓK AZ IBD-VEL ÉLŐK SZORONGÁSOS ÉS HANGULATI PANASZAINAK MÉRSÉKLÉSÉRE

Kele T.<sup>1,2</sup>, Pál K.<sup>1</sup>, Lontai L.<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem Szakrendelő Intézet

**Introduction:** A gyulladással járó bélbetegséggel (IBD) élők közel egyötöde él meg klinikai szintű szorongást (19,1%) vagy depressziót (21%), melyek negatívan befolyásolhatják a betegség lefolyását is, hiszen egyebek között csökkentheti a motivációt a kezeléseken való részvételben vagy az orvossal való együttműködésben. A betegséggel járó pszichés panaszok mérséklésének egyik bizonyítottan hatékony eszköze a kognitív viselkedésterápia, mely a betegséggel való jobb megküzdést is elősegíti.

**Aims:** A Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinikáján önkéntes jelentkezést követően, csoportos keretek között alkalmaztunk kognitív viselkedésterápiát, hogy mérsékeljük az IBD-vel élő páciensek hangulati és szorongásos panaszait. Célunk volt a magyarországi IBD betegek kezelésére adaptált terápia kidolgozása előmozdítva ezen betegek szakszerűbb pszichológiai ellátását.

**Methods:** Két csoportban összesen 12 IBD-vel élő páciens (életkor: 20-55 év) vett részt kognitív viselkedésterápiás szemléletű, nyolc alkalmas programunkban. Valamennyien nagy fokú szorongásról és az önkontroll-érzés hiányáról, illetve a tünetek fellángolásakor jelentős funkcióromlásról (pl. munkából való kimaradás, élettér beszűkülése) számoltak be. A program kezdetekor egy beteg küzdött klinikai szintű depresszióval.

**Results:** Eredményeink a nemzetközi kutatásokkal összhangban azt mutatták, hogy a rövid, kognitív viselkedésterápiás szemléletű pszichoterápiás beavatkozás hatékony eszköz a betegek hangulatának javításában, félelmeik kezelésében, a jobb életminőség elérésében, valamint a betegségből adódó nehéz helyzetekkel való megküzdés elősegítésében, illetve a krónikus betegség tüneteivel való együttélésben. A programhoz összeállítottunk egy munkafüzetet is, illetve relaxációs módszer elsajátítását is lehetővé tettük pácienseinknek.

**Conclusion:** A klinikánkon kezelt IBD-vel élő páciensek esetében is igazolódott, hogy a kognitív viselkedésterápiás szemléletű beavatkozás csoportos keretek között is hatékony a hangulati panaszok, a félelem mérséklésében, a fájdalom jobb elviselésében, a betegség tüneteivel való együttélésben és az életminőség javításában. Tudomásunk szerint ez volt az egyik első ilyen jellegű csoportos kognitív terápia magyarországi IBD-s betegek körében.

## 67. ELŐZETES EURÓPAI EREDMÉNYEK A COLONAIQ FOLYADÉKBIOPSZIÁS VIZSGÁLAT VASTAG- ÉS VÉGBÉLBÉLRÁK KORAI FELISMERÉSÉBEN TÖRTÉNŐ KLINIKAI ALKALMAZHATÓSÁGÁRÓL

Kis D.<sup>1</sup>, Lukász P.<sup>2</sup>, Serdült A.<sup>1</sup>, Balla A.<sup>1,3</sup>, Hunyadi P.<sup>1</sup>, Bánky B.<sup>2,3</sup>, Szijártó A.<sup>2,3</sup>, Biró O.<sup>1,3</sup>

1. Clinomics Europe Kft.; 2. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Operatív orvostudományok tagozat

**Háttér:** A vastag- és végbéldaganat (CRC) az egyik leggyakoribb és leghalálosabb daganatos betegség világszerte. Magyarország Európán belül mindkét nemnél az első helyen áll a halálozási mutatók alapján. Az országos adatok szerint a harmadik leggyakoribb daganatos megbetegedés és a második leggyakoribb halálozást okozó betegség. A korai felismerés jelentősen javíthatja a betegek túlélését. A ColonAiQ egy szabad-DNS (cfDNA)-alapú multigén metilációs vizsgálat, amely érzékenyen képes kimutatni a rák előtti elváltozásokat és a korai stádiumú CRC-t.

**Célkitűzés:** A tanulmányban megvizsgáltuk a ColonAiQ folyadékbiopsziás teszt klinikai alkalmazhatóságát a magyar populációban és összevetettük érzékenységét a rutinban alkalmazott véralapú tumormarkerekkel (CEA és CA19-9).

**Módszer:** A vizsgálatban résztvevőket a Semmelweis Egyetem ÁOK Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán válogattuk be 2023 folyamán. A kórszövettanilag besorolt betegcsoport megoszlása a következő volt: 16% (4/24) gyomor-bélrendszeri betegségben (GI), 21% (5/24) adenómában ill. polipban szenvedett („A”). 17%-ának (4/24) volt CRC I-II stádiumú, és 46%-ának (11/24) volt CRC III stádiumú daganata. A vizsgálatba 23 egészséges kontrollt vontunk be, korban és nemben egyeztetve a betegcsoporttal. A betegcsoportok esetén a mintavétel a műtéti beavatkozások előtt történt. A cfDNA-t 3-4 ml nem hemolizált plazmából izoláltuk, és multiplex metiláció-specifikus qPCR-rel (ColonAiQ) analizáltuk.

**Eredmények:** Minden cfDNA minta megfelelt a minőségi és mennyiségi kritériumoknak. A CEA/CA19-9 szintek emelkedése, illetve ColonAiQ pozitivitás a következőképpen oszlott meg a különböző betegcsoportban: GI: 50/25 vs. 25%, A: 0/0 vs. 40%, CRC I-II: 0/0 vs. 75%, CRC III: 36/36 vs. 82%. A *Septin9-1*, *Septin9-2*, *BCAT1*, *IKZF1* és *VAV3 4-5* régiójának kometilációja az előrehaladott CRC mintákra korlátozódott, míg egy vagy néhány génben együttes metilált régiót találtunk polippal, adenómával és különböző stádiumú CRC-vel diagnosztizált betegekben. Az egészséges kontrollcsoportban 4,35% (1/23) volt a pozitív arány a *Septin9-2* génre, más vizsgált gének metilált szakaszai negatívak voltak.

**Következtetés:** A ColonAiQ folyadékbiopsziás vizsgálat érzékenyebbnek bizonyult a rutinban alkalmazott CRC tumormarkereknél, kifejezetten a rákmegelező állapot és a korai stádium esetén. Az előzetes eredmények alapján az új teszt hozzájárulhat a korai stádiumú CRC betegek kiszűrésére, és ezáltal nagyban hozzájárulhat a morbiditás és mortalitás csökkentéséhez. További vizsgálatokat tervezünk nagyobb betegcsoporton, illetve utánkövetéses páciensek esetén.



## 68. CHOLESTATICUS ICTERUS KÉT IGAZOLT OKKAL. ESETISMERTETÉS

Kis I.<sup>1</sup>, Birtalan K.<sup>1</sup>, Schuller J.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Tarpay Á.<sup>3</sup>, Taller A.<sup>1</sup>

1. Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály; 2. Budapesti Uzsoki Utcai Kórház, Patológia; 3. Országos Onkológiai Intézet, EUH - ERCP Labor

**Introduction:** A choledocholithiasis okozta elzáródásos sárgaság nem különösebben nehéz diagnózis. A típusos klinikum, a típusos laboreltérések és hasi ultrahang leletet követően ERCP során a kövek eltávolíthatók. A köeltávolítás ellenére mélyülő icterus, különösen akkor, ha a beteg panaszmentessé vált, további kivizsgálást tesz szükségessé.

**Case report:** Érdemi anamnesissel nem rendelkező, 44 éves férfit étkezés után kezdődő, görcsös jobb hypochondriális fájdalom és icterus miatt vizsgálták Budapest egyik Sürgősségi Ambulanciáján. Laborban cholestasisra utaló eltérések, hasi ultrahangon apróköves epehólyag és jelzett intrahepaticus epeúttágulat igazolódott. Osztályunkon végzett ERCP során a choledochusból 2 db követ extraháltunk. A beavatkozást követően a beteg panaszmentessé vált, de az icterus mélyült, ursodeoxycholsav javaslattal otthonába bocsátottuk. Két hetes kontrollon az icterus továbbra sem csökkent, re-ERCP történt, de epeelfolyási zavart okozó eltérés nem igazolódott. Eltérés MR és endoscopy ultrahang vizsgálat során sem látszott. Autoimmun panel, tumormarkerek, hepatotrop vírusserológiai vizsgálatok negatív eredményt adtak,  $\alpha$ 1-proteáz-inhibitor és cöroloplazmin szintje normál tartományban volt. Haemochromatosisal járó leggyakoribb génmutációkat a beteg nem hordozza. Toxikus etiológiát illetően alkohol nem merült fel, gyógyszert rendszeresen nem szedett. Sokadik ismételt auto- és heteroanamnesis felvétel során viszont egy több mint 60 összetevőt tartalmazó, növényi eredetű táplálékkiegészítő alkalmazására derült fény. A májból core biopszia történt. Szöveti vizsgálat intrahepaticus cholestasist és mérsékelt haemosiderosist igazolt, amely megfelel toxicus májkárosodás szövettani képének. A táplálékkiegészítőt a beteg elhagyta, valamint szteroid lökéskészítés indult. Ezt követően három hónap múlva a sárgaság és a májenzim eltérések is rendeződtek.

**Conclusion:** Cholestaticus icterus hátterében ritkán akár több etiológiai tényező is állhat. A „gyógynövények” és táplálékkiegészítők, a „gyógyteák” és testépítő szerek májkárosító hatásáról elfeledkezni nem szabad. Oki szerepüket tisztázni azért is nehéz, mert a betegek ezeket olyannyira veszélytelennek tartják, hogy rákérdezéskor sem jut eszükbe, hogy ilyesmit fogyasztnak. Amennyiben az ilyen készítmények használata kiderül, akár időigényes és költséges vizsgálatok mellőzhetők, vagy halaszthatók.

## 69. THE EFFECTS OF CFTR MODULATOR THERAPY ON ENDOCRINE PANCREATIC FUNCTION IN PATIENTS WITH CYSTIC FIBROSIS: PRELIMINARY RESULTS OF A META-ANALYSIS

Kiss S.<sup>1</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Juhász M.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute

**Introduction:** CFTR modulators represent a groundbreaking therapeutic approach in cystic fibrosis (CF) management, targeting the underlying cause of the disease. These therapies have the potential to directly influence pancreatic beta-cell function and pathways involved in insulin secretion, thereby improving the glycemic status of individuals with CF.

**Aims:** In this meta-analysis, we aim to explore the impact of CFTR modulators on endocrine pancreatic function in CF patients.

**Methods:** A systematic search of three databases (PubMed, Embase, and CENTRAL) was conducted up to March 6, 2024, to identify studies examining the impact of CFTR modulators on glucose metabolism in CF patients who were compared before and after CFTR modulator therapy. Outcomes of interest included measures from oral glucose tolerance tests (OGTT), continuous glucose monitoring (CGM), and glycated hemoglobin (HbA1c). These measures were assessed after different follow-up periods. Meta-analysis was initiated using random-effects models to estimate pooled mean differences (MD) and 95% confidence intervals (CIs).

**Results:** Following 12 months of therapy, CFTR modulators did not demonstrate a significant effect 60-minute plasma glucose levels (n=57, three studies), resulting in a MD of 0.22 mmol/L (95% CI -1.40, 1.84;  $I^2=81%$ ). However, at 120 minutes (n=100, five studies), CFTR modulator treatment exhibited a clinically significant decrease in plasma glucose levels, with a MD of -1.02 mmol/L (95% CI -1.78, -0.25;  $I^2=49%$ ).

**Conclusion:** Our preliminary findings indicate a favorable effect of CFTR modulators on glucose metabolism. These results suggest promising therapeutic potential for CFTR modulators in managing glucose abnormalities in CF patients. The analysis is ongoing to further explore these findings and their clinical implications.

## 70. POLARITY SWITCHING REDUCES PIEZO1-MEDIATED INFLAMMATORY PHENOTYPE OF CONVENTIONAL HUMAN PANCREATIC ORGANOID

Kiss A.<sup>1,2,3</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Lázár G.<sup>4</sup>, Groma G.<sup>5</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary;; 3. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Pancreas inflammation is frequently brought on by sustained intraductal pressure, which is mostly caused by gallstones or endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), a minimally invasive diagnostic technique. It has been demonstrated that in mice, this brief pressure reduces tight junction integrity through calcineurin. Another effector protein of intraluminal pressure is the mechanosensitive  $Ca^{2+}$  channel PIEZO1, which senses cell elongation, increases  $Ca^{2+}$  influx, and hence controls both epithelial cell division and apoptosis. However, the development of treatment approaches that specifically target post-ERCP and gallstone-induced pancreatitis has been hampered in recent years due to challenges in *in vitro* modeling of pressure-related changes.

**Aims:** Therefore, our aim was to use apical-out organoids (hPOCs) generated from human pancreas to demonstrate the pressure-related disease processes *ex vivo*.

**Methods:** Pancreatic tissue samples were collected from 3 cadaver donors and used for establishment of hPOCs. Polarity switching of organoids was induced by Matrigel removal. Conventional and apical-out hPOCs were compared by RNA-sequencing and fluorescent live cell imaging. Gene expression changes in response of 1  $\mu$ M

PIEZO1 activator (YODA1) treatment were measured by qRT-PCR in apical-out hPOCs.

**Results:** Polarity switching reduced PIEZO1 expression, although decreasing intraluminal pressure and therefore cell elongation reduced expression of cytoskeletal and cell cycle related genes such as ACTB, VCL, LPXN, LMNA, and cyclin gene family members. In the same experiment, pro-inflammatory cytokines like CXCL1, CXCL2, CXCL3, and CXCL8 were found to be downregulated. We demonstrated that polarity switching resulted in enhanced Cl<sup>-</sup> efflux via CFTR and ANO1 due to the absence of sustained intraluminal pressure maintained by basal secretion in the closed lumen of conventional organoids. The production of pro-inflammatory cytokines in apical-out hPOCs was reversed upon pharmacological activation of PIEZO1 by YODA1, indicating that PIEZO1 is responsible for the development of the inflammation-like pre-stimulated phenotype of apical-in hPOCs.

**Conclusion:** Altogether, our results suggest that conventional organoid cultures, previously used as physiologically relevant models, may represent a pressure-induced inflammatory state by overexpressing elements of the epithelial innate immune response, while polarity switching of organoids may overcome the previous limitations and open new perspectives in modelling pressure-induced pancreatitis in vitro.

## 71. HEPATITIS A FERTŐZÉST KÖVETŐ ELHÚZÓDÓ GYULLADÁS ÉS CHOLESTASIS: AUTOIMMUN HEPATITIS?

Kocsmár É.<sup>1</sup>, Lőrinczi C.<sup>2</sup>, Fried K.<sup>2</sup>, Nemesi K.<sup>2</sup>, Werling K.<sup>3</sup>, Halász J.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet; 2. Dél-pesti Centrumkórház, Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet; 3. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** Az autoimmun hepatitis (AIH) a krónikus hepatitisek egyik jellegzetes képviselője, amelyet keringő autoantitestek, emelkedett immunglobulin G szint és jellegzetes szövettani elváltozások jellemeznek. Az AIH ritkábban, fulmináns májelégtelenséget okozó, akut hepatitis képében is jelentkezhet, mely gyerekeknél gyakoribb előfordulást mutat. Az AIH etiológiája nem ismert, de leírták különböző vírusos kiváltó okait, beleértve a hepatitis A (HAV), B (HBV), C (HCV) vírusokat genetikailag fogékony egyéneknél. A HBV és HCV krónikus hepatitiszt kiváltó képessége jól ismert (1), míg HAV esetében ez utóbbi nem fordul elő, habár a HAV is képes krónikus májgyulladást indukálni autoimmun hepatitis kiváltása révén. Ez különösen érdekes, mivel HAV esetében nem igazolódott a vírus és a máj epitópjai közötti molekuláris mimikri.

**Célkitűzés:** Az elhúzódó HAV fertőzések képében jelentkező, autoimmun mechanizmusú hepatitisz gyakoriságának felmérése és klinikopatológiai jellemzése.

**Módszerek:** A Semmelweis Egyetem Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézetébe a 2019-2024 közötti időszakban beérkezett, hepatitis A vírussal igazoltan fertőzött, klinikailag nem gyógyuló, autoimmun hepatitisz gyanúja miatt vett biopsziás minták értékelése.

**Eredmények:** A vizsgált időszakban intézetünkben diagnosztizált 71 autoimmun hepatitisből négy esetben hepatitis A fertőzésben szenvedő, klinikailag nem javuló, emelkedett májenzimek és elhúzódó sárgaság miatt kezelt betegnél történt a májbiopsziás mintavétel. A vizsgált betegeknél elhúzódó sárgaságot, nem javuló transzaminázokat észleltek a primer fertőzés lezajlása után

eltelt hosszabb időintervallumban. A felmerülő AIH miatt végzett vizsgálatok emelkedett gamma-globulin szintet, negatív immunszerológiai eredményt mutattak. A biopsziás minták autoimmun hepatitisre utaló szövettani eltéréseket reprezentáltak, egy esetben egyéb, a szöveti képet maszkírozó elváltozásokkal. A betegek mindegyike jó terápiás választ mutatott az alkalmazott immunszuppresszív terápiára.

**Következtetés:** A HAV-fertőzést követően a májenzimek normalizálódásának hiánya és a jellegzetes, a szeronegativitás ellenére is fennálló, szövettani eltérések mindig felvetik AIH lehetőségét. Ismeretes, hogy HAV fertőzésben a szövettani eltérések, mint a jellegzetes lymphoplasmocytar jellegű interface gyulladás, a lobuláris aktivitás és a nagy számú apoptotikus sejtek AIH-re nagy fokban hasonlít, ami különösen megnehezíti a patológus helyzetét az ilyen esetek értékelésében. HAV-fertőzést követően kialakult AIH esetében szeropozitivitás általában később jelenik meg, és a szokványos ANA pozitivitás helyett, anti-SMA szeropozitivitás/szerokonverzió észlelhető, ami megerősíti az AIH kialakulását ill. fennállását. Különösen megnehezíti a májbiopsziás esetek értékelését, hogy manapság gyakran több etiológiai faktor okozta eltérés együttesen jelenik meg a májban, amelyek így egy maszkírozott, sokszor nehezen interpretálható szöveti összképet eredményezhetnek.

*A munka a Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-23-4-II-SE-24 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.*

**Irodalmi hivatkozás:** (1) Lotz G, Kiss A, Novák PK, Sobel G, Schaff Z. Hepatitis viruses and hepatocarcinogenesis. *J Physiol Paris.* 2001;95(1-6):417-422. doi:10.1016/s0928-4257(01)00057-2

## 72. PORTOVENOSUS FISTULA KIALAKULÁSA ERCP SORÁN BEÜLTETETT EPEÜTI STENT KÖVETKEZMÉNYEKÉNT: ESETTANULMÁNY

Kovács N.<sup>1</sup>, Varga Á.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Szepes G.<sup>2</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, András P.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia; 2. Affidea Magyarország Kft

**Bevezetés:** Az ERCP régóta alkalmazott eljárás epe- és hasnyálmirigy betegségeknél. Az ERCP következtében akár 10%-ban is szövődmények alakulhatnak ki. Esetünkben egy irodalmi ritkaságnak tekinthető szövődményről és annak megoldásáról számolunk be.

**Esetismertetés:** A 81 éves nőbetegét osztályunkon kezeltük bizonytalan epeúti obstrukció miatt. ERCP során papillotomiát követően vérzés jelentkezett, a choledochusból kóros nem ürült. A vérzés miatt a choledochusba egy műanyag stentet helyeztünk be, majd panaszmentesen emittáltuk. 5 nappal később ismételt felvétellel került hányás és hasmenés miatt. Laboratóriumi leleteiben a folyadék- és ionháztartás zavara, emelkedett gyulladási értékek látszódtak. CT-n a vékony- és vastagbélben nívóképződés mutatkozott. A klinikum hátterében virális enteritis capsán kialakult septicaemiát véleményeztünk. Kontroll CT vizsgálaton a vena portaban és a vena mesentericaban thrombusok mellett gázdenzitás megjelenését véleményezték, ezért antikoaguláns terápiát vezetünk be. Belfekvése második hetében hematochesia jelentkezett, colonoscopia során vérzésforrás nem volt látható. Kontroll CT vizsgálaton progrediáló portalis és mesenterialis thrombosis mellett további intraluminaris levegőzárványok megjelenését írták le. Duodenoscopia a bent lévő epeúti műanyag stent mellől szívárgó vérzést írt le,

CT-angiographia egyértelmű vérzésforrást nem azonosított. Újabb ERCP elvégzése során a korábban behelyezett műanyag stent eltávolításra került, ezt követően a choledochus felől szivárgó vérzés látszott. A choledochust töltve choledochovenosus fistula képe mutatkozott, így a proximalis epeutakba érő teljesen fedett öntáguló fémstentet helyezettünk fel, mely a choledochus portarendszerbe vezető sérülését áthidalta. 18 nappal később hematemézis jelentkezett, gastroscopia során a duodenumban a félig kicsúszott epeúti fém stent látszott, mely a szemközti nyálkahártyáját exulcerálta, a fémstentet eltávolítottuk. A choledochusból kilépés ekkor már nem ábrázolódott. Kontroll során az obstrukciós enzimszintek nem emelkedtek, vérképét tartotta, manifeszt vérzés nem volt. Rehabilitáció céljából áthelyezésre került.

**Következtetés:** Az iatrogen portobiliáris fistula az ERCP során végzett stent beültetés ritka szövődménye lehet. Nem magyarázható anaemizálódás, hemobilia, levegő megjelenése a portalis rendszerben fel kell hívja a figyelmet erre a ritka komplikációra. Az időben történő diagnózis és a korai, megfelelő ellátás alapvető fontosságú a még súlyosabb következmények megelőzésében.

### 73. SÜRGŐSSÉGI GASZTROSZKÓPIA IDEJE FELSŐ GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSBEN

Kovács B.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>2</sup>, Morár A.<sup>2</sup>, Csókay B.<sup>1</sup>, Kozma M.<sup>1</sup>, Solymosi N.<sup>3</sup>, Sürgősségi Endoszkópia C.<sup>2</sup>, Imecz J.<sup>4</sup>, Fenyves B.<sup>4</sup>, Varga C.<sup>4</sup>, Papp V.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>2</sup>, Patai Á.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, orvostanhallgató; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Állatorvostudományi Egyetem, Bioinformatikai Központ; 4. Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Orvostani Klinika; 5. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** Felső gasztrointesztinális vérzésben (GIV) a sürgősségi gasztroszkópia időzítését a legújabb nemzetközi ajánlások varix eredetű vérzésben (V) 12 órán belül, nem varix eredetű vérzésben (NV) 24 órán belül javasolják. Ezen ajánlások hazai gyakorlatban való követése nem ismert.

**Aims:** Célunk a sürgősségi osztályra való felvétel és az endoszkópia időpontja között eltelt idő ("door to endoscopy time", DET) elemzése, valamint az egyes GIV alcsoportokban az ezt befolyásoló tényezők meghatározása volt.

**Methods:** A Semmelweis Egyetem Sürgősségi Orvostani Klinikáján 2022. január 1. és december 31. között felső GIV miatt végzett sürgősségi gasztroszkópián átesett betegek klinikai adatait, 30 napos halálózását vizsgáltuk retrospektív kohort elemzésünkben. A NV pácienseket az endoszkópia során észlelt magas (MNV) és az alacsony (ANV) kockázatú jelek (Forrest osztályozás) alapján két csoportra osztottuk. A DET kapcsolatát különböző állapotokban a log-rank teszt szerint R-környezetben vizsgáltuk, a szignifikancia  $p < 0,05$  volt.

**Results:** 263 fős betegpopulációban 55 varix (V), 208 nem varix (NV) eredetű felső GIV-t azonosítottunk, ez utóbbiból 46 volt magas (MNV) és 162 alacsony rizikójú (ANV). Az újravérzés aránya 10,7% (V: 16,4%, MNV: 26,1%, ANV: 4,3%), a 30 napos mortalitás 14,8% (V: 21,8%, MNV: 13%, ANV: 13%) volt. Az endoszkópiáig átlagosan eltelt idő 7,06 óra ( $SD = \pm 5,93$  óra) volt, az alcsoportok között (V:  $5,93 \pm 4,04$  óra, MNV:  $6,56 \pm 3,85$  óra, ANV:  $7,59 \pm 6,86$  óra) nem volt szignifikáns eltérés ( $p = 0,128$ ). Számos klinikai paraméter elemzésekor az endoszkópiáig eltelt idő csak a

tachycardiával ( $5,53 \pm 2,39$  óra vs.  $8,05 \pm 7,31$  óra;  $p = 0,02$ ) és a haematemésissel ( $6,14 \pm 5,0$  óra vs.  $7,66 \pm 6,44$  óra;  $p = 0,02$ ) volt összefüggésben. Nem volt összefüggésben a 30 napos mortalitással ( $p = 0,272$ ), a vazopresszor terápiával ( $p = 0,32$ ), a sokk index-szel ( $p = 0,075$ ), a szisztolés vérnyomással ( $p = 0,867$ ), a kávézaccszerű hányással ( $p = 0,643$ ), a haematocheziával ( $p = 0,495$ ) vagy a melaenával ( $p = 0,83$ ).

**Conclusion:** Retrospektív kohort vizsgálatunkban az endoszkópiáig eltelt idő nem különbözött szignifikánsan az egyes GIV alcsoportok között. A rövidebb idő összefüggést mutatott a tachycardiával és a haematemésissel, nem mutatott azonban összefüggést a 30 napos mortalitással.

### 74. AZ ERN-RARE LIVER REGISZTERHEZ VALÓ CSATLAKOZÁS ELŐSEGÍTI AZ AUTOIMMUN MÁJBETEGSÉGEKZAVAR TÁRSULÁSÁNAK JAVULÁSÁT ÉS KOCKÁZATI TÉNYEZŐINEK MEGHATÁROZÁSÁT

Kovács P.<sup>1,5,6</sup>, Bozsó B.<sup>1,5</sup>, Mogyoróssy S.<sup>2,5</sup>, Sipeki N.<sup>1,5</sup>, Oláh F.<sup>1,5</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>3,5</sup>, Vitális Z.<sup>1,5</sup>, Tornai I.<sup>1,5</sup>, Tornai D.<sup>1,5</sup>, Christoph S.<sup>4,5</sup>, Papp M.<sup>1,5</sup>

1. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék, Debrecen; 2. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Reumatológiai Tanszék, Debrecen; 3. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laboratóriumi Medicina Intézet, Debrecen; 4. Hamburg-Eppendorf Egyetemi Kórházi Centrum (UKE); 5. Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Ritka Májbetegségek Európai Referenciahálózatának (ERN RARE-LIVER) Centruma, Debrecen; 6. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laki Kálmán Doktori Iskola, Debrecen

**Introduction:** Az autoimmun májbetegségben (AILD) szenvedő betegeknél gyakran előforduló szövődmény a csontvesztés. Az oszteopenia és oszteoporózis pontos kockázata ebben a betegcsoportban nem ismert, továbbá a csontvesztés kockázati tényezői is tisztázásra szorulnak. A csontsűrűség mérésére szolgáló kettős energiájú röntgensugár-abszorpciometria (dual energy x-ray absorptiometry, DEXA) mind a csontanyagcsere-zavarok, mind a kezelés hatásosságának követésére szolgáló vizsgálómódszer. A jelenleg érvényben lévő Európai Májkutató Társaság (EASL) által meghatározott klinikai irányelvek (CPG) szerint a DEXA-t minden AILD betegnél el kell végezni a diagnózis felállításakor és az utánkövetés során egyaránt. A jelenlegi európai ellátási standard szerint a diagnózist követő 5 éven belül a betegek legalább 80%-ának kell elvégzett DEXA vizsgálattal rendelkezniük.

**Aims:** Célunk volt, hogy 1) felmérjük betegeinkben a csontanyagcsere-t az AILD diagnózisának felállításakor és a követés során; 2) meghatározzuk a csontvesztés kockázati tényezőit; 3) értékeljük a csontanyagcsere-zavarok diagnózisára vonatkozó irányelvek teljesülését az R-LIVER regiszterhez csatlakozás előtt és után, illetve elemezzük, hogy a regiszterhez való csatlakozás hogyan támogatta az ellátás minőségének javulását.

**Methods:** A Debreceni Egyetem 2019-ben csatlakozott a Ritka Májbetegségek Európai Referenciahálózata (ERN RARE-LIVER) által indított prospektív, multicentrikus, minőségellenőrzött, ritka májbetegségekkel foglalkozó R-LIVER regiszteréhez. A jelen vizsgálatba összesen 209 AILD beteg került bevonásra. A klinikai, laboratóriumi, képalkotó és DEXA adatokat prospektív módon gyűjtöttük a diagnózis felállításakor és az évente esedékes utánkövetések során. Az ERN RARE-LIVER-hez való csatlakozás előtti retrospektív AILD-betegcsoport ( $n = 176$ , 2010-2016) szolgálta

kontrollcsoportként az EASL CPG irányelvek betartásának és a csontanyagcsere-zavarok klinikai ellátási standardjainak nyomán követésére.

**Results:** A DEXA eredmények alapján a betegek 55,7%-ánál észleltünk bizonyos fokú csontvesztést és 24,5%-ának volt jelen csonttritkulása már a diagnózis felállításkor, a legmagasabb prevalenciát a PBC-ben észleltük (67,5% vs. 32,5%). Az idősebb életkor (OR:1,05), a posztmenopauzális státusz (4,82), a D-vitamin-hiány (1,02) és a jelentős májfibrozis (>9,2 kPa; OR: 3,97) voltak a csonttritkulás kockázati tényezői (p<0,01 mindegyik esetben). Autoimmun hepatitisben (AIH) a májbiopsziás lelet módosított Hepatitis Aktivitási Index (mHAI) magas értéke kockázati tényezőnek számított, míg primer szklerotizáló kolangitiszben (PSC) és primer biliáris kolangitiszben (PBC) a kolesztázis mértéke nem. Az ERN RARE-LIVER-hez való csatlakozást követően az előző időszakhoz képest szignifikánsan több betegnél történt DEXA vizsgálat a diagnóziskor, a klinikai irányelveknek megfelelően. A diagnóziskori DEXA vizsgálat elvégzésének aránya a regiszterhez való csatlakozást követően már az első évben 50%-ra, ezt követően pedig 64,4%-ra javult (vs. retrospektív kohorsz: 12%, p<0,001). Ebben a betegpopulációban az irányelveknek megfelelő utánkötéses DEXA vizsgálatok meglelte 75%-ra, illetve 81,6%-ra javult (vs. 41,4%, p<0,001). A csatlakozást megelőzően az irányelvnek megfelelő standard elérése nem valósult meg, a betegek mindössze 29,8%-ának volt DEXA vizsgálata 5 éven belül. A csatlakozást követően azonban a DEXA vizsgálatok elvégzésének aránya már 68% volt még csak 2 éves median követési idő után (IQR: 0,75-4,1).

**Conclusion:** A csontvesztés gyakran előforduló extrahepatikus szövödmény volt AILD-betegcsoportunkban. Számos általános és májbetegséggel összefüggő kockázati tényezőt azonosítottunk, amelyek validálása a teljes ERN-kohorszban indokolt, továbbá az AILD sikeres gyógyszeres kezelésének a csontanyagcsere-zavar megelőzésére gyakorolt feltételezett hatásának elemzése is.

Az ERN RARE-LIVER programhoz való csatlakozást követően fokozatos és jelentős javulást figyeltünk meg az AILD-betegek csontanyagcsere-zavarainak diagnózisában, ami igazolja, hogy a klinikai gyakorlatban a prospektív regiszterek fontos eszközei lehetnek az irányelvekben meghatározott komplex ellátás megvalósításához.

## 75. GYORS SÚLYVESZTÉS, MINT A SÚLYOS MACROVESICULARIS STEATOSIS LEHETSÉGES RITKA OKA

Kozma B.<sup>1</sup>, Morar A.<sup>2,3</sup>, Horváth M.<sup>2</sup>, Füstös D.<sup>2</sup>, Halász J.<sup>4</sup>, Szűcs Á.<sup>2</sup>, Miheller P.<sup>2,3</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hagymási K.<sup>2,3</sup>

1. Ráckeve Város Szakorvosi Rendelőintézet; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék; 4. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostan

**Introduction:** A másodlagos zsírmájbetegség okai fertőzés (hepatitis C vírus), endokrinológiai kórképek, bélbetegségek, táplálkozási zavarok, genetikai máj, illetve anyagcsere kórképek lehetnek, valamint gyógyszerhatás is állhat a háttérben.

**Case Report:** A szerzők egy 29 éves nőbeteg esetét ismertetik, akinek kórtörténetében Leiden-mutáció szerepel. 2023. februárban recurráló pancreatitis háttérben pancreas anulare igazolódott, ezért pylorus megtartásos pancreatoduodenectomia és cholecystectomy történt. Ezt követően hepatológiai ambulanciánkon májenzim-emelkedések (GOT:47 U/l, GPT:206 U/l, GGT:312 U/l, ALP:241 U/l) miatt folytattuk kivizsgálását, megtartott

parenchymás működés mellett (PI: 1,23, albumin: 42 g/l, total bilirubin: 7,2 umol/l). Toxikus vagy gyógyszerhatás kizárható volt. Vírus- (HAV, HBV, HCV, HEV, CMV, EBV) és immunszerológiai vizsgálatok (ANAIF, májspecifikus antitestek), cöruoplazmin vizsgálata, valamint cöliakia szerológia negatív eredményt adott. Hasi és kismedencei CT-vizsgálat jelentősen megnagyobbodott, csökkent natív halmozású (-30 HU) májat véleményezett, epeelfolyási akadályozottság kizárható volt. Nem tisztázott eredetű májenzim-eltérés miatt végzett májbiopszia S3/3 súlyos fokú macrovesicularis steatosist igazolt, számottevő gyulladással jelek nélkül, enyhe periportal és sinusoidal fibrosissal. Lipoprotein anyagcserezavar irányában vizsgálata folyamatban van. Dietetikai konzílium súlyos malnutriciót, valamint sarcopenia rizikót véleményezett (BMI: 15,4 kg/m<sup>2</sup>, FFMI/fat free mass index: 12,8 kg/m<sup>2</sup>). A súlyos macrovesicularis steatosist okként elsősorban gyors súlyvesztés (1 év alatt 18 kg) volt valószínűsíthető.

**Conclusion:** Szerzők a súlyvesztés okozta súlyos macrovesicularis steatosist patomechanizmusát, illetve differenciáldiagnosztikai kérdéseit is áttekintik.

## 76. GYÓGYSZERHŰSÉG FONTOSÁGA WILSON-KÖRKBAN. ESETBEMUTATÁSOK

Krolopp A.<sup>1,2</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszék

**Bevezetés:** A Wilson-kór kezelés nélkül halálos kimenetelű autoszomális recesszív módon öröklődő betegség, amelyet az ATP7B gén mutációja következtében toxikus mértékben felhalmozott réz okoz. Szerteágazó hepatológiai és neuropszichiátriai tünetek képében jelentkeznek. A gyakorlatban különös nehézséget okoz a nem megfelelő compliance.

A gyógyszeres kezelés (D-penicillamine-DPA, trientine, cink-acetát) elhagyása háttérben különböző okok lehetnek, amit néhány beteg esete kapcsán mutatunk be.

### 1. 36 éves férfi (PV). Relative jó állapot túlértékelése

8 éves korában kóros májadatak kapcsán derült ki betegsége, DPA kezelés mellett leletei normalizálódtak, azonban a beteg a kontrollokat később elhanyagolta, a gyógyszert elhagyta. 27 éves korában dekompenzált májelégtelenség tüneteivel került kórházba. Ekkor már 5 éve nem szedte előírás szerint a kelátképzőt. Állapotromlása miatt transzplantáció szükségessége is felmerült, fázis I. vizsgálatai meg is történtek, azonban az újra megkezdett DPA kezelés mellett állapota javult, végül transzplantáció nem volt indokolt. Néhány év után a beteg a gyógyszert újra elhagyta, kontrollon évek óta nem járt...

### 2. 30 éves férfi (AV) Javuló állapot túlértékelése

14 éves kora óta ismert betegsége, melyre cink-acetát kezelést kapott, melyet egy idő után kisebb mennyiségben, majd egyáltalán nem szedett. Másfél évvel a kezelés elhagyása után alvás-, beszéd-, egyensúlyzavar jelentkezett. A koponya MR vizsgálat Wilson-kórral összefüggő eltéréseket mutatott.

A haladéktalanul újra kezdett kezelés ellenére neurológiai státusza folyamatosan romlott, két hét alatt tolösztékbe kényszerült, nyelés és beszédképtelen lett. Néhány hónappal később a beteget a neurológiai eltérések szövödményei miatt elvesztettük.

### 3. 31 éves férfi (JB) Májátültetéssel sikerült az életét megmenteni.

11 éves korában kóros májadatakat észleltek, két évvel később igazolódott Wilson-kór a tünetek háttérében. DPA és időnként áthidaló kezelésként cink-acetát kezelésben részesült. 2022-ben DPA hiányában hosszabb ideig cinket,

majd újra kelátképzőt szed ett. Neurológiai tünetei rosszabbodását észlelte, melyet a gyógyszernek tulajdonított, így a dózist csökkentette, majd a gyógyszert elhagyta. Dekompenzált májelégtelenség tünetei miatt akut hospitalizációra volt szükség. Folyamatosan romló állapota miatt akut májtranszplantáció történt, azóta jól van.

**4-6.** Több beteg esetében **kábítószer okozta tudatmódosítás** járult hozzá a gyógyszer elhagyásához. Két ilyen beteget elvesztettünk.

**7-8. Szektások hatására hagyták el** a betegek a gyógyszer szedését, mondván, hogy az orvosok csak mérgezik a betegeket. Meghaltak, nem érték meg a májátültetést.

#### **Megbeszélés:**

A bemutatott esetek jól példázzák a gyógyszerhűség fontosságát. A jó orvos-beteg kapcsolat mellett fontos a család, a környezet szerepe. Kényszer-gyógykezelésre nincs lehetőség. Sajnos vannak esetek, amikor a betegek nem tartják be az orvosi utasítást, amiben szerepe lehet az alapbetegség által okozott pszichiátriai zavaroknak is.

### **77. A CHOLANGIOSCOPIA SZEREPE AZ EPEÚTI BETEGSÉGEK DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS KEZELÉSÉBEN- CENTRUMUNK EDDIGI TAPASZTALATAI**

Kui B.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Lemes K.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** A perorális cholangioscopia az endoszkópos retrograd cholangio-pancreatográfiát (ERCP) kiegészítő, az epeutakat direkt vizualizáló vizsgáló módszer. Két fő indikációs területe a bizonytalan epeúti szűkületek diagnosztizálása és kezelése, valamint a nagyméretű epeúti kövek törése. A közelmúltban, hazánkban is egyre szélesebb körben elterjedt a módszer használata. A nagyméretű epeúti kövek esetén, amennyiben ERCP során nem lehet őket eltávolítani, úgy cholangioscopia során elektrohidraulikus litotripsziát lehet elvégezni, majd a kisebb méretű epeúti köveket már biztonságosan lehet extrahálni. Amennyiben ez nem kivitelezhető, úgy choledochotomiát kell alkalmazni. A cholangioscopia másik fő indikációs területe az indeterminált epeúti szűkületek diagnosztikája, szövettani mintavétele, esetleges szelektív epeúti stentelése. Az epeúti kefecytológia szenzitivitása 50 % körül mozog, amely nem teszi lehetővé az epeúti benignus és malignus léziók elkülönítését. Az endoszkópos ultrahang (EUS) kiválóan alkalmas a disztális epeúti szűkületek diagnosztizálására, azonban a proximális biliaris striktúrák esetén a vizsgálat érzékenysége a kívánttól elmarad.

**Módszerek:** Centrumunkban 2022 óta végzünk rutinszerűen cholangioscopos vizsgálatokat. 2022 óta közel 40 vizsgálatot végeztünk, amelyek közül egyedi méltányosság alapján történt 28 vizsgálat. A kapott eredményeket feldolgoztuk, statisztikailag elemeztük, ábráztuk.

**Eredmények:** Az egyedi méltányosság alapján végzett 28 cholangioscopia-ból 17 ismeretlen etiológiájú epeúti szűkület diagnosztizálása, kezelése miatt történt, míg 11 esetben nagyméretű epeúti kövek törése, eltávolítása miatt végeztük a vizsgálatot. A kőtörések során a korábban ERCP során el nem távolítható epeúti köveket sikerült minden esetben fragmentálni, majd extrahálni. A beavatkozások után lényeges szövödményt nem észleltünk. A choledochotomia elvégzése minden esetben elkerülhető volt. Az ismeretlen etiológiájú epeúti szűkületek esetén a teljesség igénye nélkül 5 esetben malignus magas epeúti szűkületet bizonyítottunk szövettanilag, amelyet korábban egyéb módszerekkel nem sikerült verifikálni. Két alkalommal IgG4 asszociált

cholangitist igazoltunk direkt epeúti biopsziából, míg egy esetben kifejezetten ritkaság számba menő epeúti serrated adenomát diagnosztizáltunk a cholangioscopia segítségével.

**Konklúzió:** A direkt cholangioscopia hasznos és más módszerekkel nem pótolható, az ERCP-t kiegészítő vizsgáló módszer. Elterjedését a finanszírozási anomáliák korlátozták, azonban egyedi méltányosság alapján lehetővé vált az eszköz finanszírozása, így a vizsgálatok szélesebb körben való elterjedése. Az egyedi méltányossági kérelem beadása fokozott adminisztrációs teherrel járt együtt, azonban a betegek profitálnak belőle. A cholangioscopos vizsgálatokat azonban mindenképpen ERCP-ben jártas centrumokban javasolt végezni!

### **78. EPITHELIAL AND STROMAL INTERCELLULAR COMMUNICATION IN EX VIVO CO-CULTURES**

Kúthy-Sutus E.<sup>1</sup>, Kiss A.<sup>1</sup>, Pallagi P.<sup>1,2</sup>, Maléth J.<sup>1,2</sup>

1. First Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 2. HCEMM-USZ, Molecular Gastroenterology Research Group

**Introduction:** A persistent inflammatory condition of the pancreas is called chronic pancreatitis (CP). Though the causes vary, they are all associated with progressive scarring and loss of pancreatic function. The molecular mechanisms underlying this degenerative illness are poorly understood, and early identification is difficult. Previous research indicates that, those with chronic pancreatitis are more likely to develop pancreatic cancer, the most prevalent of which is pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC). To better understand the pathomechanisms underlying pancreatic diseases, develop more accurate diagnostic tools, and learn more about the connection between pancreatitis and pancreatic adenocarcinoma, it is imperative to map the biological processes associated with pancreatic diseases with greater precision.

**Aims:** Based on these, our goal was to develop a 3D *ex vivo* epithelial-stromal co-culture using organoids made of stromal cells and pancreatic cells from the same tissue.

**Methods:** To generate co-cultures, pancreatic ductal and stellate cells were obtained from FVB/N mice and grown in Matrigel on 37°C in organoid culture media at 5% CO<sub>2</sub> in a humidified atmosphere in organoid culture media. Samples were sectioned with a Leica cryostat and immunofluorescent labeling was performed on 7 μm sections to check the expression of markers specific to stromal cells and epithelial cells. Transcriptome analysis of mouse co-cultures was performed by next-generation sequencing.

**Results:** Immunofluorescent staining show clear Vimentin staining conforming the identity of stromal cells while ductal organoids show KRT19, FOXA2 and SOX9 markers of epithelial origin. Transcriptome analysis identified a set of cytokines/chemokines (Mmp3, Spp1, Il11, Cxcl1, Cxcl5, Ccl11) and the connected pathways (TNF signaling pathway, IL-17 signaling pathway).

**Conclusion:** Our findings could provide insight into the molecular processes that chronic pancreatitis and pancreatic cancer have in common, as well as the cause of the latter condition. Our findings have led to important advances in our understanding of the connection between stromal and ductal cells as well as the identification of new therapeutic targets.

## 79. DIETETIKUS SZEREPE AZ OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁSSAL ÉLŐ BETEGEK ELLÁTÁSA SORÁN

Lada S.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>2</sup>

1. SZTE, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Dietetikai Szolgálat; 2. Szegedi Orvostudományi Egyetem, Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

**Introduction:** Az OPT (otthoni parenterális táplálás) indikációját leggyakrabban a krónikus bélelégelenség jelenti. Az ellátást OPT- centrumokban táplálásterápiában jártas szakemberek végzik. Az OPT-program minden páciens esetében személyre szabott és az állapothoz igazított létfenntartó terápia, mely minőségi élethez segíti az érintett betegeket. OPT során a táplálásterápia célja optimalizálni az enterálisan bevihető mikro-makrótápanyagok, folyadék mennyiségét, és a szükséglet és hasznosulás közti hiányt parenterális tápoldattal pótolni.

**Methods:** A krónikus bélelégelenséggel járó „short bowel syndrome” (SBS; rövidbél-szindróma) élő betegek dietetikai konzultációja és tápláltsági állapotuk folyamatos nyomonkövetése nélkülözhetetlen a terápia során, mivel a megfelelő minőségű és mennyiségű tápanyag bevitel biztosítása elengedhetetlen a betegek megfelelő rehabilitációjához. A folyamatos utánkövetés szerves része a testösszetétel vizsgálat (BIA-bioelektromos impedancia analízis). A testösszetétel felmérése alapján hasznos információt kapnak az egészségügyi szakemberek a páciens állapotáról és egyben a beállított és alkalmazott táplálásterápia hatékonyságának monitorozására is szolgál. Szükség esetén a dietetikai által készített táplálási terv módosítását, a táplálásterápia változtatását irányozza elő. Különösen igaz ez a posztoperatív időszakot követő ún. adaptációs időszakra: fokozatosan emelhető az enterális bevitel és csökkenthető a parenterális tápoldat bejuttatása ideális esetben. A teljes adaptáció, de az egyensúlyi állapot eléréséig eltelt idő betegenként eltérő lehet, így a rendszeres dietetikai kontroll minden páciens esetében elengedhetetlen.

**Conclusion:** Jelen eset során egy Crohn-betegség miatt többszörösen operált, posztoperatív tartósan OPT-re szoruló beteg példáján keresztül szeretnénk bemutatni az OPT menedzsment főbb lépéseit és a dietetikai „jó gyakorlatot” mely végül sikeres adaptációhoz vezetett.

## 80. DUODENUM DUPLIKÁCIÓS CISZTA, MINT A HEVÉNY HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁS RITKA OKA - ESETISMERTETÉS

Lassú P.<sup>1</sup>, Mester G.<sup>1</sup>, Szita I.<sup>1</sup>, Mohos E.<sup>2</sup>, Moldoványi I.<sup>3</sup>, Szmola R.<sup>4</sup>, Lakner L.<sup>5</sup>

1. Csolnoky Ferenc Kórház, Belgyógyászati Centrum, Gasztroenterológiai Részleg; 2. Csolnoky Ferenc Kórház, Sebészeti Centrum; 3. Csolnoky Ferenc Kórház, Képző Diagnosztikai Centrum; 4. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg; 5. Magyar Imre Kórház, Belgyógyászati Osztály

A szerzők 44 éves férfi beteg kórtörténetét ismertetik. Anamnéziséből kiemelendő, hogy csecsemőkorában egy év leforgása alatt kétszer is kórházban kezelték hányásos panaszok és gyarapodásban való elmaradás miatt. Az eltérések hátterében röntgen vizsgálattal megabulbust vélelmeztek, sebészeti beavatkozást nem indikáltak, tápszeres táplálással fejlődése normálisan lezajlott. Ezt követően éves rendszerességgel visszatérő felhisi diszkomfort érzése jelentkezett, melyet nagyobb mennyiségű étel elfogyasztása provokálni tudott.

A beteg 2022 augusztusában került felvételre felhisi fájdalom és hányás panaszaival, melynek hátterében heveny hasnyálmirigy-gyulladás igazolódott. Konzervatív kezelése

kezdődött. A labor és képalkotó vizsgálatok alapján epeúti kövesség vagy duodenum diverticulum gyanúja merült fel etiológiai faktorként, de hasnyálmirigy tumor irányába is vizsgálták. Gastro-duodenoscopy során tág gyomor ábrázolódott jelentős retenciával. A bulbus duodeni szintén nagymértékben tágultnak bizonyult posztbulbáris sztenózis miatt. A sztenózisban két nyílást találtak, melyből az egyik endoszkóppal átjárható volt, mögötte kifejezett duodenum tágulatot észleltek. A kisebb nyílásba nem jutottak be. A Vater papillát közvetlenül a sztenózis alatt találták, de kanuláláshoz nem tudták pozicionálni, ezért endoszkópos ultrahang vizsgálat történt, mely során lényegében szabályos pancreato-cholegramm ábrázolódott. Kontrasztos CT és gyomor röntgen vizsgálatokkal sikerült tisztázni az anatómiai viszonyokat: vakon végződő duodenum duplikációs cisztát vélelmeztek, mely jelentős duodenum kompressziót, gyomorürülési zavart, valamint Wirsung vezeték passzázs zavart, ezáltal hasnyálmirigy-gyulladást is okozott.

Multidiszciplináris egyeztetést követően, a nem szűnő gyomorürülési zavar miatt sebészeti megoldás mellett döntöttek. A laparoszkópos műtét során a diagnózis megerősítést nyert, a normál duodenum és a fejlődéstani kettőzet közös serosa és izomborítással bírt, így a kettőzet eltávolítása nem volt lehetséges. A passzázs zavar megoldására Billroth II. típusú gyomorrezekció történt, retrocolicus Roux kacs rekonstrukcióval. A beteg a műtét óta tünet és panaszmentes.

A szerzők ismertetik a kórkép diagnosztikus és terápiás lehetőségeit az irodalmi közlemények alapján.

## 81. EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED CHOLEDOCHODUODENOSTOMY IN MALIGNANT DISTAL BILIARY OBSTRUCTION

Lázár B.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Hussein T.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases and Centre for Translational Medicine, Semmelweis University

**Background:** Endoscopic ultrasound-guided choledochoduodenostomy (EUS-CDS) has emerged as a feasible alternative method for biliary drainage in cases where endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) cannot be performed. The European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) endorses the preference for EUS-guided biliary drainage over percutaneous transhepatic biliary drainage in situations of unsuccessful ERCP for patients with cancer-related blockages in the lower part of the bile duct, provided there is local expertise. We reviewed the safety and effectiveness of eight consecutive patients who underwent EUS-CDS from January 2023 until today at the Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University. Six of the patients were female, while their ages ranged between 38-84 years (mean 68.5, SD 14.. The primary indications were obstructive jaundice secondary to pancreas cancer (PC) in seven patients and duodenal metastasis affecting the Vater papilla in one patient. The common bile duct (DHC) dilatation ranged between 11-33 mm (mean 17.9, SD 6.92). All EUS-CDS procedures were successful, providing effective biliary drainage as evidenced by a significant decrease in bilirubin levels from Day 0 to Day 3 (up to 50% drop). Minor complications were encountered but were managed conservatively. None of the cases required any additional biliary drainage interventions. Despite the technical success, all but one of the patients died due to the progression of their underlying malignancies within the follow-up period.

**Case presentation:** We present the case of a 69-year-old male patient with no prior significant diseases. He presented with jaundice, itching, and a weight loss of 10kg in April 2023. On a Computed Tomography (CT) scan, there was a suspicion of pancreas head neoplasia (51x23mm hypodense mass). He was admitted to our department on July 6, 2023, with a total serum bilirubin of 451.8 umol/l. During the first ERCP, we encountered acute bleeding on the site of the pre-cutting. Three days later, we repeated the ERCP. However, we could not cannulate the Vater papilla during the procedure due to the small orifice resulting from the first ERCP. On the same day, we initiated the EUS-guided CDS. Using a 19G needle, the DHC was punctured, and upon being filled with contrast, a 14 mm dilated biliary system was observed. With a 6 Fr cystotome, the wall was burned through, initiating a flow of thick bile. Subsequently, a 6 cm partially covered biliary Wallflex stent was inserted into the DHC, half of which hung into the duodenum and clipped in place. A good flow of thick bile began as the contrast material exited. On day three after the procedure, the serum bilirubin level dropped to 278,3 umol/l, while one month later, it was 127,6 umol/l. There was no need for a second look. However, due to the progression of the PC, the patient died in August 2023.

**Conclusion:** EUS-CDS is a safe and effective method for biliary drainage in patients with malignant biliary obstruction where ERCP is not possible. However, this EUS-CDS should be done when local expertise is available.

## 82. KORAI MEGJELENÉSŰ VASTAGBÉLRÁK (EO-CRC) – IRODALMI ÁTTEKINTÉS FIATAL BETEGEINK NYOMÁN

Leiszter K.<sup>1</sup>, Patai V. Á.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** A WHO adatai alapján a vastag- és végbélrák (colorectal cancer /CRC/) világszerte a harmadik leggyakoribb rosszindulatú daganatos megbetegedés és a második leggyakoribb halált okozó malignus betegség. Az 50 év feletti korosztályban a CRC incidenciája számos fejlett országban stagnál, vagy csökkenő tendenciát mutat, köszönhetően a hatékony vastagbél szűrőprogramnak, az egyre fejlettebb diagnosztikus és terápiás eszközöknek és az egészségtudatosabb életmódnak. Az 50 évnél fiatalabb korosztályban diagnosztizált korai megjelenésű CRC (early-onset colorectal cancer /EO-CRC/) incidenciája ugyanakkor drámaian növekszik.

**Aims:** Két fiatal betegünk kórtörténetét szeretnénk bemutatni, akiknél korai megjelenésű vastagbélrák igazolódott. „KP” 42 éves férfibeteg, akinél visszatérő hasi fájdalom, puffadás, székelési habitus megváltozása miatt indult gasztroenterológiai kivizsgálás. Ennek során széklet vér pozitívítás és microcyter anaemia igazolódott. Colonoscopus vizsgálata a caecumkúpban malignitás lehetőségét vetette fel, a szövettani vizsgálat adenocarcinomát igazolt. „IS” 34 éves férfibeteg, akinél visszatérő jobb alhasi fájdalom miatt sürgősségi betegellátó intézményben először hasi UH vizsgálat, majd ezt követően CT vizsgálat történt. Az utóbbi képalkotó vizsgálat a caecum és a colon ascendens falmegvastagodását igazolta, laborvizsgálata során anaemia látszódott. Colonoscopus vizsgálata a caecumban nagy kiterjedésű, a Bauhin-billentyűre is terjedő térfoglalás lehetőségét vetette fel, a szövettani mintavétel adenocarcinomát igazolt.

**Methods:** Fiatal betegeinknél igazolt colorectalis carcinoma kapcsán áttekintett irodalmi adatok arra engednek következtetni, hogy az EO-CRC klinikai megjelenését, szövettani és molekuláris biológiai jellemzőit tekintve eltér a késői megjelenésű vastagbélráktól (late-onset CRC /LO-CRC/).

**Results:** Az EO-CRC incidenciája leginkább a 20-29 éves korosztályban emelkedik, és inkább a bal colonfélben, illetve a rectumban alakul ki. Az EO-CRC általában előrehaladottabb stádiumban kerül felismerésre, illetve szinkron vagy metakron daganatok is gyakrabban fordulnak elő, mint az idősebb korosztályban. EO-CRC esetén a páciensek több, mint 85%-ában a tünetképző daganat miatt indul kivizsgálás, ugyanakkor már meglévő alarm tünetek esetén a diagnózis több, mint fél évet is késleltethet. EO-CRC kórszövettani jellemzőit tekintve szintén rosszabb onkológiai kimenetellel járó tulajdonságokkal jellemezhető (pl. kevésbé differenciált, perineurális terjedést vagy érbetörést gyakrabban mutató, mucinosus vagy pecsétgyűrűsejtes megjelenésű). EO-CRC kivizsgálása során örökletes daganatszindróma vagy polipózis szindróma gyakrabban igazolható, mint LO-CRC esetén.

**Conclusion:** Irodalmi adatok alapján 2030-ra feltehetőleg minden 10 vastagbélrákos beteg közül 1, és minden 4 végbélrákos beteg közül 1 páciens az 50 évnél fiatalabb korosztályból kerül ki. A CRC alarm tünetei esetén mindig gondolni kell EO-CRC lehetőségére.

## 83. ÚJONNAN DIAGNOSZTIZÁLT CÖLIÁKIÁS BETEGEK TESTÖSSZETÉL PARAMÉTEREINEK VIZSGÁLATA PROSPEKTÍV, MULTICENTRIKUS, ESET-KONTROLLA VIZSGÁLAT (ARCTIC STUDY) ELŐZETES EREDMÉNYEI

Lemes K.<sup>1</sup>, Lénárt Z.<sup>1</sup>, Lada S.<sup>1</sup>, Peresztegi M.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Máth B.<sup>4</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Bajor J.<sup>5</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar; 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 4. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 5. Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék

**Bevezetés:** A cöliákia a populáció 1%-át érintő, női predominanciát mutató krónikus autoimmun kórkép. Jelentőségét fokozza, hogy terápiáját kevés kivételtől eltekintve önmagában a gluténmentes diéta jelenti. A cöliákias betegek testösszetétel mutatói a felszívódási zavar következtében különbözhetnek az átlagpopulációtól, ugyanakkor egyre gyakoribb, hogy diagnóziskor normál testsúlyú vagy túlsúlyos a beteg.

**Célkitűzés:** Prospektív, multicentrikus, eset-kontroll vizsgálatunk során (ARCTIC study) az újonnan diagnosztizált cöliákias, gluténmentes diétában még nem részesülő betegek metabolikus (vérzsír-) értékeit és testösszetétel paramétereit vizsgáltuk és hasonlítottuk össze az egészséges átlagpopuláció azonos mutatóival.

**Módszer:** Tanulmányunkba három egyetemi centrum frissen diagnosztizált cöliákias betegeit vontuk be. Laboratóriumi paraméterek közül a totál koleszterin, LDL és HDL szintek mérésére került sor. Az InBody 770-es BIA (Bioelektromos Impedancia Analízis) készülékkel történt testösszetétel vizsgálat során a testtömeg index (BMI: Body Mass Index) mellett a szervek közötti zsírtartalom (VFA: Visceral Fat Area), testzsír tömeg (BFM: Body Fat Mass), testzsír százalék (PBF: Percent Body Fat), vázizom tömeg (SMM: Skeletal Muscle Mass), a zsírtmentes testtömeg (FFM: Fat-Free



Mass), illetve a derék-csípő hányados (WHR: Waist-Hip Ratio) került meghatározásra.

**Eredmények:** 2022.decembere óta 26 újonnan diagnosztizált cöliakiás beteg (23 nő (88%), 3 férfi (12%)) és 38 átlag populációhoz tartozó egyén (kontroll csoport; 33 (87%) nő, 5 férfi (13%)) került bevonásra. A cöliakiás betegek átlag életkora magasabb volt a kontroll csoporthoz képest szignifikáns különbség nélkül (37,8 év vs. 32 év). Az átlag összkoleszterin és LDL értékek cöliakiás betegekben alacsonyabbnak bizonyultak a kontrollhoz képest (LDL: 38,5 % vs. 51,5 %-ban, Kol: 26,9 % vs. 45,45 %-ban volt a normál érték felett). Az átlag HDL szint a cöliakiás betegek 53,84 %-ban, míg a kontroll csoport 9 %-ában a normál értéknél alacsonyabb volt. Az átlag derék- csípő körfogat aránya közel azonos volt (0,87 vs. 0,88).

A testösszetétel mutatók közül közel azonos átlag BMI értéket (22,8 vs. 23,1) kaptunk, ellenben a cöliakiások között nagyobb számban fordult elő túlsúlyos (34,6 % vs. 20,9 %), illetve sovány kategóriába tartozó beteg (19,23 % vs. 7,89 %), mint a kontrollcsoportban.

Az átlag vázizom tömeg SMM (24,5 kg vs. 25,8 kg) és a zsírmentes testtömeg FFM (45,85 kg vs. 46,73 kg) alacsonyabbak voltak, ellenben a testzsír százalék PBF (28,5 % vs. 26,5 %), a szervek közötti zsírtartalom VFA (90,1 cm<sup>2</sup> vs. 80 cm<sup>2</sup>) és a testzsír tömeg BFM (19,1 kg vs. 17,4 kg) cöliakiások esetében magasabbnak bizonyult.

**Konklúzió:** Vizsgálatunkban a frissen diagnosztizált, diéta naiv cöliakiás betegek között nagyobb arányban fordul elő mind az alultáplált, mind a túlsúlyos beteg. A cöliakiások átlag izomtömege alacsonyabb, testzsír értékeik azonban magasabbak a kontrollhoz hasonlóan. A nagyarányú alacsony HDL szint a kedvezőbb koleszterin és LDL értékek ellenére a kedvezőtlen testösszetétel paraméterek mellett prognosztikai szempontból jelentőséggel bírhat kardiovaszkuláris rizikó szempontjából. Fontosnak tartjuk minden újonnan diagnosztizált cöliakiás betegnél a diagnóziskor a részletes testösszetétel elemzés elvégzését, a mediterrán gluténmentes étrend oktatását. A betegek gondozása során cél az optimális testösszetétel elérése - megtartása és a metabolikus eltérések negatív változásának megelőzése, illetve a már fennálló visszafordítása.

A fent ismertetett eredmények azonban még a vizsgálatok további folytatását igénylik.

#### 84. ATRIAL FIBRILLATION AND QTC PROLONGATION ARE ASSOCIATED WITH HIGHER MORTALITY AND SEVERITY IN ACUTE PANCREATITIS - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Lillik V.<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Zolcsák Á.<sup>1,3</sup>, Ferdinandy P.<sup>1,4</sup>, Bodó E.<sup>1</sup>, Pourrastegar A.<sup>1</sup>, Moradi A.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,5,6,7</sup>, Nagy R.<sup>1,8</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. First Department of Gastroenterology, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 3. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 8. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) is a systemic inflammatory disorder with rising incidence and high mortality

in severe cases. Cardiac abnormalities, even heart failure, are commonly seen phenomena during and after AP-related hospitalization.

**Aims:** Our aim is to investigate the bidirectional association between cardiac changes and AP outcomes.

**Methods:** The protocol was registered on PROSPERO (CRD42023479679, CRD42023479674). We conducted a systematic search on the 5<sup>th</sup> of November 2023 in three main databases (PubMed, Embase, CENTRAL) and selected the articles based on predefined selection criteria. We were searching for articles including patients with AP and cardiac abnormalities [e.g. atrial fibrillation (AF), echocardiographic changes] and looked at different clinical outcomes. Pooled odds ratios (pOR) with 95% confidence interval (CI) were calculated using a random-effects model.

**Results:** Nine eligible articles were included in our meta-analysis. By analyzing 1.3 million AP patients, those with AF have almost three-times higher odds for in-hospital death, than patients without AF (pOR: 2.89, CI: 1.26 - 6.66). Patients with severe AP have three-times higher odds for in-hospital QTc interval prolongation than patients in the non-severe category (pOR: 3.31, CI: 1.19 - 9.21).

**Conclusion:** Patients with AF face a threefold increased odds for death and those with severe AP are three times more likely to develop QTc interval prolongation. Cardiology screening, including ECG, is crucial for AP patients. Longitudinal studies are needed to assess the long-term relationship between AP and cardiac abnormalities.

#### 85. A TUMORSEJT EMBRIONÁLIS ÉS MEZENCHIMÁLIS TULAJDONSÁGAINAK KARAKTERIZÁLÁSA ÁRAMLÁSI CITOMETRIÁVAL

Linkner T.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>2</sup>, Farkas E.<sup>1</sup>, Bányai F.<sup>1</sup>, Takács I.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest

**Bevezetés:** Keringő tumorsejtek a tumorszövetről leszakadó, vérkeringésbe került sejtek melyek új metasztatizációt képezhetnek. A vérkeringésbe jutás előtt a sejtek átesnek epithélialis-mezenchimális átmeneten, aminek során a tumorsejt elveszti adhéziós képességét és felvesz egy mobil, kevésbé differenciált fenotípust. A tumorsejtek kimutatása a keringésből nagy diagnosztikai potenciált hordoz, következtetni lehet belőle a tumor állapotára és progressziójára. A kimutatásuk sejtfelszíni markerek, mint például az epithelial cell adhesion molecule (EPCAM) más néven CD326 detektálásán alapul. A sejten belüli cytokeratin szintén alkalmazható keringő tumorsejtek detektálására. Fontos biomarkerek továbbá a vimentin mint az epithélialis-mezenchimális átmenetben kulcsfontosságú fehérje és a SOX9 ami kiemelt szerepet játszik a tumorsejtek összejtszerű tulajdonságainak kialakulásában.

**Célkitűzés:** Célunk az volt, hogy optimalizáljunk egy keringő tumor, epithélialis-mezenchimális illetve embrionális átmeneten átesett sejtek vérből történő kimutatására alkalmas technikát.

**Anyagok és módszerek:** Alkalmazott módszereink között szerepel mágneses elven működő sejt szeparációs technika. Továbbá áramlási citometria melyel sejt felszíni illetve sejten belüli markerek detektálhatóak fluoreszcens molekulákkal konjugált antitestekkel történő jelölést követően.

**Eredmények:** Tumoros betegek vérből képesek vagyunk feldúsítani a CD326 pozitív sejteket, melyeket fluoreszcens antitesttel történő jelölés után ki tudunk mutatni áramlási citometriával. Különbség figyelhető meg a vérek között a vérvételi cső típusának függvényében. EDTA csőben levett



vérből kevesebb CD326 pozitív sejtet tudunk detektálni egy STRECK-Cytochex csőben tárolt vérhez képest. Daganatos betegek vérből CD45 pozitív sejtekre történő szelekciót követően képesek voltunk kimutatni cytokeratin pozitív feltételezhetően keringő tumorsejteket. Beteg vérből továbbá detektálható vimentin pozitív sejtpopuláció. Mindemellett képesek voltunk SOX9 pozitív sejtek kimutatására, ami tumorössejtek jelenlétére utal.

**Konklúzió:** Összességében megállapítható, hogy a mágneses szeparáció alkalmas keringő tumorsejteket feldúsítására teljes vérből. Továbbá az áramlási citometria egy kulcsfontosságú módszer keringő tumorsejtek illetve embrionális átalakuláson végbement tumorössejtek kimutatására.

#### 86. TIME COURSE DEVELOPMENT OF DIABETES MELLITUS FOLLOWING ACUTE PANCREATITIS: INTERIM ANALYSIS OF THE GOULASH PLUS TRIAL

Lipp M.<sup>1,2</sup>, Szentesi A.<sup>2,3</sup>, Tóth-Abonyi Z.<sup>2</sup>, Vass V.<sup>3</sup>, Márta K.<sup>1,2,3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Gajdán L.<sup>4</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,5</sup>, Mikó A.<sup>2,3,6</sup>, Hungarian Pancreatic Study Group.<sup>2</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Szent György Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** 96-98% of patients survive acute pancreatitis (AP), but in the post-AP phase, patients are at high risk of morbidity and mortality. One of the objectives of the GOULASH PLUS (ISRCTN63396106) longitudinal, observational multicentre study is to investigate the development of diabetes mellitus (DM) following AP. The GOULASH PLUS trial reached 50% of the planned patient enrolment.

**Aims:** This interim data analysis aims to understand the time course evolution of DM after AP.

**Methods:** Data from 349 patients were collected on DM using HbA1c and oral glucose tolerance tests (OGTT). We formed four groups according to the baseline morphology status of the exocrine pancreas: 1) AP with one episode, 2) Recurrent acute pancreatitis (RAP) with two episodes, 3) Early chronic pancreatitis (ECP) with characteristic signs on imaging or three or more episodes of AP and 4) Chronic pancreatitis (CP). Abdominal ultrasonography in the first and third years and endoscopic ultrasound or magnetic-resonance-cholangiopancreatography in the second and fourth years were conducted.

#### **Results:**

Out of the 349 patients monitored following AP, 261 (74.8%) were grouped into AP, 40 (11.5%) into RAP, 26 (7.4%) into ECP, and 22 (6.3%) in the CP groups. Before the initial AP episode, in the AP group, 14.6% of patients had DM, whereas, 27.6% had prediabetes (preDM). In the RAP group 12.5% had DM and 20% preDM, in the ECP group 3.8% had DM and 38.5% preDM, whereas in the CP group, 18.2% had DM and 36.4% preDM. The following data represent the results at 1, 2, 3, and 4 years after AP. In the AP group, 23.3%, 28.1%, 31.3%, and 33.7% presented with DM, and 35.4%, 39.1%, 38.2%, and 40.6% with preDM. In the RAP group 33.3%, 36.8%, 38.1%, 42.9% presented with DM, and 36.1%, 47.4%, 42.9%, and 42.9% with preDM. In the ECP

cohort, 28.6%, 38.5%, 58.3%, and 28.6% presented with DM, while 38.1%, 30.8%, 16.7%, and 42.9% with preDM. Among patients with CP, 38.1%, 66.7%, 50.0%, and 58.3% presented with DM, and 42.9%, 25.0%, 50.0%, and 25.0% with preDM.

**Conclusion:** AP patients with advanced morphological changes in the pancreas face a heightened risk of developing DM or preDM within the first four years after their episode.

#### 87. 20 YEARS OF EXPERIENCES OF TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT IMPLANTATION IN CIRRHOTIC PATIENTS- DATA FROM THE HUNGARIAN BORSOD CENTRAL COUNTY TEACHING HOSPITAL (2004-2024)

Lombay B.<sup>1</sup>, Petrovai Z.<sup>1</sup>, Molnár R.<sup>1</sup>, Tamás M.<sup>2</sup>, Lázár I.<sup>2</sup>

1. Department of Gastroenterology and Medicine, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary; 2. Department of Interventional Radiology, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary

**Introduction:** Transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) is an invasive radiological procedure, which is used to establish an artificial shunt connection between the portal and systemic veins to decrease the elevated portal pressure. This method is used in selected patients with decompensated liver cirrhosis for bridge therapy before transplantation. Our hospital is one of the few Hungarian centers with a nationwide admission area and slight Hungarian data are available in this topic.

**Aims:** Our gastroenterological unit serves for the observation of these patients before and after the TIPS implantation. We collected the data of these subjects during the last decades.

**Methods:** From 2004-2024, we retrospectively analyzed the data of 245 cirrhotic patients (152 male/93 female; mean age 55.31±10.54 years) with decompensated liver cirrhosis from 38 Hungarian hospitals. We recorded the baseline demographic and anamnestic data and noted the short-term complications after the TIPS implantation. Contraindications for TIPS (portal vein thrombosis, notable pulmonary hypertension) were diagnosed in twelve more patients; their data were not analyzed. If it was possible, we followed the patients for long-term outcomes and for liver transplantation.

**Results:** The origin of liver cirrhosis was alcoholic (74%); HBV (1%); HCV (8%); autoimmune (5%) or unknown (12%). Main indications for TIPS were recurrent variceal bleedings (51%); therapy refractory ascites (40%) or both (9%); 20% of the cases had emergency indications. Decrease or elimination of symptoms by the reduction of the portal pressure was detectable about 75% of the implanted patients. We registered overall 21% complication rate during the postprocedural observation period (gastrointestinal or intraabdominal bleeding (11%); loss of hemoglobin indicating transfusion without detectable bleeding (16%); severe encephalopathy (11%) and need for surgical intervention: 3%). Complications (e.g., signs of occlusion by abdominal color Doppler US or encephalopathy) required the revision of the earlier inserted TIPS (additional stent placement, balloon angioplasty or thrombectomy, diameter reduction) in 16% of the patients. Eleven percent of the analyzed patients had pre-transplant examinations in their medical history. Median survival time was 1 year between patients who died during a 5-years follow-up after TIPS implantation.

**Conclusion:** TIPS is an effective invasive method for the reduction of the elevated portal pressure in selected patients with decompensated liver cirrhosis, with a high complication rate. Therefore, accurate screening and close observation is important during the peri-procedural period. The rate of

pretransplant examination procedure was exceptionally low, especially in young patients.

## 88. UNEXPECTED LOCALIZATION OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA IN CIRRHOTIC PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C

Lombay B.<sup>1</sup>

1. Department of Gastroenterology and Medicine, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary

**Introduction:** Liver cirrhosis is frequently associated with hepatocellular carcinoma (HCC) in chronic hepatitis C (CHC) patients. Eradication of HCV by direct antiviral agents (DAA) can reduce but not eliminate the risk of HCC.

**Case report:** The 63 years old male patient suffering from hemophilia A, was infected with hepatitis C virus before 1992. From 2000 to 2013, he was treated three times with pegylated interferon and ribavirin combination therapy; all of them was unsuccessful. In 2015, his DAA treatment was efficient, and he became viral-free. His liver cirrhosis was firstly diagnosed in 2015 by Fibroscan method (42.4 kPa). Abdominal ultrasound (US) and laboratory examinations were repeated during the regular follow-up and there were no signs of decompensated cirrhosis (lack of ascites and variceal bleedings). In 2021, he visited our hepatological ambulance with his newly appeared abdominal pain in the right upper region. Abdominal US and CT showed the thrombosis of the main portal vein. Without clear malignant focus in the liver, chest CT represented a 165x58x62 mm malignancy, involving the left lower rib cage. Histological findings of the percutaneous biopsy proved metastatic liver cancer (HCC). The patient had 206.9 ng/ml AFP level, but primary liver cancer focus was also not supported by PET-CT examination. He received palliative local irradiation and sorafenib therapy. The somatic condition of the patient showed a rapid decrease, and he died one month later.

**Conclusion:** This case report suggests that hepatocellular carcinoma remain a remarkable complication after a successful eradication in cirrhotic CHC subjects and requires a long-time follow-up.

## 89. GASZTRIKUS ANTRÁLIS VASZKULÁRIS EKTÁZIA ELŐFORDULÁSA KÉT ESET KAPCSÁN; MÁJCIRRÓZISBAN ÉS ANÉLKÜL

Lontai L.<sup>1</sup>, Iliás Á.<sup>1</sup>, Papp J.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

**Bevezetés:** A gasztrikus antrális vaszkuláris ektázia (GAVE) a nem varix eredetű felső gastrointestinalis vérzések 4%-áért felelős. Klinikailag okkult vérzést, transzfúziót igénylő krónikus vashiányos anaemiát, bizonytalan felhási fájdalmat, vagy akár gyomorürülési zavart okozhat. Kialakulásában szerepet játszhat mechanikai stresszhatás, humorális és autoimmun tényezők, illetve hemodinamikai változások. Bár az esetek 30%-ában cirrózishoz társul, jelen tudásunk szerint a portális hipertenzió nem játszik szerepet a kialakulásában, annak csökkenése nem befolyásolja a betegség lefolyását.

### Esetleírások:

• 77 éves nőt beteget gravis microcyter anaemia, étvágytalanság, fogyás miatt vizsgáltunk. Székletét ugyan sötétebbnek látta, de fekete színűnek vagy véresnek nem. Laborleleteiből súlyos fokú, vashiányos anaemia (hb: 66g/l, MCV: 69,6fL, Fe: 2,7uM, solubilis transferrin receptor: 13,8mg/l), jelzett indirekt hiperbilirubinémia volt kiemelendő. A hasi UH képen vastagabb antrumfal ábrázolódott. Gastroscopia során ödémás antrális nyálkahártyaredőket

láttunk, rajtuk csíkszerűen elhelyezkedő teleangiectasiákkal. A „görögdinnye-gyomornak” megfelelő endoszkópos képet a szövettani vizsgálat is igazolta, emellett *Helicobacter pylori* fertőzést is jelzett. A beteg anaemiáját eleinte transzfúzió adásával, illetve parenterális vaspótlással tudtuk csak rendezni, a későbbiekben a *Helicobacter pylori* eradikáció után, többszöri argon plazma koagulációs (APC) kezelés hatására erre már nem volt szükség. Bő fél év alatt összesen négy APC kezelés végeztünk, a beteg azóta jól van, vérképept tartja.

• 57 éves hipertóniás férfibeteg felvételére effort dyspnoe háttérben igazolt gravis microcyter anaemia adott okot. A képkalkító vizsgálatok cirrózis jeleit mutatták portális hipertenzióval. A súlyos fokú anaemia (hemoglobin 44-56g/l, MCV: 80fL) miatt végzett gastroscopia során angiodyplasiákat láttunk a cardia és az antrum területén, emiatt eddig két alkalommal végeztünk APC kezelést, hepatológiai gondozásba vettük és TIPS beavatkozásra is előjegyeztük.

**Összefoglalás:** eseteink alapján a vashiányos anaemia háttérben gasztrointestinalis vérzés okaként GAVE lehetőségére is gondolnunk kell. A GAVE kialakulhat májcirrózishoz társulva is, de gyakrabban fordul elő anélkül. Terápiáját illetően nincs egységes szakmai ajánlás, holott megfelelő kezeléssel a vérvesztés megállítható.

## 90. A MUNKAKÉPESSÉG ÉS AZ ÉLETMINŐSÉG VIZSGÁLATA UTÁNKÖVETÉSEL GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEKBE

Lovász B.<sup>1,2</sup>, Bak D.<sup>1</sup>, Kecse É.<sup>2</sup>, Iliás Á.<sup>2</sup>, Svébis M.<sup>2</sup>, Gadó K.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem ETK Egészségtudományi Klinikai Tanszék; 2. SE Belgyógyászati és Onkológiai Klinika

**Bevezetés:** A Crohn-betegségnek (CD) és a colitis ulcerosának (UC) a betegek életminőségére, munkaképességére gyakorolt hatása komplex kérdés. Tavaly bemutatott vizsgálatunkban erős összefüggést találtunk a betegségaktivitási index és a munkavégzésben észlelt zavar, valamint a napi rutin felborulása között. Fenti összefüggések a remisszióban lévő betegekben is fennálltak.

**Célkitűzés:** A gyulladásos bélbetegségekben szenvedők munkaképességének, annak korlátozottságának és életminőségének vizsgálata a betegség aktivitásával összefüggésben, a tavaly bemutatott vizsgálat utánpótlása.

**Módszer:** A vizsgálatba a Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinikájának ambulanciáján gondozott betegeket vontuk be 2022. 07. 27. és 2023. 02. 28. között. A munkaképességet és az életminőséget validált kérdőívek anonim kitöltését követően vizsgáltuk. A betegség aktivitását orvosi állapotfelméréssel és nemzetközileg is elfogadott klinikai pontrendszerek segítségével határoztuk meg.

**Eredmények:** A vizsgálatba 132 beteget vontunk be (92 fő CD, 40 fő UC), akik a kiindulási kérdőívet kitöltötték. Az első kontroll kérdőívet 57 fő töltötte ki, a második kontroll kérdőívet pedig 48 fő, a kérdőívek kitöltése között átlagosan 62 nap, ill. 77 nap telt el. Az első kontroll kérdőív kitöltésekor a kiindulási betegség aktivitási indexhez, vagy a legtöbb életminőségre vonatkozó válaszokhoz képest statisztikailag nem volt szignifikáns különbség, de tendenciaszerűen szinte mindegyik fenti paraméter értéke csökkent, ami a betegek állapotának javulására utal. Emellett a napi rutint zavaró hatás szignifikánsan kisebb volt az 1. kontroll kérdőív kitöltésekor, mint a vizsgálat indulásakor. Az 1. kontroll kérdőív adatai alapján a kiinduláskor észlelt összefüggések

nagyrészt statisztikailag nem-szignifikánssá váltak, bár UC-ben a mulasztott munkaórákkal és a napi rutint zavaró hatással megmaradt az összefüggés.

**Következtetés:** a vizsgálat értékelését nagyban befolyásolja a jelentős kiesési arány. Emellett felmerül, hogy a betegek általános állapotának enyhe javulása volt hatással érzelmi állapotukra és a munkaképességükre. A gyengébb összefüggés pedig már nem volt kimutatható az életminőségük és a betegség aktivitása között, mivel jórészt remisszióban lévő beteg kerültek a vizsgálatba. Az életkorra igazítás nem befolyásolta az eredményeket.

## 91. EUH + ERCP EGY ÜLÉSBEN: INDIKÁCIÓKRÓL ÉS ELŐNYÖKRŐL 48 ESET KAPCSÁN

Lőrinczi C.<sup>1</sup>, Nemesi K.<sup>1</sup>, Fried K.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>2</sup>

1. Dél-pesti Centrumkórház-Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház telephely, Infektológiai Osztály, Hepato-gasztroenterológiai részleg; 2. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Osztály, EUH-ERCP labor

**Bevezetés:** Az endoszkópos ultrahang (EUH) és az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) használata külön-külön is nagy segítség a pancreatobiliaris kórképek diagnosztikájában és ellátásban, de hatásfokuk jelentősen növelhető együttes használatkor (EUH-ERCP). Az utóbbi stratégiának ismert előnye, hogy a beadott bódítószerek mennyisége csökken, a beavatkozás utáni obszerváció egyszeri, rövidebb a hospitalizáció ideje, illetve csak egy szakorvost és egy endoszkópos helyiséget foglalunk le.

**Módszerek:** Tanulmányunkban az Országos Onkológiai Intézetben tavaly egy ülésben elvégzett EUH és ERCP vizsgálatok retrospektív értékelését tűztük ki célul. Elemeztük a vizsgálatok indikációit, a diagnosztikus pontosságát (EUH), a kanulációs és stentelési sikerrátát (ERCP).

**Eredmények:** 2023-ban n=48 esetben végeztünk egy ülésben EUH-ERCP-t. 5 esetben (11 %) benignus eltérések miatt kérték a vizsgálatot (kőbetegség, obstruktív pancreas ciszta). A vizsgálatok indikációja n=43 esetben (89 %) malignitás gyanúja volt: 42% pancreas eltérés, 47% epeúti betegség, 11% papilláris terime. A malignus indikációk esetén összesen n=38 esetben (88 %) valóban igazolódott rosszindulatú elváltozás (71% pancreas, 24% epeút, 5% papilla), ellenben n=5 esetben (15 %) a malignitás kizárható volt. Diagnosztikus mintavétel a malignus esetekben történt: 82% EUH-FNB, 3% EUH-FNA, 9% kefecitológia, 6% fogó-bioptátum formájában. Helyszíni citológia 78%-ban segítette a munkánkat, ezen esetek 85%-ban már a helyszínen definitív malignitás igazolódott, megkönnyítve a stentválasztást. Az EST sikerrátája meghaladta a 95%-ot. A szövettannal végül igazolt malignus esetek 84%-ban már az EUH-ERCP vizsgálat pillanatában epeúti fémstentet kaphattak.

**Konklúziók:** A jelenlegi eredmények alapján azt gondoljuk, hogy az EUH és ERCP egy ülésben történő alkalmazása a pancreatobiliaris betegségek diagnosztikáját és terápiáját hatékonyabbá teszi. Az EUH által biztosított (ERCP-t megelőző) diagnosztikai adat „valós idejű”, így megbizonyosodhatunk az epeúti kő jelenlétéről, illetve az epeúti szűkület pontos helyéről és az egyéb lokoregionális viszonyokról. Bizonytalan choledocholithiasis esetén az EUH bevetésével az indokolatlan ERCP sok esetben elkerülhető. Malignitás gyanúja esetén pedig az EUH-ERCP stratégiát alkalmazva a diagnosztika (EUH-staging, EUH-FNB) biztosan nem marad el, „valós idejű” diagnosztikus adatokkal végezhetjük az epeúti drenázst, illetve a malignus helyszíni

citológiai lelet birtokában akár azonnal öntáguló fémstentet tudunk behelyezni, csökkentve az onkológiai beteg további ERCP terhelését.

## 92. KAPOSI-SARCOMA RITKA MEGJELENÉSI FORMÁJA

Lőrinczy K.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Pápai Z.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály; 2. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Onkológiai Osztály

**Bevezetés:** A Kaposi-sarcoma egy rosszindulatú kötőszöveti daganat, amelynek klasszikus formáját a magyar származású Kaposi Mór írta le 1872-ben. Háttérében a bőr és a belső szervek hajszálereinek és az azokat körülvevő kötőszöveti sejtek rosszindulatú érburjánzása áll. Leggyakrabban bőr tüneteket okoz, 10%-ban más szervek is érintettek lehetnek, leggyakrabban az emésztőtraktus és a regionális nyirokcsomók területén

**Esetbemutató:** 68 éves férfi betegünk anamnéziséből traumás koponyaalapi törés, következményes subduralis haematoma, neurológiai osztályos kezelés, hypertonia, diabetes mellitus (T2), szívritmuszavar, kardiológiai gondozás emelhető ki. 2022-ben éves széklet ürítése miatt kezdték el kivizsgálását. 2023. márciusában a bal axillából, illetve a bal arcfélről egy-egy terime került eltávolításra, amely kórszövettani vizsgálata Kaposi-sarcomát igazolt. Ezt követően HIV infekció kizárásra került. Staging CT vizsgálata a jobb tüdő középső lebeny bázisán nodularis terimét és a bal axillában megnagyobbodott nyirokcsomókat írt le. 2023. áprilisában colonoscopia történt, ahol a sigmában 35 cm-es magasságban a lumen falát szinte körkörösén involváló, a lument kismértékben szűkítő 3 cm-es vézékeny, helyenként kifeléyesedett, a colon transversumban 20 mm átmérőjű livid szövetszaporulat látszott. Mindegyik elváltozásból mintavétel történt, amely malignitást nem igazolt. 2023. júniusában történt kontroll colonoscopia, hasonlóan az elsőhöz többgócú helyenként kifeléyesedő idegen szövetszaporulatot írt le, kórszövettani vizsgálat malignitást nem látott, de lobos, érdús granulációs szövetrésztleteket írt le, felvetette vascularis malformáció gyanúját. 2024.02.12-16-ig Onkológiai Osztályunkon I-II. széria paclitaxel kezelést kapott szövődímentmentesen. Kontroll colonoscopia során az anustól 70 cm-re és innen aboralisan a descendensben, a sigmában és a rectumban összesen 8 lokalizációban 6-20 mm-es hyperaemiás, makroszkóposan NICE 1-nek megfelelő terimét láttunk, amelyek környezetükből kiemelkedtek. Közülük a legnagyobb 38 cm-re az anusnyílástól volt látható, egy redő teljes szélességét érintette, innen biopsziát vettünk, szívárgó vézést észlelünk, amely spontán szűnt, mintavétel során a terime puha volt. Kórszövettani minta vizsgálata folyamatban van.

**Megbeszélés:** Esetünkben a Kaposi-sarcoma colon érintettségéről számolunk be. Esetbemutatónk célja, hogy felhívjuk a figyelmet e ritka kórképre és bemutassuk annak endoscopyos manifesztációját.

## 93. METHYLENE BLUE AS A POTENTIAL NEW DRUG IN THE TREATMENT OF ALCOHOL INDUCED PANCREATITIS AND ALCOHOLIC HEPATITIS

Madácsy T.<sup>1,2,4</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,4</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged; 2. Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged; 3. Department of Public Health, University of Szeged; 4. HCEMM Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged

**Introduction:** Alcohol induced acute pancreatitis (AP) is one of the most frequent forms of AP, whereas alcoholic hepatitis (AH) is a potentially lethal complication of alcoholic liver disease. Maléth et al. has shown ethanol and fatty acid-mediated reductions of cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) expression and activity and increased the severity of alcohol-induced AP. Previously we evidenced that, ethanol and fatty acids disrupt the interaction between CFTR and PMCA, leading to more severe pancreatitis and possibly hepatitis. From our previous results we **hypothesize** that potentiating PMCA with methylene blue (MB) could have a beneficial effect in alcohol induced acute pancreatitis and hepatitis.

**Aims:** We aim to test the effect of MB on the severity of alcohol induced acute pancreatitis and to reveal the underlying mechanisms behind the potential beneficial effect of MB in alcohol related diseases.

**Methods:** The effect of MB was measured on mouse (MPO) and human pancreatic ductal organoid cultures (HPO) by microfluorimetric measurements on an inverted fluorescent microscope. Polarized expression of channels were assessed by immunofluorescent labeling (IF). To detect alterations of gene expression levels qPCR measurements were carried out. Alcohol induced acute pancreatitis was provoked in wild type FVB/N mice by the administration of ethanol (EtOH) and palmitoleic acid (POA).

**Results:** Fluorescent  $Ca^{2+}$  measurements revealed significant potentiating effect of MB treatment on PMCA after EtOH and PA (palmitic acid) exposition in MPOs and HPOs compared to EtOH-PA treated groups, while MB did not seem to effect the mitochondria. Results show marked reduction in the serum amylase levels, reduced oedema, leukocyte infiltration and necrosis scores in the MB treated group compared to the EtOH-POA treated group. Gene expression analysis showed marked elevation of both CFTR and PMCA4 in EtOH-PA and MB treated groups compared to EtOH-PA treated groups. IF staining of PMCA4 shows more defined apical localisation in EtOH-PA+ MB treated groups compared to the EtOH-PA treated groups.

**Conclusion:** Our preliminary results make MB a promising new translational drug, but excessive investigation is needed to reveal its beneficial impact in alcohol induced acute pancreatitis and hepatitis.

#### 94. SZŰRŐ KOLONOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK HATÉKONYSÁGÁNAK ÉS BIZTONSÁGOSSÁGÁNAK ÉRTÉKELÉSE A SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEMEN ÉS A BÁCS-KISKUN VÁRMEGYEI OKTATÓKÓRHÁZBAN 2019 ÉS 2022 KÖZÖTT

Magyar D.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>2</sup>, Vasas B.<sup>3</sup>, Nacsev K.<sup>4</sup>, Dubravcsik Z.<sup>4</sup>, Bősze Z.<sup>2</sup>, Tóth T.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>2</sup>, Bálint A.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Bor R.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szeged; 2. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Szeged; 3. Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Patológiai Intézet, Szeged; 4. Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Kecskemét

**Introduction:** Magyarországon 2019-ben indult az 50–70 éves populáció körében a kétlépcsős vastagbél-szűrő program, melynek célja a colorectalis carcinoma kialakulásának megelőzése.

**Aims:** Kutatásunk célja volt a Szegedi Tudományegyetemen és a Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórházban a szűrőprogram keretein belül végzett kolonoszkópiák minőségi mutatóinak és kimeneteli indikátorainak, valamint a

betegbiztonságnak a vizsgálata a magyar szakmai ajánlás tükrében.

**Methods:** Intervencióval nem járó, obszervációs kohorszvizsgálatunkban az adatgyűjtés során felhasználtuk a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ által működtetett regiszter prospektív adatait, melyeket retrospektíven kiegészítettünk az egészségügyi nyilvántartási rendszer segítségével.

**Results:** Összesen 1739 szűrő kolonoszkópiára (átlagéletkor  $62,36 \pm 5,86$  év, férfiarány 56,81%) került sor 97,07%-os coecumintubációs arány mellett. A bél tisztaság az esetek 90,28%-ában megfelelő volt, ezen belül az esetek 63,31%-ában kiváló. Az eszközviasszahúzási időről 1397 komplett kolonoszkópia esetén volt adat, mely 96,35%-ban meghaladta az irányelv által javasolt 6 percet, átlagos hossza  $9,51 \pm 5,76$  perc volt. Szedációt a páciensek 40,37%-a igényelt, melynek során 92,02%-ban midazolámot alkalmaztak. A kolonoszkópiák 62,51%-ában találtak neoplasztikus és 27,03%-ában csak nem neoplasztikus laesiót. Összesen 2879 polipot találtak 1064 páciensnél (polipfelismerési arány 61,18%), melyek közül a legrelevánsabbnak a mérete az esetek 39,38%-ában meghaladta az 1 cm-t, és 72,97%-a a bal colonfélben helyezkedett el. A páciensek 98,97%-a az index- és komplettáló kolonoszkópiák során polipmentessé vált. Adenoma 871 esetben igazolódott, ez 50,09%-os adenomafelismerési arányt jelent. Colorectalis carcinomát 80 páciensnél (4,60%) fedeztek fel. Szövődmény 10 főnél (0,58%) lépett fel, beavatkozással összefüggő halálozás nem következett be. Tisztázó gasztroszkópia a negatív eredményű kolonoszkópiák 24,08%-ában történt, ezek során 1 főnél nyelőcső-laphámcarcinoma igazolódott. Az utánkötési időszakban 114 páciensnél (6,56%) történt ismételt kolonoszkópia, melynek során intervallum colorectalis carcinomát 1 esetben (0,06%) találtak.

**Conclusion:** A kutatás során vizsgált két centrumban végzett szűrő kolonoszkópiák megfeleltek a magyar irányelvben meghatározott minőségi és kimeneteli mutatóknak, valamint betegbiztonsági szempontoknak. Ugyanakkor a regiszterbe történő adatbevitel és a negatív kolonoszkópiákat követő tisztázó gasztroszkópiák aránya korrekcióra szorul.

#### 95. GYERMEKKORI NEGATÍV HATÁSOK SZEREPE A MÁJ BETEGSÉGEIBEN

Makara M.<sup>1</sup>, Fekete-Gál M.<sup>2</sup>, Matuszka B.<sup>3</sup>

1. Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet, Szent László Kórház, Felnőtt szakrendelő; 2. Európai Prevenációs és Terápiás Medicina Alapítvány; 3. Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Személyiség-és Klinikai Pszichológia Tanszék

**Háttér és célkitűzés:** A több mint 20 éve megjelent, Felitti és Anda professzorok által publikált, a 'Negatív Gyermekkori Élmények (Adverse Childhood Experiences, röviden ACEs) hatásai a felnőttkori életre' tanulmány óta számos országban és számos vonatkozásban végeztek vizsgálatokat az ACE-ek egyéb tényezőkkel való összefüggéseinek tisztázására. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a kétezres években hozta nyilvánosságra a 13 kategóriában összesen 31 kérdésből tartalmazó kérdőívet (ACE International Questionnaire, ACE-IQ) ebben a témában, amely már elkülöníti az enyhe és súlyos negatív gyermekkori élményeket, az adott élmény gyakoriságának függvényében. Célkitűzésünk az volt, hogy a WHO ACE-IQ kérdőív segítségével minél szélesebb körben feltárjuk a

gyermekkorban átélt negatív és pozitív élmények következményeit a felnőttkori életre vonatkozóan.

**Módszer:** A vizsgálat egy korábbi szakaszában különböző betegcsoportokba (pl. hepatitisz, HIV) tartozó, illetve meghatározott élethelyzetekben lévő személyeket vizsgáltunk, ahol összesen 644 kitöltött kérdőívet dolgoztunk föl, a „súlyos” ACE pontszámok és a pszichoszomatikus-, valamint mentális eltérések, önsértések és önpusztító magatartásformák vonatkozásaiban. A kutatás legújabb, harmadik fázisában házi orvosok segítségével kértük, hogy rajtuk keresztül érhesük el pácienseiket, így egy online adatfelvétel során az ország 19 pontjáról 1199 kitöltés érkezett. A kitöltőket az elért ACE pontszámuk, vagyis az átélt negatív élmények száma alapján 4 kategóriába soroltuk: 0 ACE, 1-3 ACE, 4-5 ACE és  $\geq 6$  ACE.

**Eredmények:** Szinte minden negatív következmény szempontjából az az összefüggés volt megállapítható, hogy a „súlyos” ACE-ek számának emelkedésével növekszik a felnőttkori életre gyakorolt negatív hatások aránya. Az online mintában a szerhasználatot illetően a legalább egy éven keresztül tartó nagymértékű alkoholfogyasztás 0,9 százalékról 7,9 százalékra, a több mint egy éven keresztül történő intravénás kábítószerhasználat 0 százalékról 0,7 százalékra emelkedett a 6 vagy annál több „súlyos” ACE-el rendelkezők között, ahhoz a csoporthoz képest, ahol egy ilyen élményt sem éltek át gyermekkorban. A 6 vagy több negatív élményt átélők csoportjában a kitöltők 15,1%-a vallotta azt, hogy korábban legalább egy éven keresztül, napi rendszerességgel legalább egy doboz cigarettát elszívott, ezzel szemben a 0 ACE-el rendelkezők között ez az arány 4,3% volt. Az ACE-ek a testsúlyal is összefüggést mutattak, ugyanis a BMI átlag a negatív élmények számának növekedésével 1,5-el nő, valamint nő a III. fokú (súlyos) elhízás előfordulási aránya is – 2,2 százalékról 5,3 százalékra.

A negatív gyermekkori élmények elszívódása a fent leírtakon kívül számos további negatív következménnyel járhat felnőttkorban.

**Következtetések:** A gyermekkorban elszívódott súlyos traumák a lélektani hatásokon túl számos pszichoszomatikus eltérést is okozhatnak, és az önpusztítás különböző formái ezen negatív élmények látványos következményei, de valójában ezek csak a „jéghegy csúcsát” képezik.

## 96. SOLID TUMOROK ÁTTÉTEI A PANCREASBAN – KÉT ESET ISMERTETÉSE

Makrai T.<sup>1</sup>, Kovács G.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>

1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház, Nyíregyházi Jósza András Tagkórház

A pancreas malignus térfoglalásainak túlnyomó többsége primer ductalis adenocarcinoma, azonban ismertek a pancreas egyéb primer rosszindulatú daganatai – úgymint pancreaticus neuroendokrin tumor (PNET), anaplasticus adenocarcinoma, adenosquamosus carcinoma, pancreatoblastoma, stb. - mellett solid tumorok pancreas áttétei is.

Az előadásban 2 eset ismertetésére kerül sor, ahol solid tumorok pancreas áttéteire derült fény. Az első eset egy 64 éves nőbetegé; a beteg 2015-ben esett át jobb oldali laparoscopos nephrectomián, a műtéti szövettan világossejtes vesetumort igazolt. Adjuváns onkoterápia nem történt, ezt követően a beteget urológia gondozta. 2023-ban hasi CT vizsgálaton pancreas test-farok határán leírt terime miatt indult kivizsgálása, sikertelen percutan biopsiát követően MRI vizsgálat többgócú laesiot igazolt. A leírt góccok EUH-mintavételre alkalmasak voltak, így a mintavételt

centrumunkban elvégeztük. A szövettani lelet világossejtes vesetumor távoli áttétét igazolta, ezt követően onkoteam biológiai terápiát indikált.

A második eset egy 56 éves férfibetegé, az ő esetében 2020 februárjában igazolódott hajas fejbőrön melanoma malignum. Staging során távoli szervi és nyirokcsomó érintettség nem igazolódott, ezt követően a laesio sebészi kimetszése történt. Onkoteam postoperatív irradiatiót ajánlott, a beteg azonban ezt követően nem jelentkezett, onkológiai gondozáson sem járt. 2022 decemberben területileg illetékes gastroenterológiai szakrendelésen jelentkezett feszítő felhási fájdalom miatt, melynek hátterében kb 8 cm átmérőjű pancreasfeji terime igazolódott. Ennek biopsiája centrumunkban történt 2023 januárban, a szövettani eredmény melanoma malignum távoli áttétét igazolta. A beteg azóta PTD-vel él, biológiai terápiában részesül.

Az esetekből levonható legfontosabb tanulság, hogy tumoros anamnézisű betegeinknél megjelenő novum pancreas térfoglalás megjelenésekor mindig gondoljunk a primer tumor áttétére is, különösen a többgócú léziók esetében. Továbbá minden esetben törekedjünk a pontos mintavételre, endoscopos ultrahang segítségével vagy percutan mintavétellel, hiszen megfelelően megválasztott onkoterápia esetén a túlélés jelentősen javítható.

## 97. TIME COURSE DEVELOPMENT OF CHRONIC PANCREATITIS FOLLOWING ACUTE PANCREATITIS. INTERIM ANALYSIS OF THE GOULASH PLUS TRIAL

Mikó A.<sup>1,2</sup>, Andrea S.<sup>1,3</sup>, Lipp M.<sup>3,4</sup>, Abonyi-Tóth Z.<sup>3</sup>, Vass V.<sup>1</sup>, Márta K.<sup>4</sup>, Izbéki F.<sup>5</sup>, Gajdán L.<sup>5</sup>, Erőss B.<sup>4</sup>, Verbói M.<sup>1</sup>, Vincze Á.<sup>6</sup>, Hegyi P.<sup>4</sup>, Sárlos P.<sup>6</sup>, Bajor J.<sup>6</sup>, Lillik V.<sup>3,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,4,7</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 3. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Szent György Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 6. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** 96-98% of patients survive acute pancreatitis (AP), but the post-AP phase, patients are at high risk of morbidity and mortality. The primary objective of the GOULASH PLUS (ISRCTN63396106) longitudinal, observational multicentre study is to investigate the development of chronic pancreatitis (CP) following AP. The GOULASH PLUS trial reached 50% of the planned patient enrolment. This interim data analysis aims to understand the time course evolution of CP after AP.

**Patients&Methods:** 360 patients were yearly followed after AP. We formed four groups according to the baseline morphology status of the pancreas: 1) AP with one episode, 2) RAP with two episodes, 3) ECP with characteristic signs on imaging or three or more episodes of AP 4) CP. Ultrasound or CT were used in the first and third year, whereas, endoscopic ultrasound or magnetic-resonance-cholangiopancreatography in the second and fourth year of follow-up.

**Results:** Among the 360 patients followed after AP, 269 (74.7%) had AP, 42 (11.7%) RAP, 27 (7.5%) ECP and 22 (6.1%) had CP at the time of the baseline AP episode. The

following data represent the results at 1, 2, 3 and 4 years after AP. In the AP group, ECP was developed in 3%, 12%, 14%, and 18%, whereas, CP was diagnosed in 1%, 6%, 6%, and 11%, respectively. In the RAP population, ECP was developed in 17%, 19%, 21%, and 42% while CP developed in 0%, 0%, 4% and 8%. In the ECP patient group, CP was developed in 12%, 25%, 35%, and 36%. 15% of patients had exocrine pancreatic insufficiency (EPI) at the first year visit, while this increased to 21% by the fourth annual visit.

**Conclusion & Discussion:** RAP and ECP accelerate CP development. Due to the fast progression, it is important to find risk factors and biomarkers associated with recurrence and early morphology changes and to define possible early interventions to avoid or delay the progression to CP.

#### 98. ISLET ANTIBODY POSITIVITY ACCORDING TO AGE AND GLUCOSE TOLERANCE IN CYSTIC FIBROSIS: SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Molnár R.<sup>1,2</sup>, Bódy B.<sup>1,2</sup>, Varga B.<sup>3</sup>, Tóth R.<sup>2</sup>, Kói T.<sup>2</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Pámiczky A.<sup>1,4</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 3. Medical School, University of Pécs; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** The role of autoimmune beta-cell damage in cystic fibrosis-related abnormal glucose tolerance (CF-AGT) remains unclear.

**Aims:** Our goal was to assess pancreatic islet autoantibodies' (AABs) prevalence according to age and glucose tolerance and evaluate the associated risk for developing cystic fibrosis-related diabetes (CFRD) in patients with CF (pwCF).

**Methods:** A random-effects meta-analysis examined AABs against glutamic acid decarboxylase (GAD), insulin (IAA), islet cell (ICA), and insulinoma-associated protein 2 (IA-2) in pwCF (CRD42020155846). Prevalence, ORs, and 95% CIs were calculated, with subgroup analyses by glucose tolerance and age.

**Results:** Analysis of 20 eligible articles (2229 pwCF) revealed an overall islet AAB positivity prevalence of 4% (CI: 2-9%) and multiple positivity at 1% (CI: 0-11%). IAA exhibited the highest prevalence at 6% (CI: 3-14%), followed by GAD at 5% (CI: 2-11%). IA-2 and ICA had prevalence rates of 2% (CI: 1-7%) and 1% (CI: 0-9%), respectively. AAB prevalence trended higher in children than adults and in CF-AGT vs. normal glucose tolerance. Notably, CFRD patients showed significantly higher odds for multiple (OR 2.71, CI: 1.49-4.93) and any AAB positivity (OR 2.82, CI: 1.22-6.51) compared to non-CFRD patients. Among the AABs, GAD exhibited the strongest CFRD association (OR 4.63, CI: 3.42-6.28), with significant associations for ICA and IA2 (OR 3.57, CI: 1.05-12.18 and OR 2.36, CI: 1.29-4.34).

**Conclusion:** While islet AAB prevalence remains low in pwCF overall, higher AAB prevalence was detected in childhood, and AAB positivity was associated with CFRD, emphasizing the need for early screening. Timely intervention in these high-risk groups is essential to manage early-onset CF-AGT and prevent potential complications.

#### 99. PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR-1 – A PROMISING NEW THERAPEUTIC TARGET IN CHRONIC PANCREATITIS

Molnár T.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Jóhárt B.<sup>1,2,3</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2,3</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 2. Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group,

Hungarian Academy of Science – University of Szeged; 3. Molecular Gastroenterology Research Group, Hungarian Centre of Excellence of Molecular Medicine – University of Szeged

**Introduction:** Chronic pancreatitis (CP) is a complex inflammatory disorder characterized by the progressive destruction of the pancreatic tissue, with fibrotic transformation of the tissue as a major morphological feature. The incidence of the disease is steadily increasing, but no specific therapy is currently available, making the identification of new therapeutic targets a priority. Plasminogen activator inhibitor-1 (SERPINE1/PAI-1) has been implicated in various pathological processes, including fibrosis and inflammation. However, its specific involvement in the pathogenesis of chronic pancreatitis is not yet fully understood.

We aimed to explore the role of PAI-1 in the development of CP and assess the therapeutic potential of PAI-1 inhibitors as antifibrotic agents.

**Methods:** The PAI-1 expression in human pancreatic tissue samples was determined with immunohistochemistry. CP was induced in FVB/N mice with 8X50 µg/kgbw i.p. cerulein injection, every 3 days, 5 times. PAI-1 activity was specifically inhibited by TM5275 administered per os at a dose of 10 mg/kgbw in the last 6 days. Hematoxylin-eosin and Crossman's trichrome staining were used to assess inflammation and fibrosis, while amylase activity and hydroxyproline concentration were determined by biochemical assays. PAI-1 expression and location in the pancreas was examined by RT-qPCR and immunofluorescence co-staining.

**Results:** PAI-1 expression was significantly higher in pancreatic tissue samples obtained from CP patients. After induction of CP in mice, the body weight and the pancreatic weight/body weight ratio significantly reduced, whereas histopathology showed significant pancreatic atrophy and fibrosis. This was also confirmed by the increased hydroxyproline concentration and decreased amylase activity of the pancreatic tissue. The gene expression of SERPINE1 increased in pancreas tissue and fibroblast cell culture in CP group, moreover the elevated PAI-1 signal localization suggests a possible expression role for activated stellate cells. Administration of TM5275 resulted in a decrease in both body weight and pancreatic weight loss rates, additionally the atrophy, tissue fibrosis, hydroxyproline concentrations and SEPRINE1 gene expression were significantly decreased compared to the CP group.

**Conclusion:** Our results indicate an elevation in PAI-1 expression in CP, with the potential for fibrosis and tissue atrophy reduction by the inhibition of PAI-1. These findings propose PAI-1 as a promising therapeutic target for the treatment of chronic pancreatitis.

#### 100. FOLIC ACID TREATMENT REVERSES COVID-19 VIRUS INFECTION CAUSED GRANULOCYTE AGING, DNA AND CHROMATIN DAMAGES WITH IMMEDIATE CLIN. AND SURVIVAL ENHANCEMENTS IN HYPERHOMOCYST., HOSPIT. PATIENTS

Molnár B.<sup>1</sup>, Ledó N.<sup>1</sup>, Horváth V.<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Kóczy Á.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Felletár I.<sup>1</sup>, Takács I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest

**Backgrounds:** COVID-19-Sars virus infection is a highly-proliferative RNA-viral disease. High volume nucleotides and methyl-donors need to be produced and supplied by the infected cell. Homocysteine, a metabolite from the

methyl donor and nucleotide synthesis cycles, is an early, negative prognostic factor of severe COVID infection.

**Aims:** Evaluation of plasma homocysteine and folic acid levels in relation to hemostasis and granulocyte genetic, epigenetic and DNA changes in hospitalised, covid-19 infected, patients.

Short-term, high-dose folic acid treatment on clinical symptoms, survival, and on routine and research laboratory parameters was done.

**Materials and methods:** 892 hospitalised, covid-infected patients were evaluated. 82 patients undergone in the review period, folic acid therapy 15 mg/days, 5 days long. Homocysteine and folic acid levels were determined. Cell-free DNA isolation was done in each case. After granulocyte separation, with ficoll-paque technique, genetic instability comet assay was applied. In parallel, after DNA isolation, global DNA methylation analysis (line-1), relativ telomer length determination was done at hospitalisation and after the folic acid therapy. Whole exome sequencing (>100x coverage) and methyl-bead analysis (Illumina) with biological age determination (Horvath Index) was performed.

**Results:** Hospitalised COVID patients showed significantly decreased folic levels with increased homocysteine levels ( $p < 0.01$ ). Hyper-homocystaemia was detected in 35% patients correlating with increased D-dimer, IL-6, levels and with decreased fibrinogen levels and thombocytes counts. Accordingly increased plasma cell free DNA amount significantly was reduced after folic acid therapy. COVID infections caused decreased granulocyte global DNA methylation, increased granulocyte NETOSIS and DNA damage. Exom sequencing showed also elevated number of single nucleotide variants and structural variants. The increased biological age of the COVID patients was reverted by the applied treatment, causing global DNA remethylation. The applied high dose folic treatment also reversed the observed laboratory parameters, the granulocyte DNA damage and methylation alterations. The treatment led to decreased hospitalisation time and a significant decrease in mortality.

**Discussion:** High-dose short term folic acid therapy reduced letal COVID infections in hospitalised patients and decreased the hospitalisation time. Folic acid treatment leads to a decrease of netosis through increased chromatin stability (telomer length, DNA methylation, comet assay, yh2ax) that explains the observed clinical outcome.

#### 101. HYPERHOMOCISZTEINAEMIA ÉS MTHFR GÉN MUTÁCIÓK GASTROENTEROLÓGIAI BETEGSÉGEKBE, A FOLSAV TERÁPIA KLINIKAI ÉS SEJTSZINTŰ HATÁSAI

Molnár B.<sup>1</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Farkas E.<sup>1</sup>, Bányai F.<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>2</sup>, Valcz G.<sup>3</sup>, Pipek O.<sup>2</sup>, Csabai I.<sup>4</sup>, Takács I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest; 3. HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest; 4. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék, Budapest

**Bevezetés:** A vér megemelkedett homocisztein (HCY) szintje, azaz a hiperhomociszteinémia (HHC) jellemzően a folsav és B12 vitamin alacsony szintjével párosul, MTHFR gén mutációk mellett. A HHC számos betegségben megfigyelhető, beleértve a szív- és érrendszeri, a daganatos betegségekben prognosztikai faktor. A gasztrointesztinális betegségekben a HHC diagnosztikája és kezelése most kerül figyelembe. A proton pumpa gátló kezelése mellékhatásait is kompenzálhatjuk ezekkel.

**Célkitűzés:** Kísérletünk során célul tűztük ki HHC-s betegek felmérését, az MTHFR gén mutációk arányának meghatározását gasztroenterológiai betegekben. Hyperhomociszteinaemia esetén vizsgáltuk a klinikai választ a folsav kiegészítő terápia mellett. A folsav terápia adását

**Módszerek:** Vizsgálataink során egészséges (N) és gyulladásos bélbetegségben (IBD), CRC, gyomorfekély és reflux betegségekben szenvedő páciensektől gyűjtöttünk vérmintákat. Plazma homocisztein szint, folsav szint és MTHFR c677t, A1289C gén mutációk vizsgálatát végeztük el. Folsav hiány vagy hyperhomociszteinaemia esetén, MTHFR gén mutációk figyelembe vételével folsav pótlást végeztünk a protokolláris elsődleges terapiák mellett. Folsav terápia a gén mutációk diagnózisa esetén fenntartottuk a follow-up ideje alatt is. A folsav kezelés hatását perifériás vörsejtek DNS metilációs szintjének meghatározásával illetve a keringő szabad DNS szintjének meghatározásával vizsgáltuk.

**Eredmények:** Az MTHFR gén mutációk a betegek 90%-ban előfordultak. Homocisztein szint emelkedést a betegek 67%-ban, folsav szint csökkenést 23%-ban tapasztaltunk. Folsav terápia hatására a betegek 100%-ban normalizálódott a folsav szint és 67%-ban a homocisztein szint. Klinikailag a betegek gyógyulása közel 100% os volt reflux u, fekély betegségekben. IBD-ben relapsus arány csökkent. CRCben a folsav responderek hosszabb relapsus mentes időt mutattak. A plazma keringő DNS szintek csökkentek, a perifériás vörsejtek metilációja növekedett

**Konklúzió:** A folsav kiegészítő terápia rövid idő alatt képes csökkenteni a HCY szintjét, valamint hatással van a szabad DNS mennyiségére és a globális DNS metilációs mintázatára, azonban ahhoz, hogy a biológiai életkort befolyásolja, vélhetően hosszabb kezelési időtartam szükséges.

#### 102. ESETBEMUTATÁS: NEM-HIV ASSZOCIÁLT KAPOSI-SZARKÓMA GASTROINTESTINALIS MANIFESTÁCIÓJA

Morár A.<sup>1</sup>, Patai V. Á.<sup>1</sup>, Eitler K.<sup>2</sup>, Fónyad L.<sup>3</sup>, Dezső K.<sup>3</sup>, Faluhelyi D.<sup>4</sup>, Kardos M.<sup>5</sup>, Borka K.<sup>5</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Gasztroenterológia Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet; 4. Semmelweis Egyetem Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika; 5. Semmelweis Egyetem Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostan

Egy 68 éves, HIV-szeregativ férfi esetét mutatjuk be, akinek a kivizsgálása széklet-vér pozitívitás, anaemia miatt kezdődött. Gastroscopia és colonoscopia során livid, vérkékeny, kifeléyesedett polipoid léziók és szövetszaporulatok mutatkoztak. A szövettani mintavételek egy esetben sem voltak eléggé informatívak, immunhisztokémiai vizsgálatok során CD34 pozitívitás igazolódott. A beteg fizikális vizsgálata során a nasolabialis árokban egy livid, kiemelkedő képlet mellett a bal axillában egy megnagyobbodott nyirokcsomót is észleltünk. A bőrelváltozás és nyirokcsomó eltávolítását követően, a szövettani vizsgálatok humán herpesvírus 8 (HHV-8) pozitívást igazoltak, ezáltal Kaposi-szarkóma diagnózisa került leírásra.

A Kaposi-szarkóma egy angioproliferatív rendellenesség, a 8-as típusú Humán herpesvírus fertőzésével hozható összefüggésbe, amely egy carcinogén vírus. Incidenciája 1,53/100 000 fő a normál populációban, ezzel szemben a HIV-fertőzött egyénekben 180/100 000 fő Európában,



jelentősen emelkedett Dél Afrikában (280/100 000) és Latin-Amerikában (237/100 000). A betegségnek négy típusát különböztetjük el, a klinikai megjelenéstől és szerológiától függően (klasszikus/sporadikus, endémiás, iatrogén és HIV-hez kötődő forma).

A klasszikus, nem-HIV asszociált forma az esetek nagy részében a 60 év fölötti férfiakat érinti, a mediterrán vagy közép-kelet európai populációban. A nem-HIV asszociált Kaposi-szarkóma általában csak a bőrre lokalizálódó elváltozások formájában manifesztálódik, a betegség ezen formája ritkán érinti a viscerális szerveket. Irodalmi adatok alapján, a diagnózist követően az átlagos túlélési idő 12 hónap, amelyet nagyban befolyásol a páciens szocio-ökonomiai háttere. A kezelés személyre szabott, a léziók sebészi excíziója, disszeminált formában további onkológiai terápia javasolt.

### 103. ENDOSZKÓPOS TERÁPIÁRA REZISZTENS FELSŐ GASTROINTESTINALIS (GI) VASCULARIS MALFORMATIOKBÓL VÉRZŐ BETEGEK GYÓGYSZERES (THALIDOMID, LAR OCTREOTID) KEZELÉSÉBEN SZERZETT TAPASZTALATAINK

Németh B.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia Osztály

**Introduction:** A GI vascularis malformatiókból eredő vérzések kezelésében az endoszkópos vérzéscsillapító módszerek, elsősorban az argon plazma koaguláció (APC) prioritása megkérdőjelezhetetlen. Hatékony gyógyszeres terápia mint alternatív vagy kiegészítő módszer eddig nem állt rendelkezésre. A szteroidok, ösztrogének, progeszteronok hatástalanságáról korábban több tanulmány is beszámolt. Az elmúlt évtizedben több biztató eredményű klinikai vizsgálat zajlott mind a thalidomid, mind a long-acting-release (LAR) octreotid alkalmazásával kapcsolatban a vascularis malformatiók okozta vérzések redukálása céljából.

**Aims:** A Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászati-Gasztroenterológia Osztály vascularis malformatiókból vérző beteganyagában az endoszkópos kezelésre nem reagáló betegekben

1, a thalidomid hatékonyságának és mellékhatásainak vizsgálata

2, a thalidomid kezelésre is rezisztens betegekben a LAR octreotid hatékonyságának és mellékhatásainak vizsgálata

**Methods:** 2021.07.-2024.02. között 25 beteget kezeltek GI vascularis malformatiókból eredő vérzés és anaemia miatt. 20 betegben 35 (1-2) APC kezeléssel a vérzés megszüntethető volt. 5 polimorbid beteg (férfi:nő= 1:4, átlagéletkor ~64,6 év) a megelőző ~7,2 APC kezelés ellenére is rendszeres transzfúziót igényelt. Domináló alapbetegségeik Banti-szindróma, autoimmun haemolyticus anaemia, ischaemias cardiomyopathia és pitvarfibrillatio, Osler-kór, autoimmun hepatitis voltak. Ezen 5 beteg 3 hónapon keresztül részesült per os napi 100mg thalidomid kezelésben. Azoknál a betegeknél, akiknél a thalidomid ineffektív volt vagy mellékhatást váltott ki, LAR octreotid im. injekciót indikáltak 4 hetente 1 alkalommal 30mg dózisban. Havi rendszerességgel történt vizit, vérkép és laborvizsgálat.

**Results:** Thalidomid kezelés mellett 2/5 betegnél a transzfúziós igény megszűnt. 2/5 betegnél hatástalanság mellett mellékhatások (mélyvénás thrombosis, emesis) miatt a thalidomid kezelést felfüggeszteni kényszerültek. 1/5 beteg kezelése hatástalan volt. Az utóbbi 3 betegnél a LAR octreotid kezelés sem volt effektív. Mindhárom betegben

enyhe mellékhatásokat (meteorismus, nausea, exanthemak) is tapasztaltak.

**Conclusion:** Az endoszkópos terápiára rezisztens vascularis malformatiókból vérző betegek ellátásában

1, a thalidomid effektív gyógyszer lehet

2, fontos a szoros betegkövetés a mellékhatások kiszűrésére

3, a LAR octreotid hatásosságát a vizsgálat alapján nem lehet megítélni

4, további követéses vizsgálatok szükségesek.

### 104. MULTIREZISZTENS KÓROKOZÓK HOSPITALIZÁLT IBD-S BETEGEK BEN

Németh N.<sup>1</sup>, Pálincás D.<sup>1</sup>, András P.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház – Honvédkórház, Gasztroenterológia

**Bevezetés:** Krónikus gyulladással járó bélbetegség (IBD), mind a Crohn-betegség (CD), mind colitis ulcerosa (UC) esetében fokozott a fertőzési kockázat, melynek hátterében a gyulladt bél fokozott permeabilitása, az alultápláltság, az immunműködési zavarok, valamint IBD-vel összefüggő sebészeti beavatkozások és ezek szövődményei, illetve az IBD-vel kapcsolatos gyógyszeres kezelés (immunszuppresszív dózisban alkalmazott szteroidok, immunmodulánsok, biológiai terápiák, illetve kis molekulájú terápiák) állhatnak. Különös jelentőséggel bírnak az invazív bakteriális, akár életveszélyessé váló infekciók. Invazív fertőzésnek tekintjük a septicaemiát, az abscessusokat, a nyálkahártya mély fertőzéseit (pl. oesophagitis), a hashártya infekciókat, az uro-, és kanülsepsist.

**Betegek és módszer:** Kutatásunk során olyan IBD-ben szenvedő betegeket vizsgáltunk, akiknél 2023.01.01. és 2023.12.31. között bármely okból osztályunkon történt ellátásuk során pozitív eredményű mikrobiológiai tenyésztési leletet adtak hospitalizációjuk ideje alatt. Ebben az időszakban összesen 185 beteget láttunk el IBD miatt osztályunkon. Összesen 105 betegnél tapasztaltunk pozitív mikrobiológiai mintavételi eredményt (aerob hemokultúra, anaerob haemokultúra, kanül, vizelet, torokváladék, orrváladék, seb, széklet, genny, tályog, illetve decubitus váladék).

Aerob hemokultúra esetében 25%-ban *S. aureus* 17-17%-ban *C. glabrata* és *S. epidermidis* tenyésztett ki. A maradék 51%-ban közel arányos mértékben találtunk *S. haemolyticus*, *S. capitatus*, *E. faecium*, *C. albicans*, *C. parapsilosis*, *K. pneumoniae*, *C. lusitanae*, *E. cloacae*, *B. simplex*, *S. oralis*, *Bacillus species*, valamint *M. luteus*. Anaerob hemokultúra tekintetében szintén a *S. aureus* (31%) jelent meg a legtöbb mintában. *S. epidermidis* 18%-ban igazolódott, emellett 9-9-9%-ban *C. glabrata* és *E. faecium* és *S. hominis* volt jelen. Továbbiakban *S. haemolyticus*, *S. capitatus*, *C. lusitanae*, *E. cloacae*, *S. oralis* és *Actinomyces species* tenyésztett ki anaerob hemokultúrából.

Vizeletminták és genny esetében a *Pseudomonas aeruginosa* mutattak ki legtöbb alkalommal. Tályogok kapcsán 45%-ban *C. albicans* tenyésztett ki. Kanül esetében különböző *Candida* törzsek, míg decubitusnál *Enterobacter* törzsek domináltak.

**Megbeszélés:** Előadásunkban az egyes kórokozó törzsek rezisztencia viszonyait, az infekciók klinikai hatását tekintjük át. Anyagunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a helyi bakteriális flóra ismeretének fontosságára, ami invazív fertőzés esetén segítheti az adekvát első antibiotikum választást, így segítve a beteg mihamarabbi gyógyulását.



### 105. EXPLORING GENETIC SUSCEPTIBILITY: RIPPLY1-CLDN2-MORC4 AND TRPV6 IN NON-ALCOHOLIC CHRONIC PANCREATITIS

Ocskay K.<sup>1</sup>, Mátrai P.<sup>2</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>3</sup>, Párniczky A.<sup>1,2</sup>, Juhász M.<sup>1</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 2. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs; 3. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, United States of America

**Introduction:** Chronic pancreatitis (CP) is a multifactorial disease influenced by both genetic and environmental factors. While excessive alcohol consumption is a well-established risk factor, non-alcoholic chronic pancreatitis (NACP) presents unique challenges due to its less overt precipitating factors.

**Aims:** We aimed to assess the impact of rs7057398 and rs12688220 variants at the RIPPLY1-CLDN2-MORC4 locus and rare functionally deficient TRPV6 variants in NACP susceptibility.

**Methods:** Systematic search was performed in PubMed, Embase and Web of Science until 2<sup>nd</sup> November, 2023 (CRD42023438777). Random-effect meta-analysis was conducted on cohort and case-control studies in NACP and non-alcoholic acute recurrent pancreatitis. Minor allele frequencies (MAF) were calculated for SNPs rs7057398 and rs12688220. Odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were computed for genotype and using the allelic model. Functionally deficient TRPV6 variants were analyzed collectively.

**Results:** Six studies were included in the quantitative analyses for SNPs rs7057398 and rs12688220. MAF for rs7057398 was 0.49 (CI 0.31 to 0.67) in cases and 0.38 (CI 0.27 to 0.50) in controls. For rs12688220, MAF was 0.46 (CI 0.27 to 0.67) in cases compared to 0.35 (CI 0.24 to 0.47) in controls. Both risk alleles were significantly associated with NACP in homozygotes, heterozygotes and hemizygotés, respectively. In the allelic model, minor allele carriers displayed significantly increased odds for NACP for rs7057398 (OR 1.54, CI 1.17 to 2.01, p=0.009) and rs12688220 (OR 2.22, CI: 1.12 to 4.42, p=0.031). Functionally deficient TRPV6 variants were associated with a 35-fold increased odds of developing NACP compared to individuals without these variants (OR = 35.32, CI 20.72 to 60.22).

**Conclusion:** Our meta-analysis highlights the significant association of variants rs7057398 and rs12688220 of the RIPPLY1-CLDN2-MORC4 locus, along with functionally deficient TRPV6 variants, with NACP. These findings emphasize the importance of genetic screening for identifying individuals at risk of NACP and inform personalized intervention strategies.

### 106. LONG -TERM FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH DYSPLASTIC BARRETT'S ESOPHAGUS AFTER ENDOSCOPIC RADIOFREQUENCY ABLATION (HALO-RFA).

Ollé G.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Inczefi O.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Wittmann T.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert-Szent Györgyi Medical Center, University of Szeged, Szeged, Hungary.

**Introduction:** Barrett's esophagus (BE) is a precancerous lesion of esophageal adenocarcinoma. The development of dysplasia increases the risk for malignant transformation, and after confirmation it is an indication for endoscopic

ablation. Of the different ablative techniques available HALO-RFA has well established, favorable short term results, but much less data is available about its long term efficacy.

**Aims:** Our aim was to evaluate the long term efficacy of HALO-RFA in patients with Barrett's esophagus and histologically confirmed low or high grade dysplasia.

**Methods:** Sixteen patients [M/F 12/4, mean age: 65 (49-81 ys)] were enrolled. The mean follow up time was 120 (6-156) months. The mean maximal length of the metaplastic mucosal segment was 5.25 (2-10) cm. According to the length of the metaplastic mucosa HALO 360 or HALO 90 procedure was carried out. Follow-up endoscopies with histology were done 3 months after the procedure, then every 6 months in the first 3 years, and yearly thereafter

**Results:**

The eradication of dysplasia was achieved in all cases (100%), while the eradication of metaplasia was possible in 12/16 (75%). The successful eradication of specialized intestinal metaplasia needed 3 sessions of HALO-RFA in average. Minor adverse events (transient chest pain) were observed in 10/16 (63%) patients, mostly after HALO 360 procedures. Major complications such as bleeding, perforation and stricture formation did not occur. No buried glands were observed during follow up. Recurrent Barrett's metaplasia did not develop in any patients with complete eradication. Two patients of 16 died during the follow-up period. The cause of death was ischemic heart disease and late complications of pneumonia; neither of them were in connection with BE.

**Conclusion:** Radiofrequency ablation is a safe and feasible procedure for the eradication of esophageal metaplasia and dysplasia with favorable long term outcome. According to the international experience, patients with longer metaplastic segments need more than 2 RFA sessions to achieve the complete eradication

### 107. FENNTARTÓ BIOLÓGIAI KEZELÉS TERÁPIA REZISZTENS IBD ÉS KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG EGYIDEJŰ FENNÁLLÁSA ESETÉN

Orbán-Szilágyi Á.<sup>1</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>  
1. ÉPC Honvédkórház Gasztroenterológiai Osztály

**Bevezetés:** A gyulladós bélbetegségek hatékony terápiájaként használható biológiai készítmények alkalmazásáról korlátozott eredményekkel rendelkezünk hemodialízis alatt álló betegek körében, néhány esetriport áll rendelkezésre anti TNF-ek és vedolizumab alkalmazásáról. Az infliximab és a vedolizumab is nagy molekulású antitestek (Mw: 149 ill. 145 Da), így a vizelettel direkt exkréció révén nem ürülnek, a dialízis filterek általában a kisebb (70KDa) molekulákat szűrik ki.

**Betegek:** Tanulmányunkban két páciens esetét ismertetjük, akik végstádiumú veseelégtelenségük miatt évek óta hemodialízis alatt állnak és egyúttal Crohn-betegség miatt biológiai terápiában részesülnek.

A 65 éves nőbeteg anamnézisében Boeck-sarcoidosis, 1995-óta ismert vastagbél érintettségű Crohn-betegség szerepel, Imuran intolerancia, rectovaginalis fistula miatt 2008-ban infliximab (IFX) indult, majd IFX allergia miatt adalimumabra váltottak. 2015-től progresszíven romló vesefunkciós paraméterek miatt hemodialízist kezdtek. 2018-ban adalimumab hatásvesztés, endoszkópos aktivitás miatt vedolizumab kezelésre váltottak, azóta a beteg remisszióban van, rectovaginalis sipolya sem aktív. A vedolizumab kezelés mellett rendszeres hemodialízis kezelésben részesül továbbra is.

A 33 éves nőbeteg anamnézisében 15 éves kora óta visszatérő húgyúti fertőzések szerepeltek. Hasi fájdalom,

hasmenés miatt 2016-ban kivizsgálás kezdődött, ennek során hasi CT vizsgálata 2/3-részben sorvadott jobb oldali vesét ábrázolt. 2017 januárban colonoscopy során colon és terminalis ileum érintettségű Crohn-betegséget diagnosztizáltak, budesonide, salazopyrin terápiában részesült. 2017 őszén veseszcintigráfia jelentősen csökkent jobb oldali veseműködést igazolt, a visszatérő pyelonephritisek miatt 2019-ben jobb oldali zsgorvesését eltávolították (krónikus tubulo-intestinalis nephritis). 2021-óta rendszeresen dializálják. 2023 őszéig IBD-je tünetmentes volt, ekkor fogyás, emelkedett széklet calprotectin érték miatti colonoscopy során enyhe szegmentális colon és közepes terminalis ileum érintettségű aktív Crohn-betegség igazolódott. Budesonide és immunszuppresszív (azathioprine-AZA) kezelés indult, azonban az AZA-t emelkedett hasnyálmirigyenzimek miatt leállítottuk. Imuran intolerancia miatt 2024 januárban adalimumab indukció történt, azóta fenntartó terápiában részesül, remisszióba került, a rendszeres hemodialízis mellett élődonoros vesetranszplantációra vár.

Mindkét beteg esetében a biológiai terápiák, a vedolizumab, és az adalimumab bevezetése nem okozott további vesefunkció romlást, a rendszeres hemodialízis mellett is mindkét kezelést biztonságosnak, jól tolerálhatónak és hatékonynak bizonyult.

**Konklúzió:** A szakirodalomban nagyon kevés tanulmány foglalkozik a biológiai terápiák alkalmazhatóságával krónikus vesepótló kezelésben részesülő betegek körében, ezért nagyobb esetszámú klinikai vizsgálatok elvégzésére lenne szükség ezen betegek körében, valamint a különböző anti-TNF, anti-integrin szerek, kismolekulák pontosabb farmakokinetikai adatait kellene megismernünk.

#### 108. THE EFFECTS OF AP39 AND ATB-346 ON THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL NECROTIZING ACUTE PANCREATITIS

Orján E.<sup>1</sup>, Mihalekné Fűr G.<sup>1</sup>, Dágó Á.<sup>1</sup>, Sándor B.<sup>1</sup>, Bálint E.<sup>1</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>

1. Department of Pathophysiology, University of Szeged

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP), an acute inflammatory disorder of the exocrine pancreas, is a potentially life-threatening disease with no specific treatment. Exogenous slow H<sub>2</sub>S-releasing organosulfur agents exert anti-inflammatory effects.

**Aims:** To investigate the *in vivo* and *in vitro* effects of biologically active synthetic H<sub>2</sub>S donor molecules AP39 and ATB-346 in experimental AP.

**Methods:** AP was induced in FVB/n mice by hourly intraperitoneal injections of 10×50 µg/kg cerulein. AP39 treatment was administered intraperitoneally (2×0.125, 2×0.25, 2×0.5 µmol/kg); whereas ATB-346 was given *per os* (2×20, 2×40, 2×80 µmol/kg). Control animals received vehicle. AP severity was determined by evaluating pancreatic histological scoring, pancreatic water content, myeloperoxidase and serum amylase activity. Mouse primary pancreatic acinar cells were isolated with collagenase digestion and used for *in vitro* assays (trypan blue, MTT, and propidium iodide - PI) to determine cellular viability.

**Results:** Both AP39 and ATB-346 dose-dependently ameliorated the severity of cerulein-induced AP by significantly decreasing the pancreatic water content, the pancreatic infiltration of leukocytes, tissue damage, pancreatic myeloperoxidase and serum amylase activities. The investigated molecules had no adverse effects on isolated primary acinar cells as measured by MTT and PI

assays. AP-inducing agents (caerulein, chenodeoxycholate, L-arginine-HCl) caused acinar cell necrosis (PI assay) and reduced cellular metabolic activity (MTT assay). However, the treatments with AP39 or ATB-346 significantly decreased the measured toxic effects of caerulein, chenodeoxycholate, L-arginine-HCl.

**Conclusion:** Both AP39 and ATB-346 significantly alleviated the severity of AP and protected pancreatic acinar cells against AP-inducing agents. Our results suggest that these molecules have anti-inflammatory and cytoprotective effects and are worth further investigation.

#### 109. A GP-111 INFLIXIMAB BIOSZIMILER HATÉKONYSÁGA ÉS BIZTONSÁGOSSÁGA ORIGINÁLIS KÉSZÍTMÉNYRŐL FINANCIÁLIS OKBÓL TÖRTÉNŐ VÁLTÁST KÖVETŐEN – PROSPEKTÍV KOHORSZ TANULMÁNY

Pápista M.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika

**Bevezetés:** A gyulladásoos bélbetegségek [IBD: Crohn-betegség (CD), colitis ulcerosa (UC)] kezelését forradalmasította az elsőként bevezetett tumor-nekrózis faktor- $\alpha$  gátló infliximab (IFX). A később bevezetett biohasonló készítmények költségmegtakarítást eredményeznek, de a hatékonysági és biztonságossági adatok kérdésesek. Célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk az originális IFX biohasonlóra történő váltásának hatékonyságát és biztonságosságát.

**Módszerek:** Prospektív kohorsz tanulmányunkba olyan felnőtt IBD-s betegeket vontunk be, akiknél originális IFX-bioszimiler váltás következett be finanszírozási okok miatt. Az utánkövetési idő 52 hét volt. Demográfiai, klinikai és laboratóriumi adatokat rögzítettünk a 0., 8., 16., 24. és 52. héten, míg a 0. és 24. héten szérumszintet mértünk. Elsődleges végpont a szérumszint változása, másodlagos végpont a klinikai aktivitás változása és mellékhatások voltak.

**Eredmények:** 142 beteg vett részt a vizsgálatban (medián életkor: 41,2 év [IQR: 32,3-49,6]; nő/ffi arány: 65/77; CD: 97, UC: 42, átlagos utánkövetési idő 46,2±10,3 hét). A váltás nem befolyásolta a szérumszintet (bevonáskor 3201,7±2334,8 µg/l; 24. hét: 3667,1±2653,0 µg/l; p=0,106), és a betegség klinikai aktivitása is változatlan maradt (parciális Mayo bevonáskor 1,0±1,1, utánkövetés végén 1,2±1,4 [p=0,593], Crohn's disease activity index bevonáskor 56,1±37,3, utánkövetés végén 61,1±45,6 [p=0,380]). A betegek 83,1%-a kapta az 52. héten is a bioszimilert, a terápián maradási érdemben prediktáló tényezőt nem azonosítottunk. A leállás oka 9 esetben másodlagos hatásvesztés és 8 allergiás reakció volt. A kohorszban súlyos adverz esemény nem fordult elő.

**Konklúzió:** Eredményeink alapján a farmakokinetika nem változott az originális IFX-ről bioszimilerre történő váltás során, valamint a klinikai aktivitás, és a szteroidmentes remisszió aránya sem változott a kohorszunkban. A biohasonló készítmény biztonságosnak bizonyult, súlyos adverz esemény nem volt.

## 110. ÖNTÁGULÓ FÉMSTENTEK A NYELŐCSŐBEN – AZ ELMÚLT ÉV TAPASZTALATAI

Papp V.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>2</sup>, Bán K.<sup>2</sup>, Bennemann S.<sup>2</sup>, Balázs A.<sup>2</sup>, Dakó S.<sup>1</sup>, Füstös D.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** A fokozatosan progrediáló, vagy hirtelen kialakuló táplálkozásképtelenség sürgősségi állapotnak tekinthető, megoldása akut, vagy szubakut beavatkozásokat tesz szükségessé. A felső tápcsatornában kialakuló, a táplálkozást befolyásoló elváltozások etiológiája malignus és benignus is lehet, az intervenciók tervezésekor ezt figyelembe kell venni. Öntágulós fémstentek behelyezésére legtöbbször malignus megbetegedésekben, palliatív céllal kerül sor.

**Aims:** Munkánk célja a Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán 2023-ban öntágulós nyelőcső stent behelyezésére szoruló betegek összegzése, az etiológia, az esetleges szövödmények és a körlefolyás bemutatása, korábbi évekkel történő összevetése.

**Methods, Results:** Klinikánkon 2023-ban öntágulós nyelőcső stentet 31 alkalommal helyeztünk be endoszkóp vezérelve, összesen 30 betegnél, ez a szám az elmúlt évekhez képest 1,5 x-esére nőtt. Nemi megoszlást tekintve 19 férfi, 11 nő volt. Palliatív beavatkozások során az esetek 67 %-ában a nyelészavar hátterében intra-vagy extraluminális malignus elváltozás állt, 10 %-ban fistulaképződéssel. A daganatok döntő többsége (57 %-a) nyelőcső eredetű volt. Anastomosis szűkület tágitása céljából 5 esetben, insufficiencia fedésére 3 esetben alkalmaztunk fedett fémstentet, 5 beteg ebben a csoportban is malignus alapbetegséggel rendelkezett. A stentek pozíciójára összesen 4 esetben volt szükség, egyéb szövödményt (vérzést, perforációt) nem észleltünk. Benignus refrakter szűkület miatt 1 esetben biodegradábilis nyelőcső stent behelyezését végeztük el, emellett a tágitások intervallumát átmenetileg jelentősen növelni tudtuk (3 hétről 14 hétre). A betegek tápláltsági állapotának felmérése és dietetikai oktatásuk a rutin részét képezték.

**Conclusion:** Az öntágulós nyelőcső stentek behelyezésének célja a táplálkozásképtelenséget okozó, és/vagy sipolyképződéssel járó nyelőcső és cardiájai szűkületek tartós tágitása, insufficienciák fedése, ezzel a fizioológiát megközelítő enterális táplálási út helyreállítása. A betegek tápláltsági állapotának javítása az enterális táplálás mielőbbi felépítésével nemcsak az életminőségük pozitív irányú változását, a várható élettartam meghosszabbítását, hanem az alkalmazott terápia eredményességét is elősegíti.

## 111. EGÉSZSÉGNEVELŐ MUNKA JELENTŐSÉGE A VASTAGBÉLSZŰRÉSI PROGRAMBAN!

Pappné Szerdahelyi E.<sup>1</sup>

1. Szent Damján Görögkatolikus Kórház Gastroenterologia

**Introduction:** Munkánk során megfigyeltük, hogy a 2019-ben bevezetésre került EFOP-1.8.1-VEKOP-15-00001 "Komplex Népegészségügyi Szűrések" elnevezésű projekt keretében végzett szűrő colonoscopos vizsgálatok száma, a várttal ellentétben csökkenést mutat. Annak ellenére, hogy a program sikeresen elindult és adataink tükrében igen eredményesnek bizonyult a részvételi arány nem mondható kielégítőnek.

**Aims:** A program eredményességének bemutatása. Csökkenő tendencia igazolása, okának kutatása.

**Methods:** Statisztikai módszer.

**Results:** A szűrő jellegű colonoscopos vizsgálat eredményessége igazolódott. Az alacsony, csökkenő tendenciát mutató részvételi arány az adatok révén szintén igazolást nyert.

**Conclusion:** A szűrési programban való alacsony részvételi arány okát abban látjuk, hogy az invitált páciensek nagy része nem él a felkínált lehetőséggel!

Ez a tény újabb kérdést vet fel! Miért?

Megoldást abban látunk, hogy megfelelő, széleskörű felvilágosítással, egészség tudatosságra neveléssel a lakosokat érzékenyebbé tesszük az egészségét érintő kérdésekre. Szervezett, kampányszerű előadások alkalmával felhívjuk figyelmét a szűrés jelentőségére, fontosságára.

## 112. AZ AORTO-JEJUNALIS FISTULA - A DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKA NEHÉZSÉGEI

Pártos G.<sup>1</sup>, Tóth Á.<sup>1</sup>

1. Dél-Budai Centrumkórház - Szent Imre Egyetemi Oktatókórház - Gasztroenterológia Profil; 2. Dél-Budai Centrumkórház - Szent Imre Egyetemi Oktatókórház - Radiológiai Osztály; 3. Semmelweis Egyetem - Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika

**Introduction:** A gasztrointesztinális vérzések endoszkópos ellátása a gasztroenterológus mindennapi munkájának egyik legnagyobb kihívása. Az alsó gasztrointesztinális vérzések diagnosztikája és ellátása multidiszciplináris megközelítést igényel, amely etiológiától függően sokszor szakmai nehézségbe ütközik. Egyik ritka formája az aorto-enteralis fistulák azonosítása és azok megfelelő ellátása.

**Aims:** Előadásunk egy 70 éves férfi beteg alsó gasztrointesztinális vérzések hátterében azonosított és kezelt aorto-jejunális fistula diagnosztikai nehézségeiről és megoldásáról szól.

**Methods:** Előadásunk egy 70 éves infrarenális aorta aneurysma műtéten átesett generalizált érbeteg férfi diagnosztikájának történetét taglalja. Kivizsgálása 2022 augusztusban kezdődött Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Hematológiai Klinikán, valamint Semmelweis Egyetem Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán 2022. novemberig. Ez időszakban összesen 5 alkalommal jelentkezett hemodinamikai megingással nem járó, de prekollaptiform tüneteket okozó masszív alsó gasztrointesztinális vérzése, mely miatt többször végeztek gasztroszkópiát, kolonoszkópiát, hasi CT angiográfiát valamint enteroszkópiát, kapszula endoszkópiát, és hasi MR vizsgálata is megtörtént. A felső páneendoszkópos vizsgálatok során több ízben apró angiodyplasiák voltak vizualizálhatóak a gyomor corpus és antrum régiójában, melynek Argon Plazma Koagulációs kezelése megtörtént, az enteroszkópia vérzésforrást nem igazolt. Kolonoszkópos vizsgálaton polypectómiát végeztek, emellett vérzéses epizód idejében a terminális ileumba lecsorgó friss piros vért azonosított, azonban vérzésforrás nem került látótérbe. A több ülésben végzett kapszula endoszkópos vizsgálat során több apróbb angiodyplasia került leírásra, valamint a proximális vékonybélben látszott vértócsa, annak forrásának azonosítása azonban sikertelen maradt. Képzőtechnikák egyik alkalommal sem írtak le kontraszt kilépést, vérzésforrás azonosítása sikertelen volt. Kórházunk Gasztroenterológiai Osztályára először 2022 decemberében ismétlődő alsó gasztrointesztinális vérzést követően került felvételre. Visszatérő vérzés és lassan progrediáló anaemia miatt összesen három alkalommal feküdt osztályunkon, mely során számtalan transzfúzió, ismételt gyomor es

vastagbélükrözés, enteroszkópia, kapszula endoszkópia, számtalan CT angiographia, intervenció radiológiai-, érsebészeti- és sebészeti konzílium történt, azonban egyértelmű vérszforrás híján érdemi előrelépés nem történt. 2023.februárjában azonban kétszer is keringést megingató vérzés alakult ki. Ezek kapcsán készült CT lelet sem mutatott kontrasztkilépést, endoszkópia során sem detektáltunk potenciális vérszforrást, azonban a második- már csak ITO bevonásával stabilizálható - kivérzés kapcsán ismételtén áttekintve a képi dokumentációt radiológus és sebész kollégával együtt, aorto-enterális fisztula gyanúja merült fel.

**Results:** Semmelweis Egyetem Városmajori Szív-és Érgyógyászati Klinikával egyeztetve a tovább romló állapotú beteget intubálva, légzés és keringéstámogatás mellett a Semmelweis Egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika Intenzív Terápiás Osztályára helyeztük, majd ott műtéti beavatkozás történt, mely az aorto-jejunalis fisztulát igazolta. A sipolyjárat operatív zárását követően a beteg állapota stabilizálódott, vérképe folyamatosan javult. Az operáció óta vérzés nem jelentkezett.

**Conclusion:** Habár a tápcsatornai vérzések diagnosztizálása és ellátása a legtöbb esetben endoszkópos intervenció kapcsán megoldható, esetünk jól reprezentálja a gasztrointesztinális vérzések hátterében ritkán előforduló, multidiszciplináris kivizsgálást és együttműködést igénylő állapot sikeres megoldását.

### 113. MELANOMA MALIGNUM NEM SZOKVÁNYOS METASTATIZÁLÓ HELYEN

Pepa K.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>

1. Békés Vérmegyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, 2. Gasztroenterológia Osztály

**Bevezetés:** A melanoma malignum a nem gyakran előforduló tumorok közé tartozik, amely a malignus daganatok 1-3 %-át teszi ki. Az európai lakosságot tekintve a melanomás megbetegedés 1,6%-a lokalizálódik az anorectalis régióra, ennél gyakrabban fordul elő metastaticus melanoma a gastrointesztinális traktus felsőbb szakaszán. Esetünkben is egy felső gasztrointesztinális traktusban jelentkező melanomás beteg esetét szeretnénk ismertetni.

**Esetismertetés:** 71 éves nőbeteg, akinek 2018-ban a húgyhólyagjából egy kb. 2 mm-es low grade invasív papillaris urothel sejtes carcinomát távolítottak el. Staging vizsgálatokon a tüdőben malformációt észleltek, emiatt 2019-ben jobb felső lobectomia történt, melynek szövettani vizsgálata során melanoma malignum intrapulmonalis metastasisa igazolódott. Dermato-onkológiai kivizsgálás során a primer tumort nem igazolták. Onkológiai kezelésként kombinált kemoterápiában részesült a beteg, majd csontmetastasis jelenléte miatt 2020-ban kombinált immunterápiára váltottak át. 2021-ben staging PET CT vizsgálat során a gyomor fundus területén a betegség aktivitás jeleit észlelték, emiatt gastroscopos vizsgálata történt. A vizsgálat során egy kb. 2,5 cm-es ép nyálkahártyával fedett középen behúzott submucosus képlet volt látható, melyből a biopsziás mintavétel igazolta a melanoma malignum jelenlétét. A szövettani kép alapján nem lehetett eldönteni, hogy primer vagy metastaticus jellegű-e. Kivizsgálásunk során (has kismenedgei CT, colonoszkópia és capsula endoszkópia) egyéb eltérést nem találtunk. Onkológiai véleményezése alapján további immunterápia folytatását javasolták, sebészeti beavatkozás nem történt. 1 éves kontroll gastroscopia során az eltérés alig volt látható, ekkor a szövettani mintavétel eredménye csak idült gastritist igazolt. 2023 és 2024-ben végzett kontroll gastroscopos vizsgálat során enyhe idült gastritis makroszkópos képen

kívül a korábban leírt eltérés területén kóros eltérés nem volt látható.

**Megbeszélés:** Az eset kapcsán felmerül, a primer tumor kutatás szerepének jelentősége, lehetősége a melanoma malignum metastaticus kivizsgálása során. További kérdést vet fel a submucosus laesio eltávolításának szükségessége a jelenlegi korszerű immunterápiák mellett.

### 114. INVESTIGATION OF BODY COMPOSITION PARAMETERS IN PATIENTS WITH CELIAC DISEASE ON A GLUTEN-FREE DIET. PROSPECTIVE, MULTICENTER, CASE-CONTROL STUDY (ARCTIC STUDY)

Peresztegi M.<sup>1</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Sipos Z.<sup>3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Máth B.<sup>6</sup>, Lemes K.<sup>5</sup>, Lénárt Z.<sup>5</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>

1. Medical School, University of Pécs; 2. 1st Department of Internal Medicine, Medical School, University of Pécs; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University; 5. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 6. Faculty of Medicine, Semmelweis University

**Introduction:** Body composition parameters in patients with celiac disease differ from the normal population, and in some cases, they do not completely normalize even with a gluten-free diet. Despite weight gain on the diet, the change in body composition is generally unfavorable (less increase in fat-free body mass, significantly higher increase in fat content). One reason for this is improved absorption, but the high calorie, sugar, and fat content of the gluten-free diet can also lead to undesirable weight gain and unfavorable metabolic changes (dyslipidemia, fatty liver, insulin resistance) without dietary control.

**Aims:** In our prospective multicenter, case-control study (ARCTIC study), we examined body composition parameters and blood lipid levels of patients with celiac disease who had been on a gluten-free diet for at least 1 year and compared them to those of healthy control individuals.

**Methods:** Patients from three university centers with celiac disease participated in the study. Body composition analysis was performed using an Inbody 770 device, measuring the following parameters: body mass index (BMI), waist-hip ratio, Inbody score, Skeletal muscle mass (SMM), Percent body fat (PBF), Visceral fat area (VFA). Blood lipids including total cholesterol, LDL, and triglyceride levels were measured. Abdominal ultrasound was performed to assess the degree of hepatic steatosis. Fischer's exact test and Chi-Square test were used for categorical variables, and the Welch Two Sample t-test was used to assess continuous variables. A  $p$ -value less than 0.05 is considered statistically significant.

**Results:** 97 patients with celiac disease (78 female, 19 male) and 47 (40 female, 7 male) control individuals were included. The mean age of patients with celiac disease (36.2 years) was slightly higher than that of controls (32.5 years), but the difference was not significant. The mean waist and hip circumferences were higher in patients with celiac disease but did not reach the significance threshold ( $p=0.051$  and  $p=0.10$ ). Among the body composition parameters, higher mean BMI, Skeletal muscle mass, Percent body fat, Visceral fat area, and lower Inbody score were observed, but the differences were not significant ( $p=0.31, 0.16, 0.72, 0.39, 0.62$ ). Based on BMI, 9.3% of celiac patients were underweight, 54.7% had normal weight, 18.5% were overweight, and 17.5% were obese. These proportions for controls were: 8.5%, 66%, 19%, 6.5%. The mean total cholesterol level was lower in patients with celiac disease

( $p=0.043$ ), while the mean triglyceride level was higher ( $p=0.85$ ). We found significantly more cases of hepatic steatosis in celiac patients than in controls ( $p=0.012$ ). Among them, 83% met the Metabolic Dysfunction–Associated Liver Disease (MASLD) criteria, while 60% of controls with hepatic steatosis did.

**Conclusion:** The body composition parameters of celiac patients on a gluten-free diet are less favorable compared to control cases, albeit not significantly. Our data suggest that for most of these patients, the problem is not caused by malabsorption and malnutrition. Preventing cardiovascular and metabolic complications poses a new challenge in patient care.

### 115. GROOVE PANCREATITIS ÁLRUHÁBAN, AVAGY A PANCREAS NEUROENDOCRIN DAGANATA?

Pink T.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Pepa K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Szabó Á.<sup>2</sup>, Kardos K.<sup>2</sup>, Czakó L.<sup>3</sup>

1. Békés Vármegyei Központi Kórház dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba, Gasztroenterológia Osztály; 2. Békés Vármegyei Központi Kórház dr. Réthy Pál Tagkórház, Békéscsaba, Radiológia Osztály.; 3. Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Osztály, Szeged

**Bevezetés:** A groove pancreatitis egy aluldiagnosztizált krónikus hasnyálmirigy gyulladás típus, mely malformációt utánozva gyakran okoz differenciál diagnosztikai nehézségeket, jelentősen megnehezítve a megfelelő gyógyszeres vagy műtéti stratégia meghatározását.

**Megbeszélés:** 67 éves férfibetegünket emelkedett obstrukciós májenzimek, icterus miatt vetjük fel Gasztroenterológia Osztályunkra 2022 januárjában.

ERCP során kicsiny papillát találtunk, szűk nyílással, a kanülálási kísérletek sikertelennek bizonyultak, a diagnózis pontosítására MR vizsgálatot kértünk. Hasi MR során a pancreas fej és a duodenum szögletben egy 4x3x2.5 cm-es képlet került leírásra, valamint az aorta felett egy 4x3x2.5 cm-es képlet. A CT során elsősorban GIST lehetősége merült fel. Antibiotikus kezelés mellett a beteg sárgasága időközben javult.

EUS vizsgálata során pancreatitis chr. calculosa igazolódott, valamint a pancreas mellett a duodenum falát involváló, karéjzozott szélű, 46x47 mm-es meszes terimét írtak le, mely epeelfolyási zavart okoz. FNA mintavétel történt, melynek szövettani eredménye malignitás nem igazolt, ép pancreas szövet került leírásra. A mezenetális képlet nem volt látótérbe hozható, ezért transcutan UH vezérelt biopsziája történt. Szövettani eredménye neuroendokrin tumort igazolt (grade I, Ki67: 2% alatt). Chromogranin A: 272 ng/ml. Octreoscan vizsgálata kóros, emelkedett szomatostatin-receptor expresszáló lágyrészképletet igazolt a retroperitoneumban (a szövettanilag igazolt NET-nek megfelelően), egyéb területen kóros halmozás nem volt látható.

2022 márciusában romló májenzimek, fokozódó icterus miatt ismét ERCP vizsgálata történt. Sikeres papillotomiát követően a ductus choledochust kontrasztanyaggal feltöltve annak egyenetlen kontúrú, distalis szűkületét észleltük. Innen kefecytológiai mintavétel történt, valamint icterus megoldására a szűkült szakasz fölé epeúti műanyag stentet vezetünk. A cytológiai vizsgálat eredménye felvetette mirigyos tumor lehetőségét (közepes fokú polymorphia jeleit mutató enterális jellegű hengerhámsejtek). Tumormarkerek normál tartományban voltak. Hasi CT vizsgálata során a pancreas képe fejlődési variáció lehetőségét is felvetette, ugyanakkor kóros hasi nyirokcsomókat is leírtak.

Neuroendokrin Onkoteam laparotomiát javasolt, ugyanakkor felmerült a pancreas rebiopsziájának szükségessége is. Pancreas sebészeti bemutatása történt, műtétre előjegyezték. Műtét során a májban egy férfiökölnyi metastasisra gyanús képletet találtak. A pancreas fej tömött tapintatú volt, az egész pancreas hegesnek, vaskosnak imponált. Irreseccabilis, a környezetére propagáló folyamatnak véleményezték, a mezenetrium solid képlete is metastasisnak tűnt. Mivel a folyamat csak pancreatectomia és kiterjesztett máj- és vékonybél resectioval lett volna megoldható, onkológiai szempontból nem tartották indokoltnak. A máj és mezenetrium metastasisra gyanús képleteiből történt mintavétel. A korábbi szövettannak megfelelően a mezenetális képlet neuroendokrin daganatnak felelt meg, a máj képlete akut suppuratív cholangitis következménye lehet fibrosissal, májtályoggal.

Onkoteam további képalkotók elvégzését javasolta, valamint szomatostatin analóg kezelés elindítását. MR enterográfia során kóros hasi nyirokcsomókat láttak a mesenterális képlet környezetében, egyéb kóros nem igazolódott. Kontroll hasi MR és MRCP során a pancreasfej és duodenum közötti terimét kisebbnek írták le, a mezenetális NET kissé növekedett. A májban tályog, epeúti pangás már nem volt igazolható. Az epeúti stentek eltávolítása történt, újabb stent behelyezésre már nem volt szükség.

Onkoteam az eredmények alapján újabb műtétet javasolt. Másik centrumban sebészeti konzílium során a mesenterális NET műtéti megoldását javasolták, de ezt a beteg elutasította. Jelenleg somatostatin kezelés mellett panaszmentes. Kontroll staging vizsgálatok egyelőre stationer állapotot igazoltak.

**Következtetés:** Esetünkkel kapcsolatban több kérdés merült fel a kivizsgálás során. A vizsgálati eredmények és a kórkép időbeni lefolyása alapján lehetségesnek tartjuk, hogy a kezdeti tüneteket groove pancreatitis okozta, melynek kivizsgálása során mellékleteként egy potenciálisan gyógyítható stádiumban lévő neuroendokrin tumor igazolódott, ugyanakkor a diagnosztika nehézségei miatt metastatikus, kiterjedt, irrezekábilis folyamat gyanúját keltette, ezért kuratív resectio nem történt.

### 116. THIRD GENERATION SEQUENCING AND THE POTENTIAL ROLE OF ssDNA IN MOLECULAR PATHOLOGY

Rada K.<sup>1</sup>, Szakállás N.<sup>2</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Takács I.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest

**Introduction:** Single-stranded (ss) DNA content of biological samples has been known for a long time: the diverse regulatory functions of short non-coding nucleic acids have been thoroughly studied in the last decade, but whole-genome-level ssDNA sequencing has only been made possible by the latest advancements - such as Oxford Nanopore's third-generation sequencing (TGS) platform.

**Aims, methods:** Our research group has long been aware that genomic DNA extracted from healthy or pathological tissues contains an abundance of ssDNA: isolates typically show an ss/ds DNA ratio greater than two, but it can shift to extremes. Their function and origin, however, is still enigmatic. This inspired us to measure the ss/ds ratio and fragment length distribution on the TapeStation platform in nearly 200 human biopsy and buffy coat samples - including healthy patients (n=31) as well as ones suffering from

inflammatory bowel disease(n=13), colorectal adenoma (n=53) and carcinoma (n=97).

Half of these samples proved suitable for WGS on the PromethION platform through the following modalities: copy number variations, structural variants (SNPs, in/dels, inversions, duplications), clinical variants and methylation profiling (5mC and 5hmC). Tissue or blood gDNA is isolated with commercial kits, while library preparation, QC and loading of 16 to 24 samples can be done in two days. WGS runs take 72 hours, followed by analysis, which is 14 days for all modalities. This seems long, but case-specific information can be available in a day. We will also attempt ssDNA sequencing on predigested samples and compare it to standard dsDNA results: we will analyse these using the aforementioned modalities, looking for differences in genomic regions covered and under/overexpressed, mutational burden and methylation changes, which we hope could elucidate the role of this DNA form in the progression of pathologies.

**Results:** Coverage is 30x in optimal cases, with an average read length and precision of 5 kb and 98%, respectively; median PHRED of 16 and N50 of 8000. Average GT ratio is 47%, CpG sites show 70% average methylation with 5hmC at 6%, but these show significant variations between groups.

**Conclusion:** Third generation long-read sequencing is a promising and flexible method that provides accurate, genome-wide information in a short timespan, which is beneficial for both the clinical and research field, providing new insights into the genetic background of pathologies.

#### 117. A VASHIÁNYOS ANAEMIA ÉS A ROSSZABB BETEGSÉGMENETEL KÖZÖTTI KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA REMISSZIÓBAN LÉVŐ GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKNÉL

Resál T.<sup>1</sup>, Lupas D.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika; 2. Békés Megyei Központi Kórház Dr. Réthy Pál Tagkórház, Belgyógyászati Osztály

**Bevezetés:** Gyulladásos bélbetegségben (IBD; Crohn-betegség [CD], colitis ulcerosa [UC]) az anaemia több patomechanizmuson keresztül alakul ki. A vashiányos vérszegénységben (IDA) nincs klinikai gyulladás és a biokémiai markerek sem emelkedettek, etiológiáját tekintve azonban a betegség bizonyos fokú aktivitását hipotetizáljuk. Jelen tanulmányban **célul** tűztük ki, hogy összehasonlítsuk az IDA-ban szenvedő IBD-s betegek egyéves betegséglefolyását a nem IDA-s betegekével.

**Módszerek:** Tanulmányunk egy retrospektív, kétcentrumos, kohorszvizsgálat volt. Az IDA-t a standard of care alapján definiáltuk; anaemia klinikai remisszió mellett, a CRP <10 mg/l, a ferritin <30 µg/ml és a transferrin-szaturáció <20%. A súlyos anaemiát <100 g/L hemoglobinszinttel definiáltuk. Bevonáskor demográfiai, klinikai és laborparamétereket gyűjtöttünk. Az elsődleges kimenetel az utánkövetési időszak alatt fellépő komplikációk voltak, beleértve új kezelés indítását, meglévő terápia eskalációját, kortikoszteroid-kezelést és hospitalizációt/műtétet. Előzetes adataink alapján Pearson elemszámbebecslést végeztünk (n=720) a súlyos komplikációk (hospitalizációt/műtétet) előfordulására (alpha = 0.05, beta = 0.8, IDA előfordulási gyakorisága = 0.12).

**Eredmények:** Összesen 713 beteget vontunk be (medián életkor 43 év [IQR: 33-57]; férfi/nő arány 335/378; CD/UC arány 402/311) tanulmányunkba. A medián után-követési idő 1,06 év volt [IQR: 0,98-1,13]. 155 beteg (21,7%) szenvedett

anaemiában és 85 beteg (11,9%) IDA-ban. Az IDA (OR: 2,745; p<0,001) prediktálta az összes szövődmény kockázatát. Az IDA és a betegség súlyossága korrelált a szövődmények incidenciájával (p<0,001). Az életkort, a nemet, és a korábbi rezekciót confounding faktorként azonosítottuk (p<0,001) a komplikációk kialakulásában, egyéb zavaró tényezőt nem azonosítottunk.

**Konklúzió:** A klinikai és biokémiai aktivitás hiánya ellenére az IDA prediktálta a rosszabb egyéves kimenetelt. Tekintettel eredményeinkre, az IDA monitorizálását és kezelését szükséges implementálni a treat-to-target szemléletbe, így a vaspótlás mellett terápiás intervenciót is javasolunk.

#### 118. MINIMAL-INVASIVE METHODS SHOW MORE BENEFIT COMPARED TO OPIOIDS FOR PAIN MANAGEMENT IN UNRESECTABLE PANCREATIC CANCER – SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Rezus I.<sup>1,2,3,4</sup>, Creangă-Murariu I.<sup>1,2,3,5</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Ibude O.<sup>1,6</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Papp R.<sup>1,7,8</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Tamba B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,9,10,11</sup>, Teutsch B.<sup>1,10,12</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy Iași, Romania; 3. Advanced Research and Development Center for Experimental Medicine Iași, Romania; 4. "Sfântul Spiridon" Emergency County Hospital, Iași, Romania; 5. Regional Institute of Oncology, Iași, Romania; 6. Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Medical Faculty, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Department of Aviation and Space Medicine, Medical Faculty, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 9. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 10. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 11. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 12. Medical Imaging Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Pancreatic cancer (PC) is the fourth-leading cause of cancer-related death, with over 80% of patients having unresectable disease upon diagnosis. Despite opioid treatment, more than 70% of this population is experiencing chronic pain during the disease, along with a plethora of side effects. In the past decades, interventional radiological procedures have gained a significant role in pain management.

**Aims:** Our study aims to identify the most effective approach for managing pain in individuals with unresectable pancreatic cancer.

**Methods:** We registered the study on PROSPERO (CRD42023477094) and systematically searched five major scientific databases on the 29th of October, 2023. Only randomized controlled trials (RCTs) reporting on adult patients diagnosed with unresectable PC and chronic pain undergoing medical or interventional treatment were considered eligible. The main intervention groups were endoscopic ultrasound-guided celiac plexus neurolysis (EUS-CPN), percutaneous celiac plexus neurolysis (P-CPN), and pharmacological therapy (opioids). Our outcomes of interest were pain and adverse events. Pooled means and proportions were calculated with 95% confidence intervals (CIs), and a random-effects model was applied.

**Results:** After title-abstract and full-text article selection, 1837 patients of 27 RCTs were found eligible. Pain was assessed using the 11-point Visual Analogue Scale from

randomization at 4 and 12 weeks to determine its dynamic over time. At one month, the overall pain score was 2.21 (CI: 1.43-2.91) for P-CPN, and 2.68 (CI: 1.94-3.42) for opioids. After three months, the pain slightly increased in both groups, with an overall of 3.34 (CI: 1.63-5.06) for P-CPN and 3.66 (CI: 1.96-5.35) for pharmacotherapy. However, patients receiving only opioids developed more adverse events compared to P-CPN. For example, nausea and vomiting rates were 88% (CI:54%-97%) versus 16% (CI:7%-32%) and constipation appeared in 89% (CI:35%-99%) versus 25% (CI: 12%-44%) patients. In comparison, the lowest rate of nausea and vomiting was found in the EUS-CPN group (8% (CI: 2%-20%). The subgroup differences between the above-mentioned interventions were significant ( $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** Our study shows that minimally invasive pain treatments provide pain control with fewer adverse events associated with them. However, further RCTs with higher sample sizes are needed to confirm our findings.

### 119. ASSESSING PHYSICAL HEALTH AND ACTIVITY BARRIERS IN CHILDREN WITH CYSTIC FIBROSIS

Riba B.<sup>2</sup>, Ocskay K.<sup>1</sup>, Párniczky A.<sup>1</sup>

1. Heim Pál National Pediatric Institute; 2. Semmelweis University

**Introduction:** Cystic Fibrosis (CF) greatly affects body composition and physical activity levels, key factors influencing health outcomes. Understanding of the impact of CFTR modulators and barriers to physical activity in CF is limited. This study aimed to assess hand grip strength (HGS), skeletal muscle mass (SMM), and factors affecting physical activity in children with CF.

**Aims:** Handgrip strength (HGS), skeletal muscle mass (SMM) and factors influencing physical activity were assessed in children with CF.

**Methods:** From February to November 2023, we measured HGS (Jamar Hand Grip Dynamometer) and SMM (InBody 770) in children with CF (aged 6-20 years) in a single-centre cross-sectional analysis. Parents completed a physical activity questionnaire, while children aged  $\geq 14$  completed their own. Data were analyzed based on CFTR modulator therapy: non-modulator (NM), 12 months elxacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI), and 24 months of lumacaftor/ivacaftor (LUMA/IVA) using descriptive statistics.

**Results:** We enrolled 53 children with CF (26 boys) in three groups (NM=22, ETI=4, LUMA/IVA=27). The mean age was lowest in the non-modulator group (NM:  $11.4 \pm 3.8$  years; ETI:  $15.6 \pm 3.6$  years; LUMA/IVA:  $13.1 \pm 4.6$  years). HGS and SMM showed similar trends: HGS:  $19.6 \pm 9.7$  kg, SMM:  $17.5 \pm 7.7$  kg in the NM group, HGS:  $22.4 \pm 7.2$  kg, SMM:  $21.9 \pm 6.4$  kg in the ETI group and HGS:  $24.7 \pm 13.5$  kg, SMM:  $20.0 \pm 8.9$  kg for LUMA/IVA group. Parent-reported barriers to physical activity were mainly external (N=13, 68.4%), citing lack of time, fatigue, and other commitments. Psychological barriers were reported by three children, with external reasons predominant (N=13). Weekly exercise time averaged  $13.7 \pm 7.3$  h (children-reported) and  $11.5 \pm 6.1$  h (parent-reported), exceeding recommendations.

**Conclusion:** HGS and SMM are valuable tools for assessing physical health in children with CF, shedding light on the effects of modulator therapy. Addressing barriers to physical activity is essential for improving overall health outcomes in this population.

### 120. TUMOR? VAGY MÉGSEM? TÉRFOGLALÁS IDENTIFIKÁLÁS

Rusznay K.<sup>1</sup>, Varsányi M.<sup>1</sup>, Halász T.<sup>2</sup>, Vukov P.<sup>3</sup>, Dezsényi B.<sup>4</sup>, Kokas B.<sup>4</sup>, Hahn O.<sup>4</sup>, Piros L.<sup>4</sup>, Szijártó A.<sup>4</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia; 2. ÉPC-HK, Pathológia; 3. ÉPC-HK, Angiográfia; 4. Semmelweis Egyetem, STÉG

**Bevezetés:** A máj gócos eltérései gyakoriak, többségük jóindulatú, kezelést nem igényel. Diagnosztizálásukban laboratóriumi, képalkotó és szövettani vizsgálatok állnak rendelkezésünkre.

**Esetismertetés:** A 38 éves férfi beteget fogyás, deréktáji fájdalmak miatt vizsgáltuk. Hasi UH a máj jobb lebenyében 76x113 mm inhomogén solid terimét, az elváltozás mellett kifejezett inhomogén számos meszes képletet, a májkapuban kóros nyirokcsomót ábrázolt. CT a csípőlapát szintje alá érő máj VI-VII. segmentumában egy 72x130x114 mm-es inhomogén, csökkent kontrasztanyag halmozású elváltozást detektált, dorsalis harmadában 6 mm-es területen inhomogén meszesedéssel, az elváltozáson belül 4 cm-es folyadéksávval. Hasi MR a bal hypochondriumba szélesen átnyúlt bal májlebenyt, a jobb lebenyben a már ismert 82x130x127x mm-es térfoglalást mutatott, mely a környező érkepleteket diszlokálta. Összességében HCC merült fel. AFP, CEA, CA 19-9 normál volt, hepatitisz serologia HBsAg és anti HCV negativitás mellett anti HBs pozitivitást mutatott. Osztályunkon UH vezérelt májbiopszia történt. A szövettan soliter necroticus nodulusokat írt le, a PAS pozitív fallal bíró kerek, ill. szabálytalan képletek alapján parazitafertőzés merült fel, malignitás nem igazolódott. Széklet parazitológiai vizsgálat és tenyésztés negatív lett, vérből azonban Echinococcus IgG seropozitivitást detektáltunk. Infectológus E. multilocularis okozta alveolaris Echinococcosist kórmészett, kuratív R0 resectiót és 2 éves folyamatos parazitostaticus albendazol terápiát javasolt. Idén januárban jobb oldali hemihepatectomia, cholecystectomy és részleges vena cava inferior resectio történt, az első postoperatív napon vena cava inferior stenosisa következtében vena iliaca thrombosis igazolódott. Reoperáció során a szűkült vena cava inferior szakaszt rezekálták, vena iliaca homograftot interpozitumnak felhasználva a vena cava inferior rekonstrukcióját végezték. Ezt követően a bal vena iliaca thrombosis oldódott, a jobb oldali perzisztált, de átjárhatóvá vált, passage és laborok rendeződtek. Szövettani vélemény E. multilocularis okozta alveolaris Echinococcosis és R1 rezekció. Kontroll hasi UH alapján a vena cava inferior ábrázolódott szakaszán átjárható, a bal májlebeny kompenzatórikusan megnagyobbodott.

**Megbeszélés:** Esetünkben az elsőként tumoros térfoglalásnak imponáló májbéli elváltozás Echinococcosisnak bizonyult. Sebészti rezekció és albendazol kezelés mellett a beteg meggyógyult.

### 121. FEKVŐBETEGADATOK ELEMZÉSE KÜLÖNBÖZŐ GASZTROENTEROLÓGIAI INDIKÁCIÓK TÜKRÉBEN

Rutka M.<sup>1</sup>, Resal T.<sup>1</sup>, Inczei O.<sup>1</sup>, Lóczi T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Czako L.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Halász R.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Fábian A.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Kúti B.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Lemes K.<sup>1</sup>, Greff D.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Pálvölgyi A.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem SZAKK Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum

**Introduction:** A tercier ellátó központokat magasabb progresszivitási szintnek megfelelően fokozott



betegforgalom valamint specializált endoszkópos és intervenciók indikációk jellemzik.

**Aims:**Jelen vizsgálatunkban célul tűztük ki, hogy elemezzük klinikánk gasztroenterológiai osztályának fekvőbeteg adatait.

**Methods:**Keresztmetszeti tanulmányunkban konzekutív betegbevonás történt, az adatgyűjtés 2023. májusától decemberig tartott. A betegeknek demográfiai és klinikai adatokat gyűjtöttünk. Elsődleges kimenetelként a sürgős betegfelvételi indikációkat és az elvégzett beavatkozásokat vizsgálatuk. Másodlagos végpontként az egyetemen kívüli intézmények által küldött betegek adatait mértük fel. A lehetséges kovariánsok és torzító hatások kontrollálására multivariábilis regressziós modellt használtunk.

**Results:**Az osztályunkon 8 hónap alatt 1712 beteg (879 nő és 833 férfi) fordult meg. Életkoruk átlagosan 65 év volt. Összesen 675 sürgős és 1037 előjegyzett betegfelvétel történt, abból 982 beteg gasztroenterológiai szakrendelőből, 361 sürgősségi osztályról, 271 egyetemen kívüli intézményből, 98 egyetemi társosztályról érkezett. Sürgősségi indikációval felvett betegek körében gyakrabban fordult elő cholangitis ( $p<0,001$ ), gasztrointesztinális (GI) vérzés ( $p<0,001$ ), pancreatitis ( $p<0,001$ ), májelégtelenség ( $p<0,003$ ), valamint magasabb volt az ápolási napok száma ( $p<0,001$ ), transzfúziós igény ( $p<0,001$ ) és az antibiotikumhasználat ( $p<0,001$ ). Az idősebb betegek gyakrabban kerültek sürgősségi osztályra, gyakoribb volt az ERCP ( $p<0,001$ ) és a colonosopia ( $p<0,003$ ) aránya. Fiatalabb betegeket inkább gyulladásos bélbetegségekkel (IBD) ( $p<0,001$ ), gasztrointesztinális reflux betegséggel (GERD) ( $p<0,001$ ), pancreatitissel ( $p<0,001$ ), májcirrhosisal ( $p=0,002$ ), cöliákiával ( $p<0,001$ ) észleltük. Egyetemen kívüli intézményből érkező betegeknek gyakrabban végeztünk ERCP vizsgálatot ( $p<0,001$ ), és magasabb volt antibiotikum használat ( $p=0,013$ ). Malignus betegséggel ( $p=0,030$ ), GI vérzéssel ( $p=0,028$ ), májcirrhózzal ( $p=0,055$ ), észlelt betegek predominantóan egyetemi intézményekből kerültek átvételre.

**Conclusion:**Az eredmények alapján megállapítható, hogy osztályunkon jelentős számú beteg fordult meg és a leggyakoribb sürgősségi felvételi indikációt a cholangitis és GI vérzés jelentette. Idősebbeknél és egyetemen kívüli intézményből érkező betegeknek magasabb arányban fordult elő epedüti intervenció. Fiatal betegek viszont leginkább IBD ellátása vagy GERD kivizsgálása miatt kerültek osztályunkra.

## 122. MISFOLDING TRYPSINOGEN MUTANT CAUSES CHRONIC PANCREATITIS IN A PRECLINICAL MOUSE MODEL

Sandor M.<sup>1</sup>, Demcsak A.<sup>1</sup>, Nemeth B.<sup>1,2,3</sup>, Sahin-Toth M.<sup>1</sup>

1. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, California, USA; 2. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine – University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Szeged, Hungary; 3. Center for Gastroenterology, Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Chronic pancreatitis (CP) is a progressive, relapsing inflammatory disorder of the pancreas often in the background of genetic predisposition. Animal models that faithfully mimic human CP are essential for understanding the pathogenesis and for the development of new therapeutic measures. Most *PRSS1* mutations increase autoactivation or block degradation of human cationic trypsinogen, but evidence indicates the presence of a distinct subset of variants that causes misfolding-associated endoplasmic reticulum stress, similarly to carboxypeptidase A1 (*CPA1*)

mutations, providing a possible mechanistic link for CP. However, a mouse model with a misfolding trypsinogen mutation has not been generated and studied to date.

**Aims:** The aim of the present study was to characterize a novel model of human CP driven by a trypsinogen mutation that causes misfolding.

**Methods:** We generated the *T7C140S* mouse strain which carries mutation p.C140S in the mouse cationic trypsinogen, and corresponds to *PRSS1* p.C139S mutation. We also crossed the *T7C140S* mice with the previously reported *CPA1 N256K* strain, which carries the human p.N256K misfolding variant in the mouse *Cpa1* gene, to examine whether misfolding-induced pathology can be amplified by co-expression of different digestive enzyme variants. Parameters of CP were evaluated at various ages.

**Results:** Pancreas weight of *T7C140S* and *T7C140S*×*CPA1 N256K* animals were significantly reduced relative to C57BL/6N mice, with more severe atrophy seen with the compound genotype. Histological analyses revealed mild, patchy, yet progressive CP in *T7C140S* mice. Disease severity and rate of progression was markedly higher in the *T7C140S*×*CPA1 N256K* double-mutant. Characteristic histological features included acinar cell atrophy, acinar-to-ductal metaplasia, fibrosis, and adipose replacement. Analysis of pancreatic hydroxyproline content revealed significantly increased fibrosis in *T7C140S*×*CPA1 N256K*, and milder in *T7C140S* mice relative to C57BL/6N controls. Endoplasmic reticulum stress markers were significantly increased in *T7C140S* and *T7C140S*×*CPA1 N256K* mice compared to controls.

**Conclusion:** Our results indicate that the p.C140S mutation in cationic trypsinogen leads to progressive CP in mice. The phenotype was highly similar to those previously observed in other mouse models expressing misfolding digestive enzymes. Based on our data, misfolding *PRSS1* variants should be considered risk factors for CP.

## 123. ADENOMA AND CRC DETECTION OVER ONE YEAR PERIOD OF TIME AT SEMMELWEIS UNIVERSITY, DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE.

Sharykina A.<sup>1</sup>, Elyounes O.<sup>1</sup>, Tulassay Z.<sup>1</sup>, Masszi T.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>

1. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University

**Introduction:**Colorectal cancer exhibits a concerning high prevalence in Hungary, persisting as one of the highest rates worldwide. A voluntary, two-step colorectal cancer screening program was initiated in 2019, utilizing fecal occult blood testing (FOBT) as the first-line assessment, followed by colonoscopy for individuals with positive FOBT results.

**Aims:**The present study aimed to investigate the incidence of colorectal cancer (CRC) and various polyps within the endoscopy unit at Semmelweis University's Department of Internal Medicine and Hematology. Data was collected over a one-year period from July 2019- July 2020. The findings were compared with the results obtained from a dedicated colorectal screening program conducted during the same timeframe.

**Methods:**All colonoscopies, with no specific pre-determined indications, were evaluated retrospectively for polyps or CRC detection. Histopathological examination of obtained tissue samples allowed for their classification into preneoplastic adenomatous polyps and neoplastic lesions, including colorectal cancer and neuroendocrine tumors. We calculated the Adenoma Detection Rate (ADR) and stratified the findings by individual endoscopists according to their age and experience. We determined the incidence of CRC and



compared them to national results. The findings of this investigation were juxtaposed with the results obtained from the dedicated colorectal screening program conducted concurrently within the department during the specified timeframe.

**Results:** 2,050 colonoscopies were performed over the investigated one-year period (1147 females, 903 males). The average age was 62 years. The total number of resected polyps was 683 (adenomas 357; hyperplastic polyps 254; sessile serrated adenoma 2), adenocarcinoma 67, neuroendocrine tumor 3). Out of 357 adenomas, tubulovillous 43, tubular 284, villous 24, flat adenoma 1, adenomatous epithelial hyperplasia 4, adenomatous hyperplasia polyp 1; 11 with high-grade dysplasia (3.08%), low-grade dysplasia 316 (96.5%). Together 70 carcinomas (3.41%) were detected, out of which, 67 were identified as CRC and 3 as neuroendocrine tumors (NETs) The average age of CRC patients was 74 years (37-95) (33 females and 34 males) with a slight male predominance.

**Conclusion** The incidence of CRC in our tested population was 3.27% as opposed to 4.76% in pre-selecting asymptomatic individuals in the screening program with voluntary participation age group above 50, 41.8% were in the cecum area, 22.39% in the rectosigmoid area, and the rest 35.81% were in the remaining colon. Continued nationalized screening offers Hungary a valuable tool for early disease detection and improved patient prognoses.

#### 124. NOVEL CHYMOTRYPSIN C (CTRC) VARIANTS FROM REAL-LIFE GENETIC TESTING OF PEDIATRIC PANCREATITIS CASES

Stefanovics R.<sup>1,2,3</sup>, Sándor M.<sup>3</sup>, Sahin-Tóth V.<sup>3</sup>, Németh B.<sup>1,2</sup>, Zhang W.<sup>4</sup>, Abu-El-Haija M.<sup>5</sup>, Sahin-Tóth M.<sup>3</sup>

1. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine - University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Szeged, Hungary; 2. Center for Gastroenterology, Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. Department of Surgery, University of California Los Angeles, Los Angeles, California, USA; 4. Division of Human Genetics, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, USA; 5. Division of Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio, USA

**Introduction:** Chymotrypsin C (CTRC) protects the pancreas against unwanted intrapancreatic trypsin activity through degradation of trypsinogen. Loss-of-function *CTRC* variants increase the risk for chronic pancreatitis (CP). Patients with recurrent acute pancreatitis or CP should be routinely tested for *CTRC* variants as part of a comprehensive genetic screening protocol.

**Aims:** The aim of the present study was to characterize novel *CTRC* variants detected during genetic testing of pediatric pancreatitis cases at a US center.

**Methods:** Pediatric patients under the age of 18 years, presenting with CP, were screened for known pancreatitis risk genes using a next-generation sequencing panel of ten genes including *CTRC*. Novel rare *CTRC* variants were identified by comparison with published literature and the pancreasgenetics.org database. *CTRC* variants were expressed in transfected HEK 293T cells. Secretion, enzyme activity, and ER stress parameters were analyzed. Secreted variants were purified and their activity was tested on a small peptide substrate and bovine beta-casein.

**Results:** We detected 5 novel heterozygous *CTRC* (NM\_007272.3) variants: c.407C>T p.(Thr136Ile), c.550G>A

p.(Ala184Thr), c.627Cdup p.(Ser210Leufs\*?), c.628T>C p.(Ser210Pro), and c.779A>G p.(Asp260Gly). With the exception of the frame-shift mutant, all variants were secreted normally from transfected cells. Enzyme activity and kinetic parameters of purified variants Thr136Ile, Ala184Thr, and Asp260Gly were similar to those of wild-type *CTRC*, whereas variant Ser210Pro was inactive. Cells expressing the frame-shift variant Ser210Leufs\*? exhibited ER stress as judged by elevated BiP mRNA levels and increased XBP1 mRNA splicing.

**Conclusion:** Functional characterization indicates that *CTRC* variants Ser210Leufs\*? and Ser210Pro should be classified as pathogenic. Variant Ser210Leufs\*? suffers misfolding due to the frame shift caused by a nucleotide duplication. As a result, the variant is not secreted but remains intracellular and elicits ER stress. Variant Ser210Pro directly affects the amino acid at the bottom of the substrate binding pocket, and thereby diminishes enzyme activity. Importantly, 3 of the 5 novel *CTRC* variants proved to be benign, indicating that reliable prediction of pathogenicity by functional analysis is essential for the interpretation of genetic test results.

#### 125. INVESTIGATION OF THE GENETICALLY DETERMINED "O" BLOOD GROUP IN CHRONIC PANCREATITIS

Stefanovics R.<sup>1,2</sup>, Kun A.<sup>1,2</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>4</sup>, Erőss B.<sup>5,6,7</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>6,7</sup>, Szentesi A.<sup>5</sup>, Hegyi P.<sup>5,6,7,8</sup>, Németh B.<sup>1,2</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Hungarian Centre of Excellence for Molecular Medicine – University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Szeged, Hungary; 3. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, University of Pécs, Medical School, Pécs, Hungary; 4. Szent György University Teaching Hospital of County Fejér, Székesfehérvár, Hungary; 5. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Genetic susceptibility factors in chronic pancreatitis (CP) are significant contributors to the pathogenesis of the disease. The ABO blood group of an individual is inherited, but the phenotype might differ from the genetically determined ABO blood group (Figure 1). The phenotypic "B" blood group has been associated with CP in some studies (2), however, clear association between any ABO blood group determining genetic variation of the ABO gene and chronic pancreatitis is not yet described.

**Aims:** Our goal is to determine the allele and genotype frequency of c.261delG variant in the ABO gene in the Hungarian population, and to determine its possible association with alcoholic and non-alcoholic chronic pancreatitis.

**Methods:** We selected 116 patients with non-alcoholic (NACP), 159 patients with alcoholic chronic pancreatitis (ACP) and 344 controls recruited by the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG). DNA samples were tested by custom designed real-time PCR allelic discrimination assay (TaqMAN®).

**Results:** The frameshift-causing c.261delG variant that predominantly determines “O” allele of the ABO gene was significantly overrepresented in the control group (OR: 0.7,  $p=0.005$ , 95% CI: 0.5-0.9). The genotypes that carries the “O” allele were more frequent in the control group compared to the chronic pancreatitis groups. Using the recessive inheritance model the accumulation of the “del/del” (“O”/“O”) genotype in controls was significantly differed from patients (OR: 0.52,  $p=0.014$ , 95% CI: 0.4-0.8). However, the accumulation of the “O” allele was NOT significant in controls using the dominant inheritance model (OR: 0.8,  $p=0.2$ , 95% CI: 0.5-1.1).

**Conclusion:** The c.261delG frameshift variant of the ABO gene is protective against development of CP in the Hungarian population especially in homozygous status. Homozygous c.261delG variant status of an individual means the presence of “O” blood group, therefore, the accumulation of this variant eventually means the protective effect of the “O” blood group against CP in this population.

## 126. EXAMINING GENE EXPRESSION VARIATIONS AND LONGEVITY IN THE EXTENDED MAINTENANCE OF MOUSE PANCREATIC DUCTAL ORGANIDS

Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Groma G.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged; 2. ELKH-USz Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged; 3. HCEMM-USz Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged; 4. HUN-REN-USz Dermatological Research Group, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged

**Introduction:** Organoid models simulate organ function and structure, offering a physiologically relevant platform for studying organ development, disease mechanisms, and drug responses. Mouse pancreatic ductal organoids serve as valuable models for pancreatic research, yet their long-term viability remains uncertain. Simultaneously, pancreatic cancer, predominantly pancreatic ductal adenocarcinoma (PDAC), poses significant clinical challenges globally. Despite its prevalence and lethality, the genetic alterations driving PDAC progression remain largely elusive. Thus, understanding the gene expression changes in PDAC is crucial for therapeutic advancements.

**Aims:** Our study aimed to sustain mouse pancreatic ductal organoids long-term and explore associated gene expression changes, focusing on cancer-related markers.

**Methods:** Ductal organoid cultures from wild-type FVB/N mice (N=3) were propagated for 40 passages (p40). RNA was isolated at various time points (p3/5/10/20/30/40) for transcriptomic analysis, with p3 serving as the starting time point. Passaging frequency and organoid morphology were monitored. Transcriptomic data underwent Ingenuity Pathway Analysis (IPA) to elucidate changes over passages in the organoids.

**Results:** The passaging frequency subsequently declined with time. The morphology of the organoids underwent noticeable changes starting from p20, characterized by the emergence of outgrowths surrounding the domes and the presence of adhesions in the organoids. The preliminary findings from the transcriptome data indicate that the markers associated with ductal cell fate and brush border development exhibit the greatest transcripts per million (TPM) values at p10. The expression of *Cftr*, *Ano1*, and *Adcy8*, which play a crucial role in maintaining the balance of ions in ductal cells, exhibited a notable decline starting at p20. Similarly, starting from p20, the TPM values of cancer-

related markers exhibited an unregulated escalation, and there was a notable alteration in the expression of genes that govern the G1/S checkpoint regulation in the cell cycle.

**Conclusion:** Our research shows that mouse organoid cultures are sustainable for studying ductal cell functionality up to p10. Additionally, we observed potential signs of spontaneous carcinogenesis making suggesting that this model could be utilized for *in vitro* tumorigenesis studies. These findings have the potential to enhance comprehension of the mechanisms involved in the progression of PDAC.

## 127. A LEGÚJABB SZEKVENÁLÁSI ELJÁRÁSOK DIAGNOSZTIKAI ALKALMAZÁSAI - BIOINFORMATIKAI MEGKÖZELÍTÉS

Szakállas N.<sup>1,4</sup>, Barták B.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>4</sup>, Nagy Z.<sup>2</sup>, Valcz G.<sup>3,4</sup>, Rada K.<sup>4</sup>, Linkner T.<sup>4</sup>, Takács I.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2,4</sup>

1. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Természettudományi Kar, Biológiai Fizika Tanszék, Budapest; 2. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Budapest; 3. HUN-REN-SE Transzlációs Extracelluláris Vezikula Kutatócsoport, Budapest; 4. Képelemző Részleg, 3DHISTECH Kft., Budapest

**Bevezetés:** A szekvenálási eljárások széleskörű elterjedése nagy előrelépéseket jelentett több biológiai és diagnosztikai területen. Az újgenerációs, ámde rövid leolvasási hosszakkal jellemezhető Illumina szekvenátorok már bizonyították helytállásukat a genetikai eltérések okozta állapotokra és betegségekre fókuszált kutatásokban. A fokozatosan előretörő Nanopore szekvenálás adta hosszú leolvasási hosszak képesek áthidalni a korábbi eljárás elé táruolt akadályokat, ezzel új területeket megnyitva akár a daganatok, akár egyéb genetikai betegségek mutációinak vizsgálata terén.

**Céltűzés:** Munkánk célja a vastagbél tumorokban megjelenő, azokra specifikus mutációk mélyrehatóbb tanulmányozása különböző leolvasási hosszakkal jellemezhető szekvenálási eljárásokkal, majd a kapott eredmények összehasonlítása.

**Módszerek:** Kísérleteinkben az Oxford Nanopore Technologies PromethION24 hosszú és az Illumina NextSeq 500/550 rövid leolvasási hosszakat nyújtó szekvenátorokat alkalmaztuk. Lényeges különbség a két módszer között, hogy míg az Illumina csak a teljes exomi, addig a Nanopore a teljes genomi terület leolvasását biztosítani tudja. Ezt figyelembe véve a bioinformatikai kiértékelés során kitűntettünk egy tartományt, melyről mindkét szekvenátor biztosított adatokat. Ezután a megjelenő mutációk típusára és mennyiségére fókuszálva arra kerestük a választ, hogy melyik módszer ad vissza pontosabb eredményeket, melyik talál meg több diagnosztikai szempontból hangsúlyos eltérést.

**Eredmények:** Az összehasonlítást daganatos (CRC) és tumor melletti normál területekről (NAT) származó minták szekvenálási eredményein végeztük el tumorspecifikus mutációkat keresve vastagbélrák specifikus gének esetén (*KRAS*, *TTN*, *TP53*, *PIK3CA*, *SOX9*). A szekvenált minták metilációs szintjei korrelációt mutattak azok korábbi biszulfid szekvenálási adataival. A Nanopore szekvenálási módszer tekintést nyújt továbbá a teljes genomi szekvenációk telomer és nem kódoló régióba is, illetve a repetitív szekvenációk detekciója is megvalósulhat.

**Konklúzió:** Az elsődleges eredmények azt mutatták, hogy a Nanopore szekvenálás adta mutációs profil sokszínűbbnek, és egy adott exomi gén szakaszon fellelhető mutációk többféle kifejeződését nagyobb számban tudja detektálni, mint az Illumina szekvenátor ugyanezen a tartományon. A

későbbiekben vizsgálatainkat kiterjesztjük szöveti eredetű egyedi sejtekre is.

### 128. COLON CAPSULE ENDOSCOPY: A VIABLE OPTION FOR FIRST-LINE COLORECTAL CANCER SCREENING IN ASYMPTOMATIC PATIENTS

Szalai M.<sup>1</sup>, Finta Á.<sup>1</sup>, Liebe R.<sup>1</sup>, Oczella L.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>

1. Endo-kapszula Private Hospital

**Introduction:** Colorectal cancer (CRC) remains a significant global health burden, emphasizing the critical need for effective screening methods to detect precancerous lesions and early-stage tumors. Conventional approaches like colonoscopy, while highly effective, often face challenges such as invasiveness, discomfort, and low patient compliance. The Ankon colon capsule endoscopy (CCE) represents a pioneering advancement in CRC screening, offering a non-invasive, sterile and patient-friendly alternative to traditional colonoscopy.

**Aims:** This study aims to support and complement colorectal screening by evaluating the pioneering Ankon colon capsule endoscopy (CCE) as a screening method in asymptomatic individuals. Our focus is on assessing the efficacy, feasibility, and acceptance of this innovative approach, while scrutinizing polyp detection rates, transit times, and patient satisfaction.

**Methods:** From April 2022 to January 2024, we conducted a prospective study in our private institution's CE unit involving 329 asymptomatic patients (212 males, 117 females, mean age of 48). Colonoscopy under anesthesia was offered to all patients, and after detailed information and signing the consent form, they chose CCE as the first examination method. Alarm symptoms were exclusion criteria for the study. We identified and addressed the incomplete cases, recorded capsule transit times, and calculated the polyp detection rate.

**Results:** Out of the total cases, 9.1% were incomplete. The average colon and total transit time was 201.95 and 360.55mins, respectively. Our study revealed a remarkable 20.36% polyp detection rate (PDR) among the participants. Polyp sizes were categorized as <5mm (n=57), 5-7mm (n=6), and >7mm (n=4). The majority of polyps were located in the sigmoid colon (n=44), followed by the unspecified left colon (n=6) and the right colon (n=17). Subsequent colonoscopy in 17 patients uncovered an additional 8 small polyps (<3mm). Histology results revealed one tumor and one high-grade dysplastic polyp. Impressively, 95% of participants reported high tolerance, and 91% of respondents expressed a preference for colonoscopy only after a positive CCE result.

**Conclusion:** Ankon colon capsule endoscopy emerges as a transformative screening tool, demonstrating unparalleled promise in detecting polyps among asymptomatic individuals. Its exceptional polyp detection rate, cost-effectiveness, sterility, patient-friendly nature, and alignment with colonoscopy findings position it as a potent complementary method for advancing colorectal screening.

### 129. KORAI ADENOCARCINOMA KURATÍV ENDOSZKÓPOS REZEKCIÓJA A FELSŐ TÁPCSATORNÁBAN. HÁROM ESET BEMUTATÁSA.

Szegedi É.<sup>1</sup>, Szmola R.<sup>1</sup>, Tarpay Á.<sup>1</sup>

1. Országos Onkológiai Intézet, Invazív Gasztroenterológiai Részleg

**Bevezetés:** A Barrett-nyelőcső (BE) esetén a normál laphám borítás helyett intestinális típusú hámsejtek jelennek meg, amelynek oka az elhúzódó erozív gastrooesophagealis reflux. A BE malignus potenciállal rendelkezik: metaplasia,

dysplasia (enyhe, majd súlyos), ezt követően adenocarcinoma szekvencián át korai invazív adenocarcinoma (EAC) alakulhat ki. BE-ben szenvedő betegek kb. 10%-ban EAC fejlődhet ki. Az EAC elsődleges kezelése korábban sebészi nyelőcső rezekció volt, azonban a nyelőcsőeltávolítással magas morbiditás (akár 65%) és jelentős halálozási arányok járnak, még a nagy betegforgalmú központokban is (2%–4%). Az utóbbi évtizedekben a minimál invazív technikák kerültek előtérbe az EAC kezelésében, úgy, mint az endoszkópos rezekció (ER). Az ER megfelelő szövetszövetmintákat biztosít, lehetővé téve az elváltozás pontos patológiai megítélését, miközben a rezekció potenciálisan kuratív is lehet. En block endoszkópos rezekciós technikák közé tartoznak: endoszkópos mucosa rezekció (EMR) és az endoszkópos submucosus disszekció (ESD). Amennyiben az EAC felszínes és a submucosus infiltráció nem érinti a mélyebb rétegeket, az ER biztonságos és hatékony technika az EAC kezelésében. Több tanulmány kimutatta, hogy felszínes infiltrációt adó EAC esetén a nyirokcsomó-áttét kockázata minimális (1%).

**Módszerek:** Ebben a korai szériában három esetet mutatunk be. Az összes betegnél korai, még endoszkóposan kezelhető EAC-t állapítottunk meg a szövetszöveti, staging CT, illetve EUH vizsgálatok segítségével. Ezt követően endoszkópos rezekció történt ligáció-asszisztált EMR módszerrel.

**Eredmények:** A beavatkozásokat követően szövödmény nem észleltünk. Mindhárom esetben T1a tumor igazolódott. Jelenleg (6-12 hónapos szoros obszervációt követően) mind a három beteg daganatmentes.

**Konklúzió:** Ligáció-asszisztált EMR korai EAC esetében kuratív eredményt adhat, amellyel a betegek elkerülhetik a nagyobb megterheléssel járó, invazív sebészeti beavatkozásokat.

### 130. NEM-INZULINOMÁS PANKREATOGÉN HIPOGLIKÉMIA SZINDRÓMA

Szolga B.<sup>1</sup>, Zalatnai A.<sup>2</sup>, Szabó A.<sup>3</sup>, Lázár I.<sup>4</sup>, Bezsilla J.<sup>5</sup>, Tóke J.<sup>1</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet; 3. Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, II. sz. Belgyógyászati osztály; 4. Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Intervenciós Radiológiai osztály; 5. Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyei Központi Kórház, Sebészeti osztály

**Bevezetés:** A súlyos, tünetes hypoglycaemia régóta ismert szövödménye a gyomor-bypass műtéteknek. A legtöbbször étkezés után kialakuló hypoglycaemiás rosszulletek hátterében álló patológiai folyamatok még napjainkban sem teljesen ismertek.

**Célkitűzés:** Esetünk prezentálásának célja a hasnyálmirigy gócos elváltozásainak egy ritka megnyilvánulási formájának, ennek kivizsgálásának, valamint kezelési nehézségének bemutatása.

**Módszer:** 69 éves férfibetegünk kórtörténetéből hypertonia, ischaemiás cardiomyopathia, rheumatoid arthritis, osteoporosis, hepatitis A infectio emelhető ki.

42 éves korától kezdve kiterjedt gyomor-, duodenum-, illetve jejunum fekélyek miatt Helicobacter pylori eradikációban részesült, majd a recidív fekélybetegség miatt Billroth-II szerint elvégzett gyomor reszekció, truncalis vagotomia, majd teljes gastrectomia és Roux-Y anastomosis kialakítása történt. A későbbiekben béládhéziók miatt jobb oldali hemicolecctomia, ileo-

sigmoideostoma képzés vált szükségessé. A multiplex, recidív fekélybetegség sebészeti mintáiban Zollinger-Ellison szindróma szövettani vizsgálattal kizárásra került, a MEN1 gén csírasejtes mutáció analízise patogén mutációt nem jelzett. A műtétek következtében kialakult vitaminhiány (D3 és B12), valamint a vashiány pótlása folyamatos.

49 éves korában, a Billroth-II gyomorresekció után 3 évvel, jelentkezett az első remegéssel,

izzadással, hányingerrel, gyengeséggel, hypoglycaemiával járó rosszulét, amelyhez diszkrét neurológiai tünetek is társultak (beszéd nehezítettség).

64 éves korában vizsgáltuk először a Semmelweis Egyetemen. Ekkor több alkalommal spontán hypoglycaemiás rosszulleteket észleltünk. A hypoglycaemia mellett a szérum inzulin- és C-peptid értékeket nem az elvárhatóan alacsonynak mértük, ami felvetette inzulinoma, esetleg más hyperinzuliniaemiát okozó kórkép jelenlétét. Hasi ultrahang a hasnyálmirigy farok állományában egy 5-6 mm-es echoszegény területet írt le, az ezután elvégzett vizsgálatok (endoscopos ultrahang, has- és kismedence CT, hasi MR, szomatosztatin receptor-szcintigráfia, F-DOPA-PET CT) azonban a pancreasban körülírt eltérést nem mutattak.

A hypoglycaemiás epizódok kivédése céljából gyakori étkezést, lassan felszívódó szénhidrátot tartalmazó diétát javasoltunk. A konzervatív terápia részeként per os diazoxid, majd acarbose terápiát alkalmaztunk, azonban a hypoglycaemiás rosszulleteket a gyógyszeres kezelés nem szüntette meg.

**Eredmények:** Szelektív artériás calcium stimulációs teszt során az inzulin szekréció a pancreas mindhárom fő részében stimulálható volt, a legnagyobb mértékű inzulin emelkedést a pancreas cauda stimulációja váltotta ki. A korábbi hasi ultrahang és a funkcionális teszt eredménye alapján hasnyálmirigy farok resekció történt. A szövettani lelet nesidioblastosist igazolt, helyenként reaktív papillaris mucinosus hyperplasiával. Szövettani revízió a pancreas reszekátumban diffúzan felszaporodott Langerhans-szigetek jelenlétét igazolta, a szigetsejtek 100 %-ban pozitív reakciót adtak inzulin-ellenes antitesttel végzett immunhisztokémiai vizsgálaton, nem-inzulinomás pancreatogen hypoglycaemia szindrómát véleményeztünk.

8 hónapos depot-octreotid terápia nem csökkentette a hypoglycaemiás rosszulletek számát.

**Következtetés:** A nem-inzulinomás pancreatogen hypoglycaemia szindróma ritka megbetegedés, a szerzett forma egyik oka gyomor bypass műtét lehet. A kórkép elkülönítése a hyperinzuliniaemiás hypoglycaemia egyéb formáitól és a hatékony kezelési stratégia kialakítása napjainkban is kihívást jelent.

### 131. HPV ASSZOCIÁLT INTRAEPITELIÁLIS NEOPLÁZIA TALAJÁN KIALAKULT NYELŐCSŐ KARCINÓMÁK-A HPV MINDENÜTT JELEN VAN

Szőnyi M.<sup>1</sup>

1. Észak-közép budai Szent János Centrumkórház

**Introduction:** Epidemiológiai vizsgálatok igazolják, hogy a Human papilloma vírus (HPV) a leggyakoribb szexuális úton terjedő vírusos fertőzés világszerte. A szexuálisan aktív populációban, 45 éves korig, több, mint 80%-ban megjelenik a vírus. Legtöbbjük esetében klinikai tünetekkel nem járó tranziens fertőzésről van szó. Léteznek karcinóma kialakulás szempontjából magas-, és alacsony rizikójú vírusok. Leginkább a méhnyakrák kialakulásáért felelős vírus típusokról hallunk, azonban a fertőzés a tápcsatornában kialakuló egyes malignómák kialakulásának hátterében is állhat. A nyelvcső hámszejtes karcinómáinak (HPV-ESCC)

kialakulásáért nagy arányban a HPV vírusok felelősek. Távol keleti országokban az incidencia magas, míg pl Európában alacsonyabb esetszámokkal találkozhatunk. A nyelvcső daganatok a 8. leggyakoribb daganatnak számítanak. A halálhoz vezető hárm eredetű karcinómák a 6. leggyakoribb, halálhoz vezető daganatos megbetegedések. (Ez a nyelvcsőrákok 50%-a.) A HPV-ESCC fertőzés arány az irodalomban 11.7-38.9% közt változik. Elsősorban a karcinóma kialakulásának szempontjából magas rizikójú HPV-16 és HPV-18 vírusokról van szó

**Methods:** Klinikánkon egy 42 éves hölgy diszfágiás panaszokkal jelentkezett. Gasztroszkópia során a nyelvcső csaknem teljes körfogatát kitöltő, magasra terjedő, fehéres lepedék és a disztális szakaszon szűkület volt látható. A biopátumok elemzése intraepiteliális neopláziát igazolt. A páciens fiatal kora miatt felmerült a HPV asszociáció jelenléte. A p56 és p16 tumorsupresszor fehérjék kimutatása ki67 magas proliferációval megtörtént. Ezen tények a HPV asszociációt támasztották alá. Az elvégzett endoszkópos ultrahang vizsgálat során vett biopátum már az invazív karcinómát írta le. Sebészeti, onkoteam véleményezése is volt. Több terápiás lehetőség ( emr, esd, rfa, oesophagectomia)merült fel, a HPV oltás szükségessége egyértelmű volt. Egy 52 éves férfi hasonló panaszokkal jelentkezett. Az ő esetében lineárisan fehéres lepedék húzódtott többszörösen a nyelvcsőben. Ebben az esetben diszpláziát , malignitást nem láttunk, HPV morfológiai jeleit és kezdődő papillómát igazoltunk, keratózis került leírásra. Az ilyen esetekben nagyrészt „low risk” vírus típusok igazolhatóak, endoszkópos követés javasolt.

**Conclusion:** a fenti tünetekkel jelentkező, hasonló makroszkópos képet mutató nyelvcső elváltozások esetében a HPV fertőzéssel való asszociáció-különösen a szexuálisan aktív korosztályban, fel kell merülnön, rá kell kérdezzünk. Növekvő incidenciával számolhatunk. A prevenció fontosságának hangsúlyozása mellett a terápiás eszköztár ismerete fontos, azok elérhetőségéről tájékozódunk kell.

### 132. MÁJGÓCOK RITKA OKA

Tajti M.<sup>1</sup>, Pálvölgyi A.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** Többszörös májgócok leggyakrabban a gasztrointesztinum malignus daganatainak áttétképződése során alakulnak ki. A nem funkcionális neuroendokrin daganatok tünetek hiányában sokszor előrehaladott formában kerülnek kórismezésre.

**Esetleírás:** Lényegi alapbetegség nélküli, panaszmentes 74 éves nőbetegnél rutin vérvétel során derült fény enyhén magasabb májfunkciós értékekre, mely miatt hepatológiai ambulanciára irányították . Hasi ultrahang a máj jobb lebenyében egy 18 mm-es és egy 23 mm-es echoszegény gyűrűvel körülvevő echodús, pontszerű echokat is tartalmazó elváltozást írt le. Tumormarkerei közül a CEA volt magasabb. Májspecifikus kontrasztanyag MR vizsgálat történt, mely a bal lebenyben a III.-

as szegmentumban, a ligamentum falciforme mellett, ventrálisan egy 21 mm legnagyobb átmérőjű, T1-mérésen hypointenz, T2-n hyperintenz, a kontrasztanyagot artériás fázisban inhomogén, gyűrűszerűen halmozó, későbbi fázisokban kimosódást mutató, a máj specifikus kontrasztanyagot nem halmozó léziót írt le, ami élénk valódi diffúziógtást mutatott. A jobb lebenyben a VII.-VIII. szegmentum határán, laterálisan egy 18 mm legnagyobb átmérőjű, továbbá a VI.-VIII. szegmentum határán dorsálisan egy 19 mm-es hasonló morfológiát mutató góc ábrázolódott.

Gastroszkopia során eltérés nem igazolódott, colonoscopia sigma diverticulosiszt írt le. Mellkas-has-kismedence kontrasztos CT sem igazolt primer tumort. Tumor kutatás komplettálása végett mammographia és nőgyógyászati szakvizsgálat is történt, negatív eredménnyel. Szöveti mintavétel céljából endoszkópos ultrahang vezérelt vékonytű biopszia történt, mely során a máj III. szegmentumában 22x24 mm-es echoszegény udvarral körbevett, echodús terime került leírásra ill. hasonló nagyságú és szerkezetű képlet látszódott a VII.-es és VIII.-as szegmentumban. A III.-as szegmentumban lévő teriméből történt mintavételezés, melyből szövettani feldolgozás során neuroendokrin tumor máj metastasisa igazolódott.

**Következtetés:** Többgócú májléziók esetén a primer daganat időigényes, számos vizsgálatot igénylő keresése helyett a májgócok EUS-FNA vizsgálata költség-hatékony alternatíva.

### 133. MORPHOLOGY OF THE PAPILLA CAN PREDICT PROCEDURAL SAFETY AND EFFICACY OF ERCP - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Tari E.<sup>1,2</sup>, Gagyi E.<sup>1,3</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5</sup>, Hagymási K.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5</sup>, Erőss B.<sup>1,2,5</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Selye János Doctoral College for Advanced Studies, Semmelweis University, Budapest; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Department of Surgery, Transplantation, and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Introduction:** Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) is the most used therapeutic procedure for pancreaticobiliary disorders. Still, how to best achieve a safe and effective bile duct cannulation is debated. Studies suggest that the anatomy of the papilla affects its efficacy and safety.

**Aims:** We aimed to quantify the influence of papilla morphology on ERCP outcomes.

**Methods:** PROSPERO registration number: CRD42022360894. We systematically searched three medical databases from inception in September 2022. Studies detailing the cannulation or the rate of adverse events in the context of papilla morphology were included. For the primary classification of the major papilla, the Haraldsson system was used, differentiating four morphological types. Data on studies using other classification systems were also collected. A pooled event rate with a 95% confidence interval (CI) was used for the effect size measure. For the test of subgroup differences, a "Cochrane Q" test was used. The risk of bias assessment was performed using the Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tool for studies reporting prevalence.

**Results:** A total of 17 studies were eligible, and 14 were included in the quantitative synthesis. In studies using the Haraldsson classification, the rate of difficult cannulation was the lowest in type I („regular”) papilla (26%; CI: 18–37), followed by type III („protruding or bulging”) (35%; CI: 25–48) and type II („small”) papilla (39%; CI: 28–52). The highest rate was observed in the case of type IV („creased or ridged”) papilla (41%; CI: 28–55). For post-ERCP pancreatitis, the event rate was the highest in type II („small”) papilla (11%; CI: 8–15) and the lowest in type I („regular”) (6%; CI: 5–8) and III („protruding or bulging”) papilla (6%; CI: 4–8). There was no statistically significant difference in the cannulation

failure and post-ERCP bleeding event rates between the different papilla types. Similar trends were observed in the analyses including other classification systems comparable to the Haraldsson's. Most studies carried a low risk of bias.

**Conclusions:** In conclusion, other types are associated with a higher rate of difficult cannulation compared to the regular papilla type. The small papilla is associated with a higher rate of post-ERCP pancreatitis.

### 134. MORPHOLOGY OF THE PAPILLA CAN PREDICT PROCEDURAL SAFETY AND EFFICACY OF ERCP - A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Tari E.<sup>1,2</sup>, Tóth T.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4</sup>, Erőss B.<sup>1,2,4</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) is the most commonly used therapeutic procedure for pancreaticobiliary disorders. Despite the essential role of bile duct cannulation in procedural safety and success, research on this topic is still limited.

**Aims:** We aimed to assess the influence of papilla morphology on ERCP outcomes and adverse events.

**Methods:** Patients with a naive papilla scheduled for ERCP were reviewed in a single tertiary care center between September 2022 and January 2023. Papilla types were classified using the Haraldsson system, and the presence of periampullary diverticulum (PAD) was noted. Cannulation success and adverse event rates were recorded based on papilla morphology. For the effect size measure, event rates or risk ratios were calculated. For categorical data, the  $\chi^2$  test, and for the test of subgroup differences, a "Cochrane Q" test was used.

**Results:** A total of 231 patients with naive papillae were included. We found a statistically significant difference in the event rate for cannulation failure between the different papilla types. The highest rate was observed in the case of type II papilla (14%), followed by type I (13%) and type III (8%). The event rate was lowest in the case of type IV papilla (6%). The presence of PAD was associated with a higher risk of cannulation failure (RR: 2.64; CI: 1.22 – 5.39). Moreover, a statistically significant difference in the rate of post-ERCP pancreatitis was observed between the papilla types. The event rate was the highest in type III and IV papilla (13%). The lowest rate rate was observed in type I and II papillae, 6%. There was no significant difference between the post-ERCP bleeding and perforation rate in the different papilla types, likely due to the low event number. The need and the types of the various rescue cannulation techniques also significantly differed between the papilla types.

**Conclusion:** Certain papilla morphologies are associated with a higher rate of cannulation failure and PEP. The presence of PAD is also associated with an increased rate of cannulation failure. Moreover, we can conclude that the preferred rescue cannulation technique differs between the papilla types.

### 135. IMPORTANCE OF RAPID ON-SITE EVALUATION DURING ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED FINE-NEEDLE BIOPSY IN SOLID PANCREATIC LESIONS

Tari E.<sup>1,2</sup>, Sagát L.<sup>3</sup>, Várkonyi T.<sup>3</sup>, Fürst E.<sup>1,2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2,4</sup>, Lázár B.<sup>1,2</sup>, Erőss B.<sup>1,2,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Pathology, Forensic and Insurance Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary

**Introduction:** Solid pancreatic lesions present diagnostic challenges, requiring advanced techniques for accurate tissue acquisition. Endoscopic ultrasound-guided fine-needle biopsy (EUS-FNB) is now a key diagnostic approach due to its high safety and reliability. Rapid on-site evaluation (ROSE) during EUS-FNB further improves its diagnostic yield, allowing real-time assessment of sample adequacy and facilitating immediate decision-making. Despite its benefits, the European Society of Gastrointestinal Endoscopy recommends further evidence for its utility.

**Methods:** We retrospectively reviewed the data from 40 EUS-FNB procedures with ROSE for solid pancreatic lesions at Semmelweis University's Institute of Pancreatic Diseases since November 2023. Patient demographics, lesion characteristics, histological findings, and procedural outcomes were documented and analyzed to evaluate the diagnostic utility.

**Results:** 22G FNB needles were used, with a mean needle passes were three. The patients, with a mean age of 66.2 years (SD: 9.9), included 67.5% females and 32.5% males. Lesions had a mean diameter of 31.8 x 27.3 mm, with 73% being hypoechoic and 27% displaying heterogeneous echogenicity. Histological analysis indicated adenocarcinoma in 50%, normal histology in 20%, and other malignancies in 10%. Pseudocysts were found in 10%, chronic pancreatitis in 15%, while 5% of the sample lacked sufficient cellular material for evaluation. Lesion locations comprised the pancreatic head in 70%, the caudal region in 7.5%, and the body in 2.5%. Invasion into multiple parts of the pancreas occurred in 20%. Repeated tissue acquisition was necessary in five cases (12.5%), leading to an adenocarcinoma diagnosis in two instances.

**Conclusion:** EUS-FNB has a crucial role in the diagnosis of solid pancreatic lesions and provides valuable guidance for clinicians in selecting therapy. When paired with ROSE, it might decrease the need for repeated procedures.

### 136. FELSZÁLLÁSI ENGEDÉLY! AVAGY ELLENŐRZŐ LISTA ALKALMAZÁSA AZ ENDOSZKÓPOS VIZSGÁLATOKNÁL

Tari K.<sup>1</sup>, Eröss B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Pankréász Betegségek Intézete

**Introduction:** A statisztikák szerint a repülés a legbiztonságosabb közlekedési forma (1 milliárd utaskilométerre 0.05 haláleset jut). A balesetek 59%-ban emberi hiba miatt következik be és gyakran a többszörös hiba szükséges a katasztrófához. A Repülés Biztonsági Osztály azzal a céllal jött létre, hogy ezeket a baleseteket kivizsgálja, rámutasson a hibákra és megoldást keressen! Az egyik leghatékonyabb eszköz az ellenőrző listák bevezetése volt a repülésben, a másik a katasztrófák részletes, mindenre kiterjedő kivizsgálása a fekete dobozok segítségével. Egy 2023-as tanulmány szerint az endoszkópos vizsgálatok összes szövődményének gyakorisága 0.1 - 0.2%; halálózása kb. 0.03%. Az endoszkópos vizsgálatok során előforduló hibák / hiányosságok gyakran jelentéktelennek tűnnek, számos kisebb hiba megléte, azonban jelentős nemkívánatos eseményhez vezethet a beavatkozások növekvő száma és összetettsége miatt. Hazánkban az

endoszkópos biztonsági ellenőrző lista nem terjedt el és nem követelmény a használata, mint ahogy a vizsgálatok videó felvételen történő rögzítése sem.

**Aims and Methods:** Külföldi példákhoz hasonlóan, Intézetünkben 2023 decemberétől bevezettük minden endoszkópos vizsgálat előtt a WHO műtét előtti ellenőrző listáján alapuló, saját endoszkópos laborunkra kialakított biztonsági ellenőrző lista használatát. A listán mindazok a szempontok szerepelnek, amelyek hiányában nem kerülhet sor a vizsgálatra. A közel 30 szempont ellenőrzése 3 idő intervallumra van bontva: az endoszkópiára megérkezéskor, közvetlenül a beavatkozás kezdete előtt és a vizsgálat után. Az ellenőrző lista kitöltése a beteg és a vizsgálatot végző team tagjainak a jelenlétében történik. Kitöltésének ideje mindössze 60-90 másodpercet vesz igénybe.

**Results:** A kezdeti tapasztalatok alapján, az igényeknek megfelelően több változtatást is végeztünk az első listán. Használatát sikerült beépíteni a mindennapi rutinba, a kollégák megismerték, magabiztosan tölti ki. A listába szedett feltételek tudatos lépésenkénti ellenőrzésének következtében sikerült a nem megfelelő előkészületből származó hiányosságokat a 3 hónap alatt közel nullára redukálni, így emiatt már nem maradt el vizsgálat, nem csúszott el vizsgálat kezdés. A betegbiztonság mellett, ez nagyban megkönnyítette a hatékony munkaszervezést, a napi program terv szerinti haladását, javította a csapatmunkát és a kommunikációt a team tagjai között.

**Conclusion:** Az ellenőrző listák alkalmazása a mindennapi endoszkópos munka során megelőzheti a nem megfelelő előkészületből származó (jelentéktelennek tűnő) hibákat, elősegíti a betegek biztonságos ellátását, ezért javasoljuk az endoszkópos vizsgálatoknál történő alkalmazását. A minőségi mutatók folyamatos monitorozása mellett, tervezzük a jelenlegi listát tovább fejleszteni, digitalizálni.

### 137. SAFETY AND EFFECTIVENESS OF CHOLECYSTECTOMY IN PREGNANT WOMEN WITH MILD BILIARY PANCREATITIS PRELIMINARY RESULTS OF THE BORN STUDY

Tarján D.<sup>1,2,3</sup>, Szalai E.<sup>1,4</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Mikó A.<sup>1,3,5</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Acute biliary pancreatitis in pregnant patients poses a rare yet significant challenge for clinicians. While early cholecystectomy is a recommended approach after mild biliary pancreatitis in the general population to prevent recurrence and mitigate gallstone-related complications, specific guidelines for managing this condition in pregnant patients are lacking.

**Aims:** This study aimed to investigate the safety and effectiveness of cholecystectomy during pregnancy following an episode of mild acute biliary pancreatitis.

**Methods:** An international survey was conducted across seventeen centers worldwide in 2023, utilizing both Excel and Redcap platforms. The survey encompassed queries related to demographic information, clinical presentation, management strategies, timing of cholecystectomy, procedural approaches, complications, and outcomes.

**Results:** According to our international survey, 22% (11/50) of patients had cholecystectomy during pregnancy. Patients who underwent cholecystectomy experienced a lower rate of readmission due to recurrent AP episodes or other gallstone-related complications (0% and 28%; 0/11 and 11/39). There were no significant differences in cholecystectomy-related complications (9.1% and 12%; 1/11 and 3/26). The incidence of preterm birth was 11% and 8.1% (1/9 and 3/37, respectively), while fetal loss rates were 18% (2/11) when surgery was performed in the first trimester and 0% (0/39).

**Conclusion:** Cholecystectomy effectively prevents the recurrence of AP and other biliary complications, with no observed differences in intra- and postoperative complications during and after pregnancy. Thus, cholecystectomy should be considered for mild biliary pancreatitis in the second and third trimesters of pregnancy. Further studies are needed to evaluate the safety of cholecystectomy in the first trimester.

### 138. DISEASE COURSE OF PEDIATRIC IBD PATIENTS WITH EXTRAINTestinal MANIFESTATIONS

Tímár Á.<sup>1,2</sup>, Sipos Z.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>3</sup>, Müller K.<sup>1,2</sup>

1. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet; 2. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ; 3. Pécsi Tudományegyetem, Transzlációs Medicina Központ

**Introduction:** Extraintestinal manifestations (EIM) are frequent in patients with inflammatory bowel disease (IBD) and have a negative impact on quality of life.

**Aims:** We aimed to compare the disease course of pediatric IBD patients with and without EIM.

**Methods:** We conducted a retrospective cohort retrieving data from the prospective, nationwide Hungarian Pediatric IBD Registry. Patients diagnosed between 2010 and 2020 were enrolled in the study. At the end of the three-year follow-up period data were collected on relapses, surgery, and treatment.

**Results:** Originally, 1,971 patients were diagnosed and registered, out of them 1,624 patients reached the three-year follow-up time. Among them, 977 patients were diagnosed with CD (60.2%), 553 with UC (34%), and 94 with IBD-U (5.8%). The mean age was 13.23 years (SD ± 3.29) in CD patients and 12.32 years (SD ± 3.79) in UC patients, 57% of the CD patients were male, whereas it was 52% in case of UC patients. Altogether 316 (19%) children had an EIM at diagnosis and 67 (4.1%) more patients developed one during their follow-up. The remaining 1,242 patients had no EIMs during the follow-up. Steroid treatment was applied in 14% of the patients who had an EIM at diagnosis compared to 10% in the patients without EIM group (p=0.506). Patients with EIMs received biological therapy more frequently (30% vs. 19%, p< 0.0001). Surgery rates were lower in the EIM group (3.8% vs. 6.8%, p=0.052). In terms of relapses the frequency was similar between the two groups (51% vs. 52%, p=0.913).

**Conclusion:** Patients with EIM at diagnosis were treated with biologicals more frequently probably due to the EIMs, since the relapse rate was similar. Patients with EIM at diagnosis does not have more aggressive disease compared to patients without EIM.

### 139. A BÉLBARRIER MŰKÖDÉSI ZAVARÁT JELZŐ IMMUNGLOBULINOK PROGNOZTIKUS SZEREPE AKUTAN DEKOMPENZÁLT MÁJCI RRÓZISOS BETEGEK BEN – MUCOSA-PREDICT PROSPEKTÍV BETEGKOHORSZ

Tornai D.<sup>1</sup>, Balogh B.<sup>1</sup>, Csillag A.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Kovács P.<sup>1</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>2</sup>, Trebica J.<sup>3,4</sup>, Papp M.<sup>1</sup>

1. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gastroenterológiai Tanszék; 2. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Laboratóriumi Medicina Intézet; 3. Department of Internal Medicine B, University Hospital Muenster; 4. European Foundation for Study of Chronic Liver Failure

**Háttér:** A májcirrózis a bélnyálkahártya immunitásának károsodásával jár, ezáltal megkönnyíti a baktériumok transzlokációját (BT), ami aktiválja a proinflammatorikus kaszkádot, tovább súlyosbítva a szövetkárosodást és a májbetegség progresszióját. Keveset tudunk azonban az antitestek által közvetített adaptív immunitás szerepéről ebben a folyamatban.

**Célkitűzések:** Meghatároztuk számos, a bélbarrier funkcionális működését jelző immunglobulinok (Ig) szérumszintjét egy prospektíven követett akutan dekompenzált (AD) májcirrózisos beteg kohorszban és elemeztük, hogy azok szintje mutat-e összefüggést a rövidtávú betegségkimenetellel.

**Betegek és módszerek:** A MICROB-PREDICT H2020 projekt keretén belül a Debreceni Egyetemen kezelt 128 májcirrózisos beteg AD epizódja során gyűjtött szérumszintjeit vizsgáltuk meg a felvételtkor és a krónikus májbetegségre rakódott akut májelégtelenség (ACLF) kialakulásakor. Meghatározásra kerültek különféle mikrobiális felszíni antigének (Saccharomyces cerevisiae [ASCA], endotoxin [EndoCab]) és a szervezet fehérje autoantigénjei (F-aktin; glikoprotein 2 [GP2]; gliadin;) ellen képződő IgA- és IgG típusú antitestek, valamint a szekretor (s)IgA, a totál IgA, IgG, IgM és szabad kappá és lambda Ig könnyű láncok szintje. A betegség súlyosságát a CLIF-C AD, a MELD- és a Child-Pugh-pontszámok, valamint az ACLF jelenléte alapján értékeltük. Az ACLF kialakulását és a májbetegséghez kapcsolódó halálozást 3 hónapos követési időszakban vizsgáltuk.

**Eredmények:** A különböző mikrobiális és szervezet autoantigénjei ellen képződő specifikus IgA típusú antitestek gyakoribbak voltak a Child-Pugh pontszám alapján meghatározott súlyosabb betegség stádiumokban. A magasabb totál IgA-szint a target specifikus IgA-típusú antitestek fokozott előfordulási gyakoriságával és az egyes antitestek emelkedett szintjével járt együtt. A felvételtkor a magas CLIF-C AD pontszám (≥ 50) csökkent totál IgG-szinttel (0,042), míg az ACLF jelenléte emelkedett szabad kappá Ig könnyűlánc (29,6 [20,18-40,65] vs. 20,5 [14,23-31,93] µg/ml; p=0,043) és csökkent totál IgG-szinttel (12,4 [8,23-19,3] vs. 17,3 [11,6-22,5] mg/ml; p=0,046) társult. A követés során a szabad kappá Ig könnyűlánc szintjének emelkedése az ACLF gyakoribb kialakulásával járt együtt (p=0,018).

Az ACLF-ben szenvedő összes beteg (a felvételtkor és a követés során) 90 napos halálozása összefüggést mutatott a megnövekedett sIgA-szintekkel (AUROC: 0,819; a >20,9 µg/ml-es határértéknél: 15% vs. 79%-os halálozás p<0,001).

**Következtetés:** A májcirrózis súlyosságának fokozódásával párhuzamosan a nyálkahártya immunrendszerének aktiválódása is bekövetkezik, amit a megnövekedett totál IgA-szint jelez. A target specifikus IgA antitestek jelenléte a fokozott BT-vel való kapcsolatra utal. A megnövekedett sIgA-szint az ACLF-betegek 90 napos mortalitásának ígéretes markere.

The MICROB-PREDICT project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 825694.

A 138041 számú projekt az Innovációs és Technológiai Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a K pályázati program finanszírozásában valósult meg.



T.D.-ot a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj, valamint a Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-23-5 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapja támogatta.

#### 140. OBSKURUS VÉkonyBÉLVÉRZÉS RITKA ETIOLÓGIÁJA

Tóth Á.<sup>1</sup>, Varga P.<sup>1</sup>

1. Dél-budai Centrumkórház Szent Imre Egyetemi Oktatókórház- Gasztroenterológia Profil

**Introduction:** A XXI. század nagy vívmánya, hogy az obskurus gasztrointestinalis vérzések valamint endoszkópia számára nem látható vékonybél eltérések nem invazív módon megközelíthetővé váltak, a vékonybél kapszula endoszkópia segítségével. Az általunk prezentálni kívánt idős betegünk esetében ezzel a módszerrel sikerült megállapítani recidív transzfúziót igénylő gasztrointestinalis vérzés okát, valamint ezt követően életmentő műtét tervezésében is segített.

**Aims:** Esetünk egy 78 éves, -addig negatív belgyógyászati anamnézissel rendelkező- nőbeteg rendszeres hospitalizációt igénylő ellátását részletezi.

**Methods:** Betegünk első felvételére elhúzódo bizonytalan hasi fájdalom, laborvizsgálatokon észlelt transzfúziót igénylő microcytaer anaemia, képkalkotó és kolonoszkópos vizsgálattal észlelt flexura lienalis- colon descendens tumor miatt került sor, melyet sebészeti majd onkológiai kezelés követett. A bal oldali hemicolectomiát követő másfél évvel széklet vér pozitívitas igazolódott, melynek hátterében CT képkalkotó, valamint kolonoszkópos vizsgálat malignitást nem igazolt. Hat hónappal később - ismételt hospitalizáció során- kontroll hasi CT vizsgálat történt mely bal oldalon a csípőlapát magasságában a vastagbélben malignusnak imponáló eltérést jelzett, laborvizsgálatokon transzfúziót igénylő vérszegénységgel, makroszkópos vérzésre utaló jelek nélkül. Kolonoszkópos vizsgálata diverticulózist, valamint aranyeres csomókat igazolt, anaemiája transzfúzió hatására rendeződött, vérképét átmenetileg tartotta. A beteg kórházi emisszióját követően rövidesen ismételt hospitalizáció történt haematochesia valamint anaemizálódás miatt. Gasztroszkópos vizsgálat negatív eredményt adott, a közelmúltban végzett kolonoszkópia miatt a vizsgálat megismétlése nem volt indokolt.

**Results:** Tekintettel ismeretlen eredetű, transzfúziót igénylő gasztrointesztinális vérzésre, kapszula endoszkópia mellett döntöttünk, mely során a vékonybél középső részén lument szűkítő körkörös, kifehélyesedő, vérékeny szövetszaporulat látszott. Onkológiai Bizottság mihamarabbi műtétet indokált. Exploráció során a jejunoleális átmenet területén a hasfal és a bal csípőlapát felé infiltráló, egy jejunumkacsot is magára húzó tumoros vékonybél-konglomerátum vizualizálódott, vékonybél rezekció, adhéziólízis történt. A szövettani diagnózis vastagbél adenocarcinoma vékonybéltre terjedő áttétjét igazolta, melyet követően adjuváns kemoterápia indult a betegnél.

**Conclusion:** Konklúzió: A vastagbél daganatok extrém ritka vékonybélben megjelenő szekunder manifesztációjának azonosításában idős betegünk esetén a kapszula endoszkópos vizsgálat diagnosztikusnak bizonyult. Esetünk prezentálja ezen endoszkópos vizsgálat ritka, atípusos, mégis életet veszélyeztető kórképek azonosításban játszott kritikus szerepét.

#### 141. LÉPÉSRŐL LÉPÉSRE A HASI FÁJDALOM DIFFERENCIÁLDIAGNOSZTIKÁJÁBAN, VAGYIS MIT LÉPTÜNK MEG EGY LÉPINFARKTUS TALAJÁN KIALAKULT ABSCEDATIO DIAGNÓZISÁNAK FELÁLLÍTÁSA ÉRDEKÉBEN?

Tóth B.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Zemanek P.<sup>2</sup>, Koncz R.<sup>2</sup>, Csüllög P.<sup>2</sup>, Deák A.<sup>3</sup>

1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház Nyíregyházi Jósza András Tagkórház, I. Belgyógyászati Osztály; 2. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház Nyíregyházi Jósza András Tagkórház, Sebészeti Osztály; 3. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház Nyíregyházi Jósza András Tagkórház, Patológiai Osztály

**Introduction:** Gasztroenterológiai és általános belgyógyászati profillal egyaránt bíró kórházi osztály orvosaként napi rutinom szerves részének tekinthető a hasi fájdalmat panaszoló beteg komplex kivizsgálásának koordinálása, adekvát terápiában részesítése. Ezen feladat számtalan alkalommal tekinthető multidiszciplináris jellegűnek, hiszen valamennyi korrekten felállított diagnózis hátterében a társszakmák gördülékeny; precizitást megtestesítő együttműködése rejlik.

**Aims:** Esetbemutatásomon keresztül egy osztályos felvételekor vezető panaszként görcsös jellegű epigastriális fájdalmat és hányást megnevező beteg részletes kivizsgálását kívánom bemutatni, fokozott hangsúlyt helyezve a folyamat során fellépő, több diszciplínát is érintő potenciális differenciáldiagnosztikai nehézségekre.

**Methods:** A jelen esetben kezelt 74 éves nőbeteg látszólag enyhének tűnő, gastroenteritises jellegű panaszokkal, egy enyhe hypokalaemiát leszámítva számottevő kóros laboratóriumi paraméter eltérés nélkül került osztályos felvételre. A napi rutin részét képező hasi ultrahang vizsgálat leletét áttekintve már találkozhattunk olyan eltérésekkel, melyek magyarázatot adhattak a beteg panaszaira. Viszont ekkor korántsem jelenthettük ki, hogy nyugodtan hátradőlhetünk, mert elértük a célunkat. A részletekbe menő kivizsgálás, terápiás módosítások, valamint az igazi team-munka kibontakozása csak ezután vette kezdetét. Nem feledkezhettünk meg az endoscopos vizsgálatokról sem. Viszont még ezeken túlesve sem tehetünk olyan kijelentést, hogy egy teljes mértékben komplettált munkát hagytunk magunk mögött. A beteg persistáló hasi panaszai, a progrediáló proinflammatoricus marker értékek már egy újabb vizsgálat előszobáját jelentették- mégpedig a hasi CT vizsgálatát. Az itt látott eredmény pedig magáért beszélt.

**Results:** A diagnózis felállításában kulcsfontosságú szerepe a hasi CT vizsgálatnak volt, hiszen ennek során ábrázolódott azon patológiás léplaesio, mely a beteg hasi panaszainak döntő részéért és a progrediáló proinflammatoricus markerekért volt felelős. Ezen elváltozást nagy valószínűséggel lépabscessusnak tartották. Az újabb lépéshez szükség volt egy jó effektussal kivitelezett antibiotikus terápiára is. A következő beavatkozásra- a splenectomiára- csak ezután lehetett sort keríteni. Ennek során már szinte automatikusan egy következő kérdés is felvetődött bennünk: mi vezethetett egy colliquálódott léphaematomához? A válasz természetesen a szövettani lelet mögött rejtett: lépinfarktusz talaján alakult ki az abscedatioval járó folyamat.

**Conclusion:** Gyakorló orvosként a klinikum valamennyi területén, valamennyi betegcsoportnál elengedhetetlen a részletekbe menő, precíz differenciáldiagnosztika. A fent bemutatott eset fokozottan támasztja alá azt, hogy hasi panaszok esetében -azok diverzitása miatt- rendkívüli jelentőség tulajdonítható annak, hogy a különféle



vizsgálatok- képzőanyag, endoscopia- megfelelő időben, jól strukturáltan kerüljenek kivitelezésre.

#### 142. NUTRITIONAL STATUS OF ACUTE PANCREATITIS PATIENTS

Vámosy K.<sup>1</sup>, Zahariev O.<sup>1,2</sup>, Budai B.<sup>1,2</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi J.<sup>1,2</sup>, Petlickij F.<sup>1</sup>, Tarián D.<sup>1,2</sup>, Fürst E.<sup>1,2</sup>, Bánfalvi Z.<sup>1</sup>, Barna B.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Tari E.<sup>1,2</sup>, Tóth L.<sup>1,2</sup>, Eperjesi O.<sup>1,2,5</sup>, Sahin P.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Department of Cardiology, Toldy Ferenc Hospital, Cegléd, Hungary; 6. Hungarian Society of Clinical Nutrition, Budapest, Hungary

**Introduction:** Malnutrition has been shown to worsen the course and outcome of many diseases. However, the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), an internationally accepted nutritional score, has not been widely studied in acute pancreatitis, despite the known fact that the dietary habits of patients with pancreatitis of different etiologies vary.

**Aims:** Our objective was to examine the MUST score in pancreatitis.

**Methods:** All patients were assessed for MUST on admission at Semmelweis University Institute of Pancreatic Diseases between 04.10.2021 and 21.02.2024. The MUST score was compared with the etiology and outcome of the disease.

**Results:** Of the 1148 patients admitted to the unit 994 patients had complete data on MUST score and severity and 992 patients had data on etiology. Most patients were at low risk of malnutrition (MUST 0) 76,3% (n=760), 10,7% (n=107) had a moderate risk (MUST 1) and 12,9% (n=129) had a high risk (MUST score greater than 1). In patients with a MUST score over two alcoholic etiology was the most common (44,4%), while in patients at low risk of malnutrition biliary etiology was predominant (51,3%). Overweight and obese patients (BMI 25+) typically had biliary AP (47,9%, 61,3%), while normal and underweight patients most often had alcoholic AP (46,4%, 41,3%). The largest proportion of obese patients (BMI 30+) were seen in hypertriglyceridemic AP (72,2%) compared to other etiologies. The proportion of non-mild AP severity was similar in patients with MUST scores of 0, 1, and 2 (32,7%, 35,5%, and 30,1%, respectively), rising to 50% in patients with MUST scores over two. The largest proportion of severe cases (19,4%) was seen in patients with MUST scores over two.

**Conclusion:** Patients with higher BMI and lower malnutrition risk tend to have more often biliary etiology, while higher MUST score and lower BMI is characteristic of alcoholic AP. Malnutrition is a risk factor for severe AP.

#### 143. METABOLIC DYSFUNCTION-ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE AND THE DISEASE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS: POST HOC ANALYSIS OF A PROSPECTIVELY COLLECTED INTERNATIONAL REGISTRY

Váncsa S.<sup>1,2,3</sup>, Sipos Z.<sup>1,4</sup>, Váradi A.<sup>1,5,6</sup>, Nagy R.<sup>1,2,7</sup>, Ocskay K.<sup>1,7</sup>, Juhász F.<sup>1,7</sup>, Márta K.<sup>2,3</sup>, Teutsch B.<sup>1,2</sup>, Mikó A.<sup>1,8</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Vincze Á.<sup>9</sup>, Izbéki F.<sup>10</sup>, Czakó L.<sup>11</sup>, Papp M.<sup>12</sup>, Hamvas J.<sup>13</sup>, Varga M.<sup>14</sup>, Török I.<sup>15</sup>, Mickevicius A.<sup>16,17</sup>, Eröss B.<sup>1,2,3</sup>, Párniczky A.<sup>1,2,7</sup>, Szentesi A.<sup>1,18</sup>, Pár G.<sup>1,9</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,18</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Institute of Bioanalysis, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 5. Department of Metagenomics, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 6. Department of Laboratory Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 7. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 8. Department of Medical Genetics, Medical School, University of Pécs; 9. Division of Gastroenterology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 10. Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 11. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 12. Department of Gastroenterology, Institute of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen, Debrecen, Hungary; 13. Peterfy Hospital, Budapest, Hungary; 14. Department of Gastroenterology, BMKK Dr. Réthy Pál Hospital, Békéscsaba, Hungary; 15. County Emergency Clinical Hospital of Targu Mures - Gastroenterology and George Emil Palade University of Medicine, Pharmacy, Science and Technology of Targu Mures, Romania; 16. Vilnius University Hospital Santaros Clinics, Vilnius, Lithuania; 17. Clinics of Abdominal Surgery, Nephrology and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius, Lithuania; 18. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** The aim of the study was to evaluate the newly introduced metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease (MASLD) on the disease course of acute pancreatitis (AP).

**Methods:** Our patient cohort was selected from the multicentric, prospective International Acute Pancreatitis Registry maintained by the Hungarian Pancreatic Study Group. We then conducted comparisons between acute pancreatitis patients, both with and without MASLD, as well as analyzed the separate components of MASLD in relation to in-hospital mortality and the severity of acute pancreatitis as defined by the revised Atlanta classification. Finally, using multivariate logistic regression analysis, we determined odds ratios (ORs) accompanied by 95% confidence intervals (CIs).

**Results:** Our study revealed that among patients with acute pancreatitis (AP), 39% were diagnosed with MASLD, identified as an independent risk factor for increased AP severity. MASLD presence correlated with elevated risks for moderate to severe AP (MSAP) and severe AP (SAP), with ORs demonstrating a dose-dependent risk increase alongside the number of MASLD diagnostic criteria met: MSAP (OR=1.23, CI: 0.88-1.70 for one criterion, OR=1.38, CI: 0.93-2.04 for two, and OR=3.04, CI: 1.63-5.70 for three) and SAP (OR=1.13, CI: 0.54-2.27 for one criterion, OR=2.08, CI: 0.97-4.35 for two, and OR=4.76, CI: 1.50-15.4 for three). Importantly, the MASLD effect on AP severity was significantly stronger in patients younger than 60, those without alcohol abuse, and with diagnoses based on abdominal ultrasound, particularly increasing the odds of MSAP (OR=1.61, CI: 1.19-2.18) and SAP (OR=1.97, CI: 1.04-3.82). Despite these associations, MASLD did not significantly affect the odds of in-hospital mortality.

**Conclusion:** These findings highlight the critical need to consider MASLD in the clinical assessment and

management of AP patients to identify those at elevated risk for severe complications.

**Keywords:** Comorbidities, Alcohol abuse, Diagnostic criteria, Abdominal ultrasound, In-hospital mortality, Risk factors, Clinical assessment, Management strategies

#### 144. UNSUCCESSFUL PRIMARY BILIARY CANNULATIONS IN 2023 AT OUR DEPARTMENT WITH OVER 1000 ERCPS. EXPERIENCES WITH THE FURTHER MANAGEMENT

Varga Á.<sup>1</sup>, Andrási P.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Cselle S.<sup>1</sup>, Garami T.<sup>1</sup>, Kovács R.<sup>1</sup>, Szvatek A.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológia

**Introduction:** Our department is a tertiary referral center with a high annual number of ERCPS. The rate of successful primary cannulation is an important quality performance measure.

**Aims:** We retrospectively analysed and followed up the patients until biliary drainage in whom the cannulation of the bile duct was not successful at the first ERCP in 2023.

**Methods & results:** In 2023 we performed 1007 ERCP. In 98 cases, that means 82 patients, the biliary cannulation was unsuccessful at first ERCP attempts. The mean age of these patients was 69 years, 57% of them were female, 43% male. The cause of failure were: In 21 patients the papilla could not be reached due to duodenal stenosis caused by pancreatic/duodenal malignant tumors. Other causes were: duodenal edema in 9, periampullary diverticula in 12, papillary pathology in 9, anatomical reasons in 7 cases. In 24 patients the endoscopist did not mention any specific cause. The second biliary drainage attempt proved to be successful in 52 of 82 patients, 41 by second ERCP, 9 by percutaneous route (PTD), 1-1 by surgery and by endoscopic ultrasound-guided biliary drainage (EUS-BD). Regarding the remaining 30 patients 3 died before second attempt could be performed, in 2-2 patients' poor performance status precluded further interventions or they denied it, in 7 cases the former indication of biliary drainage resolved spontaneously. In 15 cases the second ERCP, in 1 patient the PTD failed. These latter 16 patients remained unsolved for the third attempt. In 2 cases the drainage resolved spontaneously, in 7 patients third ERCP was successful, in 2-2 patients PTD and surgery, in 1 case EUS-BD provided biliary drainage. In 2 patients the third ERCP attempt failed, as well. They were drained percutaneously later on.

**Conclusion:** Our department fulfils the international quality performance measures. In majority of cases the biliary cannulation/biliary drainage was possible by use of ERCP. In addition, EUS-BD, PTD and surgery could help to solve the problem.

#### 145. THE STORE-INDEPENDENT ACTIVATION OF STIM1/ORAI1 COMPLEX REGULATES CFTR ACTIVITY IN SECRETORY EPITHELIAL CELLS

Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Woo Young C.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susuánszki P.<sup>1,2</sup>, Varga D.<sup>5</sup>, Bíró P.<sup>5</sup>, Sendstad I.<sup>1,2,3</sup>, Crul T.<sup>1,2,3</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,3</sup>, Tél B.<sup>7</sup>, Balázs A.<sup>7</sup>, Lázár G.<sup>8</sup>, Erdélyi M.<sup>5</sup>, Mualllem S.<sup>4</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. First Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. ELKH-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 4. National Institute of Dental and

Craniofacial Research, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA; 5. Department of Optics and Quantum Electronics, Faculty of Science and Informatics, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. First Department of Pediatrics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Department of Pediatric Pulmonology, Immunology and Intensive Care Medicine, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany; 8. Department of Surgery, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) determines the composition of bodily fluids secreted by epithelial cells. For CFTR activation the cAMP/PKA signaling is crucial. However, several studies suggest that the intracellular Ca<sup>2+</sup> signaling, which strongly depends on the store operated Ca<sup>2+</sup> entry (SOCE) in epithelial cells, is also able to alter the activity of CFTR through an unknown mechanism.

**Aims:** Therefore, we aimed to clarify the molecular background of Ca<sup>2+</sup> signaling-dependent CFTR regulation in primary, polarized epithelial cells.

**Methods:** Mouse and human pancreas, liver and airway organoid cultures and isolated pancreatic ductal fragments were used for RNA-Seq, immunostaining and fluorescent Cl<sup>-</sup> and Ca<sup>2+</sup> measurements. Protein-protein interactions were investigated by direct stochastic optical reconstruction microscopy (dSTORM) and fluorescent lifetime imaging (FLIM) microscopy. Pancreatic fluid secretion was investigated by the administration of a specific Orai1 inhibitor in *in vitro* and *in vivo* experimental setups.

**Results:** We demonstrated that the plasma membrane (PM) Ca<sup>2+</sup> entry channel Orai1, which is activated during SOCE, mediates constitutively active extracellular Ca<sup>2+</sup> entry in primary polarized epithelial cells. This store independent activity is maintained by Secretory Pathway Ca<sup>2+</sup>-ATPase 2 (SPCA2), which increases the STIM1-Orai1 interaction frequency and Orai1 current in unstimulated cells. We found that Orai1 is co-expressed with CFTR in nanodomains of the apical PM and determines the activity of CFTR in epithelial cells. Accordingly, pharmacological inhibition of ORAI significantly reduced pancreatic fluid secretion both *in vitro* and *in vivo*. Finally, we demonstrated that the regulation of CFTR by Orai1 involved Ca<sup>2+</sup>/Calmodulin stimulated AC1, 3 and 8, which are located in the same protein nanodomain accompanied by CFTR and Orai1.

**Conclusion:** Our results suggest that the SPCA2 regulated, store-independent extracellular Ca<sup>2+</sup> influx via Orai1 determines the activity CFTR in polarized epithelia, which is a novel form of regulation with major physiological relevance.

#### 146. GASTROINTESTINALIS MASTOCYTOSIS.

Várkonyi J.<sup>1</sup>, Szepesi Á.<sup>2</sup>, Sági M.<sup>2</sup>, Barna G.<sup>2</sup>, Kovalszky I.<sup>2</sup>, Tímár B.<sup>2</sup>, Szakonyi J.<sup>3</sup>, Nagy E.<sup>4</sup>, Vásárhelyi B.<sup>4</sup>, Masszi T.<sup>1</sup>, Mihály E.<sup>1</sup>

1. Belgyógyászati és Hematológiai Klinika, Semmelweis Egyetem; 2. I.sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Semmelweis Egyetem; 3. Bőr, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem; 4. Laboratóriumi Medicina Intézet, Semmelweis Egyetem

A mastocytosis ritka megbetegedés: hozzávetőlegesen évente egy új eset kerül felismerésre százezer lakósról vonatkoztatva

A betegség felismerése viszonylag egyszerű, ha bőrfelületen is kíséri, máskor a mastocytosis aktivációs tünetek megjelenése hívja fel a figyelmet a betegségre. A tünetek szerteágazóak lehetnek több szerv érintettség miatt és egyénenként változhatnak. Gyakran allergiás betegségekkel vélelmezik. A

rohamokban jelentkező flush, ájulás, fejfájás, gyomorégés mellett jellemző tünet a vizes hasmenés, mely az élet minőségét nagyban rontja. Mászor rovarcsípés/darázscsípés anaphylaxia, mely életet veszélyeztető állapot is lehet megfelelő azonnali beavatkozás nélkül, kelti fel a betegség gyanúját.

Jelen eset ismertetésével hívjuk fel a figyelmet arra, hogy a nem infektív eredetű, vizes hasmenés kivizsgálása során végzett vastagbél tükrözés során, normál macroscopos kép ellenére az épnek látszó bélből származó minta hisztológia vizsgálata igazolhatja végül a kóros hízósejt szaporulatot.

Ezzel az esettel hívjuk fel a figyelmet a negatív macroscopos kép ellenére történő mintavétel jelentőségére mastocytosis esetében.

#### 147. QUALITY ASSESSMENT OF PATHOLOGICAL EXAMINATION DURING THE FIRST YEAR OF THE HUNGARIAN POPULATION-BASED COLORECTAL CANCER SCREENING PROGRAMME AT THE UNIVERSITY OF SZEGED

Vasas B.<sup>1</sup>, Hatala D.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>2</sup>, Bősze Z.<sup>2</sup>, Tiszlavicz L.<sup>1</sup>, Sejben A.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>2</sup>, Bacsur P.<sup>2</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Farkas K.<sup>2</sup>, Molnár T.<sup>2</sup>, Szepes Z.<sup>2</sup>, Bor R.<sup>2</sup>

1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Pathology, Szeged, Hungary; 2. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Clinical Center, Department of Internal Medicine, Center for Gastroenterology, Szeged, Hungary

**Introduction:** The importance of pathological examination in colorectal cancer screening programme is essential, as the reliability and accuracy of histological diagnosis determines the further management of patients. However, there is a paucity of data regarding adherence to international guidelines on pathological quality indicators within our country.

**Aims:** The aim of our study was to assess the quality of histological examinations performed during the first year of the population-based colorectal cancer screening programme at the University of Szeged in a non-interventional, single-center, retrospective cohort study.

**Methods:** We investigated the histological characteristics (type, grade) of polyps removed during both index and completion colonoscopies, as well as assessed the quality of pathological diagnosis (content and completeness of the findings, turnaround time).

**Results:** Of the 243 individuals who underwent screening colonoscopy (male 58.02%, mean age 62±6 years), a total of 466 polyps were detected in 157 individuals (polyp detection rate 64.61%). Of these, 457 polyps (98.07%) were removed endoscopically. Out of the total 359 polyps (78.56%), submitted for histopathological examination, which according to the request forms, 47.08% were whole polyps, 26.74% were polyp fragments, and 26.18% were polyps collected from the polyp trap. Adenoma was confirmed in 321 polyps from 127 patients (adenoma detection rate 52.26%), 67.13% of which were tubular and 18.66% tubulovillous, and in 91.90% of cases low-grade dysplasia was observed. Polyp carcinoma was found in 4 patients and advanced tumors in 4 others. The average turnaround time was 4±2 working days, with 90.97% of the findings was completed within 7 working days. In 92.76% of the findings, the criteria defined in the guidelines were included, the most common errors being the lack of information about the complete removal of adenomas and the lack of assessment of prognostic factors for polyp carcinomas.

**Conclusion:** The pathological quality indicators in the colorectal cancer screening programme met the main

requirements of international guidelines. However, notable shortcomings were observed in the evaluation of prognostic factors for polyp carcinomas.

#### 148. CARDIALIS STÁTUS, TÁPLÁLKOZÁSI KÉPESSÉG ÉS TÁPLÁLTSÁGI ÁLLAPOT, MINT LEHETSÉGES PROGNOZTIKUS PARAMÉTEREK NYELŐCSŐ TUMOROK ESETÉN

Vass T.<sup>1</sup>, Herczeg A.<sup>1</sup>, Kovacsics M.<sup>1</sup>, Dohy Z.<sup>2</sup>, Vágó H.<sup>2</sup>, Merkely B.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Drobní Z.<sup>2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika

**Introduction:** A nyelőcső tumoros betegek átlagos 5-éves túlélése világszerte nem éri el a 20 %-ot. A késői felfedezéskor észlelt előrehaladott tumorstádium miatt a betegek fele már a diagnózis felállításakor is csak palliatív kezelésre alkalmas. A primeren operabilis betegek 20-30%-a az elkezdett kezelés alatt bekövetkező tumorprogresszió vagy jelentős általános állapotromlás miatt nem kerül műtetre.

**Aims:** Célkitűzésünk volt a staging vizsgálatok során -a tumor stádium alapján- kurábilisnak ítélt betegek cardialis státusának, fizikális és tápláltsági állapotának felmérése és az adatok prognosztikus szereplének meghatározása.

**Methods:** Egy szélesebb körű kutatás pilot vizsgálatának keretében a Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika felső tápcsatornai ambulanciáján jelentkező 23 beteg fizikális állapot és tápláltságát, táplálkozási képességét mértük fel. A cardialis státust szív MRI vizsgálattal rögzítettük. A betegeket részben személyes megjelenés során, részben elektronikus úton vagy telefonos konzultációkkal követtük.

**Results:** 23 beteg közül 2-t megoperáltunk, 8 műtetre vár vagy még az onkológiai kezelése zajlik. 10 beteg tumoros progresszió vagy jelentős állapotromlás miatt műtetre nem volt alkalmas, 3 a megfigyelési idő alatt exitált. Az első megjelenés során a betegek 34,7%-a (n=8) szájon át már csak folyadékot tudott fogyasztani, 47,8%-uk (n=11) 10%-ot meghaladó fogyásra számolt be. Mindkét paraméter szoros összefüggést mutatott a túléléssel. A betegek 30,4%-a (n=7) enyhe (n=4) vagy közepes (n=3) fokban csökkent ejszaki frakcióval bírt. A jó bal kamra funkcióval rendelkezők 43,8%-ánál (n=7) csökkent volt a bal kamrai stroke volumen index, és mind a 16 betegnél csökkent bal kamrai izomtömeg volt regisztrálható.

**Conclusion:** A későn felfedezett, már súlyos dysphagiával járó betegekben kialakult tumoros cachexia, sarcopenia alapvetően határozza meg a betegség lefolyását. A fogyás és a táplálkozási nehezítettség mértéke jó prognosztikus paraméternek tűnik. A betegek közt mért cardialis státusromlás az általunk feltételezettnek is súlyosabb, és ez magyarázatul szolgálhat a rendkívül rossz prognózisra. Adatgyűjtésünk pilot vizsgálat keretében történt, ezért az alacsony elemszám miatt az eredmények torzulhattak.

#### 149. EFFECT OF ORKAMBI ON THE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS

Venglovecz V.<sup>1,2,9</sup>, Grassalkovich A.<sup>1,2,3</sup>, Tóth E.<sup>2,3,4</sup>, Ébert A.<sup>1</sup>, Gál E.<sup>1</sup>, Korsós M.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>3,5,6</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>7</sup>, Galla Z.<sup>8</sup>, Monostori P.<sup>8</sup>, Hegyi P.<sup>2,9,10,11</sup>

1. University of Szeged, Department of Pharmacology and Pharmacotherapy; 2. University of Szeged, Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation; 3. University of Szeged, Department of Medicine; 4. University of Debrecen, Department of Health Sciences, Department of

Theoretical and Integrative Health Sciences; 5. University of Szeged, HCEMM–SZTE Molecular Gastroenterology Research Group; 6. University of Szeged, ELKH–USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group; 7. University of Szeged, Department of Pathophysiology; 8. University of Szeged, Metabolic and Newborn Screening Laboratory, Department of Paediatrics; 9. University of Pécs, Institute for Translational Medicine, Medical School; 10. Semmelweis University, Centre for Translational Medicine; 11. Semmelweis University, Institute for Pancreatic Disorders

**Introduction:** Heavy alcohol intake is one of the most common causes of acute pancreatitis (AP). We have previously shown that ethanol (EtOH) decreases the expression and activity of the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) which plays a key role in alcohol-induced AP development. Orkambi (Ivacaftor and Lumacaftor) is available to correct the impaired CFTR function and expression in cystic fibrosis patients.

**Aims:** Our aim in this study was to investigate whether Orkambi could be also beneficial in pancreatitis.

**Methods:** Intact guinea pig pancreatic ducts (PDs) were treated with different concentrations of EtOH (30; 50; 100 mM) alone and in combination with Ivacaftor and/or Lumacaftor (1; 3; 5 and 10  $\mu$ M) for 3, 7, 9 and 12 hours and CFTR expression and activity were evaluated by immunostaining and patch clamp, respectively. Experimental AP was induced in Orkambi-treated guinea pigs and standard laboratory and histological parameters were measured.

**Results:** Ivacaftor (10  $\mu$ M) and Lumacaftor (10  $\mu$ M) alone or in combination dose-dependently restored the localization and activity of the EtOH-damaged CFTR channel, during 12 hours of treatment. Oral administration of Orkambi decreased the severity of EtOH-induced pancreatitis. We showed for the first time that Ivacaftor and Lumacaftor are able to restore the CFTR defect caused by alcohol and decreases the severity of pancreatitis.

**Conclusion:** These results indicate that Orkambi may represent a novel therapeutic option in the treatment of AP. The research was funded by the National Research, Development and Innovation Office (SNN134497 to VV, K135874 to ZR and K131996 to PH) and the Translational Medicine Foundation.

#### 150. COELIAKIÁS BETEGEK MEDITERRÁN DIÉTA ADHERENCIÁJA. PROSPEKTÍV, MULTICENTRIKUS VIZSGÁLAT (ARCTIC STUDY) EREDMÉNYEI

Vereczkei Z.<sup>1</sup>, Fülöp P.<sup>2</sup>, Lada S.<sup>3</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Füstös D.<sup>4</sup>, Peresztegi M.<sup>5</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>

1. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 2. Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 3. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika; 4. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 5. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar

**Bevezetés:** A coeliakia egy, a gluténfehérjék által előidézett, immunmediált szisztémás betegség, amely a populáció 1%-át érinti. A betegség, illetve a kezelésére szolgáló gluténmentes étrend kardiovaszkuláris és metabolikus hatásai ellentmondásosak. A jelenlegi irányelvek alapján a mediterrán étrend a legalkalmasabb a kardiovaszkuláris és metabolikus betegségek kockázatának csökkentésére, mind az elsődleges, mind a másodlagos prevenciót tekintve. Az

optimális gluténmentes étrend a mediterrán diéta alapjaira épül.

**Célkitűzés:** A legalább 1 éve gluténmentes étrendet követő coeliakiás betegek testösszetételének és mediterrán diéta adherenciájának felmérése.

**Módszerek:** A testösszetétel mérést InBody 770 készülékkel végeztük, a mediterrán diéta adherenciát 14 pontos kérdőívvel vizsgáltuk. Az adatokat leíró statisztika segítségével elemeztük, illetve az egyes mutatók közötti összefüggések vizsgálatára Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztunk, az eredményeket átlag±szórás formájában fejeztük ki.

**Eredmények:** Vizsgálatunkban 105 coeliakiás beteg (84 nő, 21 férfi, átlagéletkoruk 36±13 év) vett részt. A testösszetételüket tekintve az átlag testtömeg 68±17 kg, a BMI 23,9±5,5 kg/m<sup>2</sup>, a derék-csípő hányados 0,89±0,07, a testzsír százalék 27±10 %, az vázizom tömeg 27±7 kg, a viscerális zsír terület 89±50 cm<sup>2</sup> volt. A gluténmentes étrendet tartó coeliakiás betegek mediterrán diéta adherenciája alacsonynak bizonyult (5,44±1,54 pont), melynek okai a kevés teljes kiőrlésű gabonaféle (34,3%), hal (22,9%), avokádó (13,4%) és étkezéshez kötött vörösbor (29,5%) fogyasztására vezethetőek vissza.

**Következtetések:** Annak ellenére, hogy a testösszetétel paraméterek és az adherencia mértéke között nem mutatkozott összefüggés, a coeliakiás betegek emelkedett derék-csípő hányadossal és viscerális zsír területtel rendelkeznek, továbbá elégtelen mennyiségű a rost, hal és vörösbor fogyasztásuk. Adataink alapján a gluténmentes étrend megtartása mellett a rostfogyasztás növelése és a mediterrán diéta betartása szükséges a kardiovaszkuláris és metabolikus szövődmények megelőzésében, amelyre a betegkövetés során kell felhívni a figyelmet.

**Funding:** ÚNKP-23-3-II-PTE-1855

#### 151. ENDOLUMINÁLIS VÁKUUM TERÁPIA - „ENDOSPONGE” ELŐNYEI ÉS KORLATAI SAJÁT ESETEINK KAPCSÁN

Virányi Z.<sup>1</sup>, Bartók Á.<sup>2</sup>, Budai A.<sup>1</sup>, Novák P.<sup>1</sup>, Rényi T.<sup>1</sup>, Mohácsi S.<sup>1</sup>, Csőke D.<sup>1</sup>, Vajda K.<sup>2</sup>, Sikorszki L.<sup>2</sup>, Dubravcsik Z.<sup>1</sup>

1. 1- Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Gasztroenterológia; 2. 2- Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház, Sebészet

**Introduction:** A negatív nyomású sebkezelést először az 1990-es években írták le. Az ezredfordulót követően a testüregi endoluminalis vákuumterápia (pl. EndoSponge) is bevezetésre került. A rectum tumor miatt végzett mély resectiók egyik legsúlyosabb szövődménye az anastomosis insuffitientia, amely akár a műtött betegek 15-25%-át is érintheti. Ez jelentősen megnöveli a postoperatív morbiditást, a kórházi tartózkodás hosszát, az egészségügyi ellátás költségét, valamint a végleges stomák számát. Az varratelégtelenség terápiajában az EndoSponge kezelés egy új alternatívát jelent.

**Methods:** A Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórházban 2022-ben került bevezetésre az EndoSponge kezelés. 2022 és 2023-ban 192 rectum resectióból 95 esetben történt mély resectio, amelyek közül 14 esetben (14,7%) észlelték szignifikáns varratelégtelenséget. Közülük hét esetben végeztünk EndoSponge kezelést.

**Results:** A primer műtétet követően az első EndoSponge kezelés átlagosan 11 nap (5-20 nap) múlva történt. A kezeléseket között eltelt intervallum, az ajánlásokban szereplő, 3-4 nap volt. Az osztályunkon kezelt betegeknél átlagosan 6 darab (4-10 darab) sponge beültetése történt. A megkezdett kezelési sort 3 esetben szakítottuk meg –

egy esetben vérzés, egy esetben rectovesicalis fistula és egy esetben nem a sponge kezeléssel összefüggő halálozás miatt. Az EndoSponge kezelés szövődménye két esetben anastomosis szűkület, egy esetben vérzés volt. A kialakult szűkületek miatt ballonos tágitásra került sor 50%-os siker rátával. Betegeinknél hétből öt esetben (71,4 %) történt stomazárás. A stomazárást követően a betegeknek tartósan jó anális sphincterfunciót észleltünk.

**Conclusion:** Metaanalízisek alapján az endoluminalis vákuum terápia minimálinvazív, biztonságos és hatékony, azonban összehasonlító klinikai vizsgálatok hiányában megítélése továbbra sem egyértelműen. Az általunk végzett kezelések hatékonysága valamint a szövődmények és azok aránya a nemzetközi adatokhoz hasonló.

## 152. AZ OTSC KLIPP ALKALMAZÁSÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Völgyi Z.<sup>1</sup>, Fischer T.<sup>1</sup>, Gasztonyi B.<sup>1</sup>, Herr G.<sup>1</sup>, Bujtor Z.<sup>1</sup>

1. Zala Vármegyei Szent Rafael Kórház, II. Belgyógyászati Osztály

A biokompatibilis nikkell ötvözetből készült OSTC klipp a hagyományos endoklippeknél nagyobb erővel képes szélesebb kiterjedésű szövetet összehúzni a gastrointestinalis rendszerben. Ezen előnyt két fő területen lehet elsősorban kihasználni, a vérzéseknél és a perforációknál, egyúttal a beteget megóvva a nagyobb műtéti morbiditástól és mortalitástól.

A szerzők 2019 óta alkalmazzák Endoscopos Laborukban az eljárást, és az eddigi, elsősorban pozitív tapasztalataikról számolnak be 11 eset kapcsán. Ezek közül 6 esetben alkalmazták polypectomia után, melyek során vélt vagy valós perforációt gyógyítottak, műtetre a beavatkozást követően egyetlen alkalommal sem volt szükség. Egy alkalommal nyelőcső perforatio zárására kívánták alkalmazni, mely azonban sikertelennek bizonyult. Ezt követően öntáguló fémstentet helyeztek be, melyet migráció kivédésére speciális mini-OTSC klippel, Stentfix-szel rögzítettek. Két esetben fistulazárás képezte az indikációt, melyek közül az egyik fistula gastrectomiát követően lépett fel, a másik esetben, a hólyagtumoros betegben rectovesicalis lokalizációjú volt. További 2 esetben felső és alsó gastrointestinalis vérzés ellátása során alkalmazták sikeresen.

A szerzők, bár nem nagy beteganyagról van szó, önkritikusan beszélnek eseteikről, képi dokumentációval illusztrálva azokat. Megállapítják, hogy bár viszonylag régóta hozzáférhető technikáról van szó, mégis talán indokolatlanul ritkán nyúlnak hozzá. Főleg vérzéseknél, rizikós polypectomiáknál illetve fistula zárásakor biztatnak a klipp használatára, bár utóbbi során krónikus, heges állapot esetén technikailag nehezebb kivitelezni a beavatkozást. Itt speciális tartozékok (horgony, kétágú fogó) állnak rendelkezésre a sikeres technikai kivitelezés érdekében.

A jövőben – több hazai munkahelyhez hasonlóan - szeretnék az OTSC-ből kifejlődött FTRD technikát is bevezetni osztályukon, abból a célból, hogy betegeiket még inkább megkímélik a műtéti megterheléstől.

## 153. A ZSÍRSÁV AMID HIDROLÁZ (FAAH) GÁTLÁSA SÚLYOSBÍJTJA AZ INDOMETHACIN ÁLTAL KIVÁLTOTT ENTEROPÁTIÁT EGEREKBE

Wachtl G.<sup>1</sup>, Haghghi A.<sup>1</sup>, Demeter Z.<sup>1</sup>, Erdélyi Z.<sup>1</sup>, Lengyel L.<sup>1</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet

**Bevezetés:** A nem-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) a leggyakrabban használt gyógyszerek közé tartoznak a fájdalom, a gyulladás és a láz csillapítására. Krónikus alkalmazásuk azonban az elsősorban a disztális vékonybélben bekövetkező károsodás, az úgynevezett enteropátia kialakulásával hozható összefüggésbe, amely állapot kezelésére, illetve megelőzésére jelenleg nem ismerünk bizonyítottan hatékony megoldást. Bár számos állatokon végzett vizsgálat megállapította, hogy az NSAID-ok által kiváltott gyomorkárosodás megelőzhető az endokannabinoid-rendszer aktiválásával, például a zsírsavamid-hidroláz (FAAH) gátlásával és az anandamid (N-arachidonylethanolamin, AEA) szintjének emelésével, az endokannabinoidok NSAID-enteropátiára gyakorolt hatásáról kevés ismerettel rendelkezünk.

**Célkitűzés:** A FAAH enzim URB597-el történő gátlásának hatása az NSAID által kiváltott enteropátia állatmodelljére.

**Módszerek:** Az NSAID-enteropátia kiváltásához indomethacint (30 mg/kg) alkalmaztunk C57BL/6 egerekben, a szövetek begyűjtését 24 órával később végeztük el. Az URB597-et (0,5 és 5 mg/kg) vagy hordozóját (1% hidroxietil-cellulóz) összesen 3 alkalommal adtuk be (2 órával az indomethacin előtt, 6 órával utána, valamint 2 órával az állatok terminálása előtt). A bélsérülést makroszkópos vizsgálattal és különböző gyulladásos mediátorok expressziós szintjének mérésével értékeltük.

**Eredmények:** Az indomethacin kezelés enteropátiát eredményezett, amelyet a vékonybél rövidülése és a vizsgált gyulladásos mediátorok (COX2, MPO, PTX3) fokozott fehérje expressziója jellemzett, továbbá az NSAID alkalmazására válaszul a FAAH és CB1 endokannabinoid receptor mRNS szintjének csökkenése volt megfigyelhető. Az URB597-kezelés önmagában nem volt hatással egyik mért paraméterre sem, az indomethacin károsító hatását azonban dóziszfüggő módon súlyosbította.

**Következtetés:** Annak ellenére, hogy az irodalmi adatok azt sugallják, hogy a FAAH enzim URB597 általi gátlása enyhítheti az NSAID-indukált gyomorgyulladást, az eredményeink a vékonybélben épp ellenkező hatásra utalnak. Annak megállapítása, hogy ez az URB597 „off-target”, azaz az AEA szintjének emelésétől független hatásainak, vagy az AEA által indukált és a CB-receptorok által közvetített hatásoknak köszönhető, további vizsgálatokat igényel. Támogatás: NKFI FK 138842

## 154. RISK FACTORS FOR POST-ACUTE PANCREATITIS DIABETES MELLITUS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Zahariev O.<sup>1,2,3</sup>, Bunduc S.<sup>1,4</sup>, Kovács A.<sup>1,5</sup>, Demeter D.<sup>1,6</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Budai B.<sup>1,2</sup>, Veres D.<sup>1,7</sup>, Hosszúfalusi N.<sup>1,5</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Teutsch B.<sup>1,3</sup>, Juhász M.<sup>3,8</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,9</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 5. Department of Internal Medicine and Hematology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Dietetic Services, Central Hospital of Northern Pest - Military Hospital, Budapest, Hungary; 7. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 9. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Approximately 40% of patients develop diabetes mellitus (DM) after acute pancreatitis (AP). Even a single episode of mild AP confers a two-fold increase in DM risk compared to the general population. Nonetheless, information on risk factors is limited.

**Aims:** We aimed to identify risk factors for developing PD or DM following AP.

**Methods:** We conducted a systematic search of three databases up until September 4, 2023, to get direct, within-study comparisons of risk factors on the incidence of PD and DM in patients with AP. If it was not possible to distinguish the PD and DM incidence rates, we presented it as a composite outcome: PD/DM. The random-effects model was used in the meta-analysis to compute pooled odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI).

**Results:** The 61 eligible studies reported on 79 risk factors. The meta-analysis included 50 studies, 76,797 participants and 34 risk factor and outcome pairs. We found that the odds of developing DM was significantly higher if the AP was severe or moderately severe (OR: 2.11; CI: 1.30–3.41), the etiology was alcoholic (OR: 1.82; CI: 1.09–3.04), organ failure occurred (OR: 3.19; CI: 0.55–18.64), the patient had recurrent AP (OR: 1.89; CI: 0.95–3.77), liver cirrhosis (OR: 2.48; CI: 0.18–34.25), chronic kidney disease (OR: 2.10; CI: 1.85–2.38), dyslipidemia (OR: 1.82; CI: 0.68–4.84) or was obese (OR: 1.85; CI: 1.43–2.38). A higher probability of developing PD/DM was linked to severe and moderately severe AP (OR: 4.32; CI: 1.76–10.60), pancreatic necrosis (OR: 5.53; CI: 1.59–19.21) and hypertriglyceridemic AP etiology (OR: 3.27; CI: 0.17–63.91).

**Conclusion:** A number of factors increase the risk of developing PD or DM following AP, including severe and moderately severe AP, alcoholic and hypertriglyceridemic etiologies, pancreatic necrosis, organ failure, recurrent acute pancreatitis and comorbidities of obesity, chronic kidney disease, liver disease, and dyslipidemia.

#### 155. TREATMENT OF COLO-RECTAL ANASTOMOSIS STRICTURE WITH A NEW SURGICAL-ENDOSCOPIC RENDEZ-VOUS TECHNIQUE

Zaránd A.<sup>1,4</sup>, György A.<sup>1</sup>, Vadinszky P.<sup>1</sup>, Bári A.<sup>1</sup>, Szőnyi M.<sup>2</sup>, Sovány I.<sup>2</sup>, Boga A.<sup>3</sup>, Katona M.<sup>2</sup>

1. Department of Surgery, St John's Central Hospital; 2. Department of Gastroenterology, St John's Central Hospital; 3. Department of Anesthesiology and Intensive Therapy, St John's Central Hospital; 4. Department of Surgery, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** anastomotic stricture may occur in 3-30% after resections for rectal tumors, despite careful surgical techniques. The most common causative factors include, among others, the post-irradiation state, straining anastomosis, suture failure, intestinal blood supply disorder and smoking. Several options may be available to eliminate the narrowed anastomosis depending on the extent and localization of the stricture. Beside balloon dilation, the use of a self-expanding metal stent, transanal surgical techniques and surgical resection, the surgical re-anastomosis technique with endoscopic rendez-vous technique can be an excellent alternative. We would like to present this by 2 cases.

**Case 1.** Laparoscopic rectal resection was performed in a 63-year-old female patient due to a middle third rectal cancer. In the postoperative period, because of the anastomosis insufficiency, a transverse ostomy was placed using laparoscopic technique. A short segment of anastomotic stenosis was detected 1 year after the primary

surgery. Staging examinations didn't show local recurrence or distant metastasis. A re-anastomosis was made by circular stapler using rendez-vous technique. After 2 month the ostomy was closed and the patient is free of complains ever since.

**Case 2.** A 81-year-old female patient was operated by TaTME surgery after neoadjuvant therapy due to a lower third rectal cancer. A protective transversostomy was also placed to protect the anastomosis. 1 year after the primary surgery, anastomosis stricture was found. After negative staging examinations we also performed re-anastomosis using rendez-vous technique. Due to peritonitis we were forced to reoperate her, during which we found a perforation of the descending colon. The previous ostomy was closed, and the perforated segment was resected according to Hartmann procedure. The patient cured, but the ostomy was not closed yet.

**Conclusion:** the surgical re-anastomosis technique with endoscopic assistance can be effectively used for the treatment of colorectal anastomotic stricture in selected patients. Conditions for using this method are the presence of a protective biluminal colostomy, the absence of tumor recurrence, and a thin, ring-formed, mobile stenosis. After the formation of a new anastomosis, the biluminal stoma can be closed after 4-6 weeks. Close cooperation between the surgeon and the gastroenterologist is essential for the feasibility of the rendez-vous technique.

## SZERZŐK NÉVSORA AZ ABSZTRAKT SORSZÁM MEGJELÖLÉSÉVEL / AUTHORS

- A**  
 Abonyi-Tóth Z. 43, 97  
 Abu-El-Haija M. 124  
 András P. 104, 144, 72  
 Andrea S. 97  
 Angyal D. 45, 7  
 Angyal M. 1<sup>\*</sup>  
 Antal-Szalmás P. 139, 74  
 Attaubi M. 35
- Á**  
 Ábrahám S. 2
- B**  
 Bacsur P. 109, 117, 121, 147, 16,  
 17, 18, 2<sup>\*</sup>, 20, 33, 34, 35, 5, 58, 60,  
 94  
 Bagyánszki M. 57, 61  
 Bajor J. 114, 150, 3<sup>\*</sup>, 4<sup>\*</sup>, 83, 97  
 Bak D. 90  
 Baksa G. 9  
 Bakucz T. 104, 144, 44, 72  
 Balázs Á. 110  
 Balázs A. 145  
 Bálint A. 109, 117, 121, 147, 16,  
 17, 18, 2, 20, 33, 34, 5<sup>\*</sup>, 58, 94  
 Bálint E. 108, 27  
 Balla A. 67  
 Balla Z. 27  
 Báló A. 6<sup>\*</sup>  
 Balogh B. 139  
 Balogh F. 45, 7<sup>\*</sup>  
 Bán K. 110  
 Bandi T. 47  
 Bánfalvi Z. 142  
 Bánky B. 67  
 Banovcin P. 39  
 Bányai F. 101, 85  
 Bányainé Bodonyi K. 8<sup>\*</sup>  
 Bar-Gil Shitrit A. 35  
 Baranyai G. 49  
 Bári A. 155  
 Barkai L. 9<sup>\*</sup>  
 Barna B. 142  
 Barna G. 146  
 Barta B. 61  
 Barták B. 10<sup>\*</sup>, 100, 101, 116, 127  
 Bartók Á. 151  
 Batka B. 27  
 Bennemann S. 110  
 Berke G. 52  
 Berman G. 35  
 Bertin L. 35  
 Bezsilla J. 130  
 Bibók A. 26  
 Bíró O. 67  
 Bíró P. 145  
 Birtalan K. 11<sup>\*</sup>, 12<sup>\*</sup>, 68  
 Bódi N. 57  
 Bodó E. 84  
 Bódy B. 98, 13<sup>\*</sup>  
 Boga A. 155  
 Bokor B. 14<sup>\*</sup>  
 Bolgár T. 15<sup>\*</sup>  
 Bonacci L. 35
- Bor R. 109, 117, 147, 16<sup>\*</sup>, 17<sup>\*</sup>, 18<sup>\*</sup>,  
 2, 33, 34, 5, 58, 94, 20  
 Borbély R. 19<sup>\*</sup>  
 Borka K. 102, 62  
 Borsos M. 35  
 Bősze Z. 121, 147, 16, 17, 18, 20<sup>\*</sup>,  
 33, 34, 46, 5, 77, 94  
 Bozsó B. 74  
 Brodszky V. 1  
 Budai A. 62, 151  
 Budai B. 28, 142, 154, 21<sup>\*</sup>  
 Bujtor Z. 152  
 Bunduc S. 154, 21, 23  
 Buzás G. 22<sup>\*</sup>  
 Buzás I. 10
- C**  
 Cai G. 21  
 Castiglione F. 35  
 Chashkova E. 35  
 Choi A. 28  
 Christoph S. 74  
 Creangă-Murariu I. 23<sup>\*</sup>, 118  
 Crul T. 145  
 Csaba R. 37  
 Csabai I. 101  
 Csajbók D. 28  
 Csákány-Papp N. 61, 93, 99  
 Csefkó K. 113, 115, 117  
 Cselle S. 144  
 Csendes A. 27  
 Cserhádi L. 24<sup>\*</sup>  
 Csikós D. 11  
 Csillag A. 139  
 Csókay B. 73  
 Csőke D. 151  
 Csongrády B. 30, 64  
 Csüllög P. 141  
 Czakó B. 25<sup>\*</sup>  
 Czakó L. 115, 121, 125, 132, 143,  
 25, 42, 43, 46, 52, 56, 77  
 Czompa D. 26<sup>\*</sup>
- D**  
 Dágó Á. 108, 27<sup>\*</sup>  
 Dakó E. 114, 150, 3, 83  
 Dakó S. 110, 114, 150, 3, 47, 83  
 David G. 45  
 Dávida L. 36  
 Deák A. 141  
 Demcsak A. 122  
 Demeter D. 154  
 Demeter Z. 153  
 Dezsényi B. 120  
 Dezső K. 102  
 Dobszai D. 21, 28<sup>\*</sup>  
 Dohy Z. 148  
 Doros A. 26  
 Drácz B. 29<sup>\*</sup>, 30  
 Drobní Z. 148  
 Drug V. 21  
 Dubravcsik Z. 151, 94
- E**  
 Ecseki A. 7  
 Egresi A. 26, 29, 30<sup>\*</sup>  
 Eitler K. 102  
 Elyounes O. 123  
 Engh M. 23, 37  
 Eperjesi O. 142  
 Erdélyi M. 145  
 Erdélyi Z. 45, 153  
 Eröss B. 125, 133, 134, 135, 136,  
 137, 143, 19, 39, 42, 43, 52, 81,  
 86, 9, 97, 142, 154  
 Eszter S. 32<sup>\*</sup>
- É**  
 Ébert A. 149  
 Élthes Z. 31<sup>\*</sup>
- F**  
 Fábrián A. 109, 117, 121, 147, 16,  
 17, 18, 2, 20, 33<sup>\*</sup>, 34<sup>\*</sup>, 5, 58, 77, 94  
 Faluhelyi D. 102  
 Faluhelyi N. 19, 4  
 Farkas B. 109, 117, 121, 2, 33, 34,  
 35<sup>\*</sup>, 5, 58  
 Farkas E. 101, 85  
 Farkas G. 52  
 Farkas K. 109, 117, 121, 147, 16,  
 17, 18, 2, 20, 33, 34, 35, 48, 5, 58,  
 60, 61, 94, 138  
 Farkas N. 114, 137, 3  
 Farkas T. 46  
 Fazekas A. 21  
 Fehér K. 36<sup>\*</sup>  
 Fehér T. 37<sup>\*</sup>  
 Fekete L. 21  
 Fekete-Gál M. 95  
 Felletár I. 10, 100  
 Fenyves B. 73  
 Ferdinandy P. 84  
 Finta Á. 128, 38<sup>\*</sup>  
 Fischer T. 152  
 Földesi I. 60  
 Folhoffer A. 12, 26, 64, 76, 89  
 Fónyad L. 102  
 Fried K. 71, 91  
 Fülöp P. 150, 3  
 Fürst E. 135, 142  
 Füstös D. 110, 47, 75, 150, 3
- G**  
 Gadó K. 90  
 Gagy E. 133, 39<sup>\*</sup>  
 Gajdán L. 86, 97  
 Gál E. 149  
 Galla Z. 149  
 Garami T. 144  
 Gasztonyi B. 152  
 Gellért B. 40<sup>\*</sup>, 41<sup>\*</sup>  
 Gieszinger G. 121, 132, 42<sup>\*</sup>, 43<sup>\*</sup>  
 Golovics P. 107, 32, 44<sup>\*</sup>, 45  
 Gönczi L. 7, 45<sup>\*</sup>  
 Görög M. 145, 93  
 Grassalkovich A. 149  
 Greff D. 121

Groma G. 126, 70  
Gurzó Z. 8

## Gy

Gyires K. 153  
Gyökeres T. 104, 107, 120, 144,  
32, 42, 44, 46\*, 72, 92  
György A. 155  
Győri G. 64  
Györke O. 47\*

## H

Haghighi A. 153  
Hagymási K. 133, 26, 29, 30, 4,  
64, 75  
Hahn O. 120  
Halász J. 71, 75  
Halász R. 121, 48\*  
Halász T. 120  
Halmos L. 49\*  
Hamvas J. 143, 24  
Hankó L. 50\*  
Harisi R. 51\*  
Hatala D. 147  
Havelda L. 142, 154, 28  
Hegede G. 24  
Hegede R. 52\*  
Hegyí E. 52  
Hegyí J. 142, 19  
Hegyí P. 118, 125, 133, 134, 135,  
137, 14, 142, 143, 149, 154, 19,  
21, 23, 27, 28, 37, 39, 43, 52, 81,  
84, 86, 97, 125, 133, 135, 143, 39,  
43, 81, 97  
Helle K. 106, 121, 53\*  
Heltovics G. 61  
Herczeg A. 148  
Herr G. 152  
Horvát B. 54\*  
Horvát G. 55\*  
Horváth M. 110, 40, 41, 46, 47, 75  
Horváth V. 100  
Hosszúfalusi N. 154  
Hritz I. 102, 110, 40, 41, 46, 47,  
73, 82, 9  
Hunyadi P. 67  
Hussein T. 81

## I

Ibude O. 118  
Iliás A. 45  
Iliás Á. 66, 7, 89, 9, 90  
Illés D. 121, 132, 25, 48, 56\*, 79  
Imecz J. 73  
Imrei M. 65  
Inczefi O. 106, 121, 48, 53, 57\*  
Ivány E. 109, 117, 121, 2, 33, 34,  
58\*  
Izbéki F. 125, 143, 42, 43, 86, 97

## J

Jakab L. 50  
Janka T. 59\*  
Janssen M. 1  
Jójiárt B. 145, 60\*, 61\*, 99  
Jordán L. 62\*  
Juhász F. 143  
Juhász M. 105, 154, 63\*, 69

## K

Kagramanova A. 35  
Kaizer L. 27  
Kalina I. 64  
Kalmár A. 10, 100, 116, 127  
Kaposi N. 64\*  
Kaposi Novák P. 30  
Karami R. 23  
Kardos K. 115  
Kardos M. 102  
Kasznár E. 65\*  
Kata D. 60  
Katona M. 155  
Kecse É. 90  
Keczer B. 40  
Kele T. 66\*  
Kenessey I. 62  
Kincses Z. 5  
Kis D. 67\*  
Kis I. 68\*  
Kis T. 48  
Kiss A. 145, 93, 70\*, 78, 62  
Kiss G. 103  
Kiss L. 108, 27  
Kiss S. 69\*  
Kocsmár É. 71\*  
Kóczy Á. 100  
Kói T. 13, 98  
Kokas B. 120  
Konc R. 141  
Kormányos E. 27  
Korsós M. 149  
Kovács A. 154  
Kovács B. 73\*  
Kovács G. 6, 96  
Kovács N. 72\*  
Kovács R. 144  
Kovacsics M. 148  
Kővágó K. 29  
Kovalcsik Z. 49  
Kovalszky I. 146  
Kováts P. 139, 74\*  
Kozinszky Z. 27  
Kozma B. 75\*  
Kozma M. 73  
Kristóf T. 42  
Krolopp A. 76\*  
Krznařić ?. 35  
Kui B. 121, 43, 77\*  
Kun A. 125  
Kúthy-Sutus E. 78\*

## L

Lada S. 150, 3, 79\*, 83  
Lakatos L. 45  
Lakatos P. 35, 45, 1, 7  
Lakner L. 80  
Lassú P. 80\*  
Laub H. 61  
Lázár B. 135, 81\*  
Lázár G. 145, 70  
Lázár I. 87, 130  
Ledó N. 100  
Leiszter K. 82\*  
Lemes K. 114, 121, 3, 4, 77, 83\*  
Lénárt Z. 114, 3, 4, 83  
Lengyel L. 153

Liebe R. 128, 38  
Lillik V. 84\*, 97  
Limdi J. 35  
Linkner T. 127, 85\*  
Lipp M. 86\*, 97  
Lóczy T. 121  
Lombay B. 87\*, 88\*  
Lontai L. 66, 7, 89\*  
Lőrinczi C. 91\*, 71  
Lőrinczy K. 32, 92\*  
Lovász B. 90\*  
Lukas M. 35  
Lukász P. 67  
Lupas D. 117

## M

Madácsy L. 128, 38, 53  
Madácsy T. 145, 93\*  
Magyar D. 94\*  
Maharshak N. 2, 35  
Makai G. 55  
Makara M. 95\*  
Makrai T. 96\*  
Maléth J. 126, 145, 149, 27, 60,  
61, 70, 78, 93, 99  
Mándity I. 61  
Márta K. 143, 19, 86, 97  
Martinekova P. 21  
Masszi T. 123, 146, 50  
Máth B. 114, 3, 83  
Mátrai P. 105  
Matuszka B. 95  
Maurovich Horvat P. 64  
Merkely B. 148  
Mester G. 80  
Michalopoulos G. 35  
Mickevicius A. 143  
Mihalekné Fűr G. 108, 27  
Mihály E. 123, 146, 50  
Miheller P. 102, 110, 2, 26, 35, 47,  
7, 73, 75, 82  
Mikó A. 137, 143, 86, 97\*  
Mogyoróssy S. 74  
Mohácsi S. 151  
Mohos E. 80  
Moldoványi I. 80  
Molnár B. 10, 100\*, 101\*, 116, 127,  
85  
Molnár R. 13, 98\*, 87  
Molnár T. 109, 117, 121, 147, 16,  
17, 18, 2, 20, 33, 34, 35, 48, 5, 58,  
60, 94, 60, 99\*  
Monostori P. 149  
Moradi A. 84  
Morár A. 75, 102\*  
Morar A. 26, 75  
Muallem S. 145  
Müller K. 138, 65  
Müllner K. 47, 82

## N

Nacsev K. 94  
Nagy A. 62  
Nagy C. 62  
Nagy E. 146  
Nagy R. 143, 37, 84  
Nagy Z. 92, 100, 101, 127, 85, 68  
Nehéz L. 32



Nemesi K. 71, 91  
Németh B. 122, 124, 125, 14, 52, 103\*  
Németh D. 76  
Németh J. 21  
Németh K. 62  
Németh N. 104\*  
Normann H. 21  
Novák P. 151  
Novák T. 5

## O

Obeidat M. 118, 23, 28, 37, 39, 84  
Ocskay K. 105\*, 119, 13, 143, 63, 69, 98  
Oczella L. 128, 38  
Oláh F. 74  
Ollé G. 106\*, 121, 53  
Orbán-Szilágyi Á. 107\*  
Orján E. 108\*, 27

## P

Padur T. 45  
Pál K. 66  
Palatka K. 31, 46  
Pálincás D. 104, 44  
Pallagi P. 126, 145, 27, 57, 60, 61, 70, 78, 93, 99  
Pálvölgyi A. 121, 132, 48  
Pápai Z. 92  
Pápista M. 109\*  
Papp J. 89  
Papp M. 139, 143, 31, 36, 59, 74  
Papp R. 118, 28, 37  
Papp V. 110\*, 114, 3, 4, 73, 83  
Pappné Szerdahelyi E. 111\*  
Pár G. 143, 4  
Párniczky A. 105, 119, 13, 143, 63, 69, 98  
Pártos G. 112\*  
Pásztor G. 4  
Pásztor N. 27  
Patai Á. 73  
Patai V. Á. 102, 82  
Pécsi G. 103  
Pepa K. 113\*, 115  
Peresztegi M. 83, 114\*, 150, 3, 4  
Pesei Z. 52  
Pesti A. 62  
Péter Z. 40, 41  
Petlickij F. 142  
Petrovai Z. 87  
Pink T. 115\*  
Pipek O. 101  
Piros L. 120  
Pourrastegar A. 84

## R

Rácz F. 6  
Rada K. 127, 116\*  
Rakonczay Z. 27  
Rakonczay Jr. Z. 108, 149  
Rancz A. 118, 133, 23  
Rencz F. 1  
Rényi T. 151  
Resál T. 109, 117\*, 121, 147, 16, 17, 18, 2, 20, 33, 34, 35, 5, 58, 60, 94

Réthy L. 37  
Rezus I. 118\*, 23  
Riba B. 119\*, 13  
Ribaldone D. 35  
Róka R. 106, 121, 53, 57  
Rónaszéki A. 30, 64  
Rosztóczy A. 106, 121, 53  
Rusznay K. 120\*  
Rutka M. 121\*, 18, 20, 33, 34  
Ruttkay T. 9

## S

Sagát L. 135  
Sághi M. 146  
Sahin P. 142, 81  
Sahin-Tóth M. 52, 105, 122, 124  
Saibeni S. 35  
Sándor B. 108  
Sándor M. 122\*, 124  
Sarlós P. 2, 35, 97  
Savarino E. 35  
Schafer E. 107, 44  
Schuller J. 12, 68  
Sebeszta Z. 7  
Seidelin J. 35  
Sejben A. 147  
Sendstad I. 145  
Serdült A. 67  
Sethi-Arora K. 35  
Shaham D. 2  
Sharykina A. 123\*  
Sikorszki L. 151  
Sipeki N. 36, 74  
Sipos Z. 114, 138, 143, 4  
Solymosi N. 73  
Sovány I. 155  
Stefanovics R. 124\*, 125\*  
Stollmayer R. 64  
Sümegi J. 46  
Sürgősségi Endoszkópia C. 73  
Susánszki P. 70, 93  
Susuánszki P. 145  
Svébis M. 90

## Sz

Szabó Á. 115  
Szabó A. 130  
Szabó V. 126\*, 145, 60, 61, 99  
Szakállas N. 10, 101, 116, 127\*, 85  
Szakonyi J. 146  
Szalai E. 137, 28, 19, 21  
Szalai M. 128\*, 38  
Szalay F. 12, 76  
Szamosi T. 104, 44, 72, 92  
Szántó K. 60  
Szegedi É. 129\*  
Szegedi L. 141, 6, 96  
Szekeres G. 4  
Szentesi A. 125, 143, 19, 21, 28, 43, 52, 86  
Szepes Z. 109, 117, 121, 147, 16, 17, 18, 2, 25, 33, 34, 35, 46, 5, 58, 77, 94, 20  
Szepesi Á. 146  
Szepes G. 72  
Sziájtó A. 102, 110, 120, 148, 26, 29, 30, 40, 41, 47, 67, 73, 75, 82  
Szirmay B. 3, 4

Szita I. 45, 80  
Szmola R. 129, 42, 80, 91  
Szolga B. 130\*  
Szombath G. 50  
Szőnyi M. 131\*, 155, 42  
Szűcs Á. 75  
Szűcs M. 18, 34  
Szvatek A. 144

## T

Tajti M. 121, 132\*, 25  
Takács E. 11  
Takács I. 10, 100, 101, 116, 127, 85  
Takács T. 32  
Taller A. 11, 12, 68  
Tamás M. 87  
Tamba B. 23, 118  
Tari E. 133\*, 134\*, 135\*, 142, 39  
Tari K. 136\*  
Tarján D. 137\*, 142  
Tarpay Á. 129, 68  
Tél B. 145  
Terzin V. 121, 132, 25  
Teutsch B. 118, 143, 154, 19, 37  
Tímár Á. 138\*  
Tímár B. 146  
Tiszlavicz L. 147  
Tőke J. 130  
Tornai D. 139\*, 36, 59, 74  
Tornai I. 139, 74  
Török I. 143  
Tóth Á. 112, 140\*  
Tóth B. 141\*  
Tóth E. 149  
Tóth L. 142  
Tóth M. 130  
Tóth R. 13, 98  
Tóth T. 16, 17, 18, 33, 34, 94, 134  
Tóth-Abonyi Z. 86  
Trebica J. 139  
Tulassay Z. 123, 50  
Túri F. 29

## V

Vadászi K. 53  
Vadinszky P. 155  
Vágó H. 148  
Vajda K. 151  
Valcz G. 10, 101, 127  
Vámossy K. 142\*  
Vánca S. 133, 135, 142, 143\*, 39, 81  
Váradi A. 143  
Varga Á. 144\*, 72, 145\*, 60, 70  
Varga B. 98  
Varga C. 73  
Varga D. 145  
Varga M. 113, 115, 117, 143, 42  
Varga P. 140  
Várkonyi J. 146\*  
Várkonyi T. 135  
Varsányi M. 120  
Vásárhelyi B. 146  
Vasas B. 147\*, 16, 17, 18, 33, 34, 61, 94  
Vass T. 110, 148\*  
Vass V. 19, 43, 97, 86

Venglovecz V. 149\*, 27  
Verbói M. 97  
Vereczkei Z. 114, 150\*, 3, 4, 83  
Veres D. 28, 39, 118, 133, 154, 23  
Vilmos F. 35, 47, 73  
Vincze Á. 125, 143, 19, 42, 43, 46,  
97  
Virág A. 104, 144, 72  
Virányi Z. 151\*, 46  
Vitális Z. 139, 36, 42, 59, 74  
Völgyi Z. 152  
Vukov P. 120

## **W**

Wachtl G. 153\*  
Werling K. 26, 29, 30, 64, 71  
Wetwittayakhleng P. 35  
Wittmann T. 106  
Woo Young C. 145

## **Z**

Zahariev O. 142, 154\*  
Zalatnai A. 130  
Zaránd A. 155\*  
Zádori Z. 153  
Zemanek P. 141  
Zemel M. 2  
Zhang W. 124  
Zolcsák A. 37  
Zolcsák Á. 84  
Zsigmond F. 144, 42, 44, 72  
Zsigmond K. 44  
Zsilák-Urbán M. 58  
Zsombor Z. 64

## MGT Tudományos Bizottság (TudBiz) és a Programbizottság tagjai 2024

<b>MGT TudBiz PROGRAMBIZOTTSÁG</b>		
Elnök	Molnár Tamás	Szeged
Titkár	Lóczy Tamara	Szeged
<b>MGT ELNÖKSÉG</b>	Gyökeres Tibor	Budapest
	Vincze Áron	Pécs
	Palatka Károly	Debrecen
	Szepes Zoltán	Szeged
	Czakó László	Szeged
<b>MUNKACSOPORTOK</b>		
<b>UGT (Felső GI traktus)</b>	Vincze Áron	Pécs
	Illés Anita	Szeged
	Rosztóczy András	Szeged
<b>HEB (Hepatobiliaris)</b>	Czakó László	Szeged
	Madácsy László	Székesfehérvár
	Szmola Richárd	Budapest
<b>LGT (Alsó GI traktus)</b>	Miheller Pál	Budapest
	Szamosi Tamás	Budapest
	Szepes Zoltán	Szeged
<b>BS (Alap kutatás, transzláció)</b>	Maléth József	Szeged
	Németh Balázs	Szeged
	Sarlós Patrícia	Pécs
<b>MB (Májbetegségek)</b>	Horváth Gábor	Budapest
	Papp Mária	Debrecen
	Hagymási Krisztina	Budapest
<b>PG (Posztgraduális)</b>	Bor Renáta	Szeged
	Illés Dóra	Szeged
	Hritz István	Budapest
<b>SZD (Szakdolgozók)</b>	Paulovicsné Kiss Melinda	Pécs
	Huszka László	Szeged
	Schäfer Eszter	Budapest
<b>ASZP (Aktuális szakmapolitikai kérdések)</b>	Gyökeres Tibor	Budapest
	Wittmann Tibor	Szeged
	Gurzó Zoltán	Gyula
<b>MD (Multidiszciplináris)</b>	Lázár György	Szeged
	Tárnok András	Pécs
	Szekanecz Zoltán	Debrecen

## KIÁLLÍTÓK, HIRDETŐK, TÁMOGATÓK EXHIBITORS, ADVERTISERS, SPONSORS

A Magyar Gasztroenterológiai Társaság köszönetet mond mindazoknak a cégeknek, amelyek a 66. Nagygyűlésen kiállítással, hirdetéssel, szimpóziummal vettek részt.

**ABBVIE Kft.**

Budapest

**ADEXILIS INNOCARE Kft.**

Budapest

**ANAMED Kft.**

Budapest

**ASTRAZENECA Kft.**

Budapest

**BAYER HUNGÁRIA Kft.**

Budapest

**BIOGAIA DISTRIBUTION Hungary Kft.**

Budapest

**BOSTON SCIENTIFIC**

Bukarest

**BRISTOL MYERS SQUIBB Kft.**

Budapest

**CELLTRION HEALTHCARE Hungary**

Budapest

**EGIS Gyógyszergyár Zrt.**

Budapest

**EISBERG Kft.**

Budapest

**ELEKTRO-OXIGÉN Kft.**

Budapest

**ENDO PLUS SERVICE Kft.**

Budapest

**ENDOROBOTICS Kft.**

Székesfehérvár

**EWOPHARMA Hungary Kft.**

Budapest

**FERRING MAGYARORSZÁG Kft.**

Budapest

**FRESENIUS KABI HUNGARY Kft.**

Budapest

**GOODWILL PHARMA Kft.**

Szeged

**HENDER.EU/X-TACK**

Budapest

**HD-CORD Kft.**

Budapest

**HUN-MED Kft.**

Törökbálint

**IZOTÓP INTÉZET Kft.**

Budapest

**JOHNSON & JOHNSON (JANSSEN-CILAG Kft).**

Budapest

**LILLY HUNGÁRIA Kft.**

Budapest

**MAGNAPHARM Hungary Kft.**

Budapest

**MEDIREX Zrt.**

Budapest

**MEDNETWORK Kft.**

Budapest

**MEDSERV Kft.**

Budapest

**MEDTRONIC / ALLEGRO**

Budapest

**MICROMEDICAL Kft.**

Budapest

**NOVO NORDISK Hungária Kft.**

Budapest

**ORMA 2000 Kft.**

Szeged

**PFIZER Gyógyszerker. Kft.**

Budapest

**PHYTOTEC Hungária Bt.**

Budapest

**PROGASTRO Kft.**

Budapest

**RICHTER GEDEON Nyrt.**

Budapest

**SANDOZ HUNGARY Kft.**

Budapest

**SANOFI (Opella Healthcare Commercial Kft.)**

Budapest

**STADA HUNGARY Kft.**

Budapest

**STEELCO Hungary Kft.**

Budapest

**STRATHMANN GmbH&CO KG**

Budapest

**SUPREMEX Kft.**

Budapest

**TAKEDA PHARMA Kft.**

Budapest

**HIRDETÉSEK A MEGJELENÉS SORRENDJÉBEN**  
*ADVERTISEMENTS OF THIS ISSUE*

CÉG	HIRDETÉS	OLDAL
Sandoz	Hyrimoz	BII
Egis	Noacid	43
Fresenius	SmofKabiven	44
Izotóp	Heliprobe	71
Lilly	OMVOH	72
Ferring	Pentasa/Cortiment/Picoprep	BIII
Strathmann	Lactase	BIV

## JEGYZET / NOTES

HIRDETÉS

BIII oldal

# Ferring Pentasa/Cortiment/Picoprep

HIRDETÉS

BIV oldal

# Strathmann Lactase