

# **Magyar Gasztroenterológiai Társaság 67. Nagygyűlés**

**Siófok, Hotel Azúr, 2025. június 12 – 15.**

## **PROGRAM ÉS ELŐADÁSKIVONATOK**

**Hungarian Society of Gastroenterology  
67<sup>th</sup> Annual Meeting  
Siófok, Hotel Azúr, June 12 – 15. 2025. Hungary**

## **PROGRAM / ABSTRACTS**



HIRDETÉS

BII oldal

Opella

# Magyar Gasztroenterológiai Társaság

## 67. Nagygyűlés

Siófok Hotel Azúr 2025. június 12 – 15.

ceu-jgh.org

Volume 11, Supplementum 1 / June 2025

# (IMPRESSUM)



# Magyar Gasztroenterológiai Társaság 67. Nagygyűlése

| Program / Előadáskivonatok                                                                           |                                                                                                             | 2025. június 12. – június 15. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Szerkeszti<br/>a Magyar<br/>Gasztroenterológiai<br/>Társaság</b>                                  | Tartalom                                                                                                    |                               |
|                                                                                                      | Időrendi beosztás .....                                                                                     | 4                             |
| <b>Felelős szerkesztő:</b>                                                                           | ECCO Workshop .....                                                                                         | 5                             |
|                                                                                                      | A nagygyűlés megnyitása .....                                                                               | 5                             |
| <b>Dr. Szalay Ferenc<br/>MGT Állandó Iroda<br/>ügyvezető igazgató</b>                                | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG1) Májbetegségek .....                                                             | 5                             |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG2) Hasnyálmirigy betegségek .....                                                  | 5                             |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG3) Epeúti betegségek .....                                                         | 6                             |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG4) Felső tápcsatornai betegségek .....                                             | 6                             |
|                                                                                                      | Szabad témájú bejelentett előadások (FREE1) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek .....                           | 7                             |
|                                                                                                      | Szabad témájú bejelentett előadások (FREE2) Alsó tápcsatorna .....                                          | 8                             |
|                                                                                                      | Esetmegbeszélés (CASE1) Esetbemutatók - Felső tápcsatorna .....                                             | 9                             |
|                                                                                                      | Esetmegbeszélés (CASE2) Esetbemutatók - Benignus epeúti szűkületek .....                                    | 9                             |
|                                                                                                      | X <sup>th</sup> ECCO Educational Workshop .....                                                             | 10                            |
|                                                                                                      | Johnson & Johnson szimpózium .....                                                                          | 12                            |
|                                                                                                      | Pfizer szimpózium .....                                                                                     | 12                            |
|                                                                                                      | Lilly szimpózium .....                                                                                      | 12                            |
| <b>1092 Budapest<br/>Kinizsi u. 22.<br/>Tel: +36 30 548 7472<br/>E-mail:<br/>gastroent@gmail.com</b> | Astrazeneca szimpózium .....                                                                                | 15                            |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG5) Táplálás terápia .....                                                          | 15                            |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG6) Vékonybél betegségek .....                                                      | 15                            |
|                                                                                                      | Plenáris ülés (P1) Plenáris szekció .....                                                                   | 16                            |
|                                                                                                      | Plenáris ülés (P2) Plenáris szekció .....                                                                   | 16                            |
|                                                                                                      | Novo Nordisk szimpózium .....                                                                               | 17                            |
|                                                                                                      | Szakmai szimpózium (SYMP2) .....                                                                            | 17                            |
|                                                                                                      | Szakmai szimpózium (SYMP3) .....                                                                            | 18                            |
| <b>ISSN: 2415-9107</b>                                                                               | Supremex szimpózium .....                                                                                   | 18                            |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG9) .....                                                                           | 19                            |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG10) .....                                                                          | 19                            |
|                                                                                                      | MGT Közgyűlés - Vezetőségválasztás .....                                                                    | 19                            |
|                                                                                                      | Hd-Cord szimpózium .....                                                                                    | 20                            |
|                                                                                                      | Szakmai szimpózium (SYMP1) .....                                                                            | 20                            |
|                                                                                                      | Szabad témájú bejelentett előadások (FREE4) Májbetegségek .....                                             | 20                            |
|                                                                                                      | Sandoz szimpózium .....                                                                                     | 21                            |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG7) Endoszkópos UH .....                                                            | 22                            |
|                                                                                                      | POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG8) .....                                                                           | 22                            |
| <b>2025.</b>                                                                                         | Szakmai szimpózium (SYMP4) Hogyan javíthatjuk a pancreas carcinoma prognózisát? .....                       | 23                            |
|                                                                                                      | Szakmai szimpózium (SYMP5) .....                                                                            | 23                            |
|                                                                                                      | Szabad témájú bejelentett előadások (FREE3) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek .....                           | 24                            |
|                                                                                                      | Szabad témájú bejelentett előadások (FREE5) Felső tápcsatorna .....                                         | 25                            |
|                                                                                                      | BEL-Hands-on-1-2 Bél ultrahang hands-on tréning I-II. rész (IBUS által támogatott kurzus) .....             | 26                            |
|                                                                                                      | PEG-Hands-on Nutricia - PEG behelyező kurzus .....                                                          | 27                            |
|                                                                                                      | Celltrion szimpózium .....                                                                                  | 28                            |
|                                                                                                      | Szakmai szimpózium (SYMP6) Terápiás döntések speciális helyzetekben .....                                   | 28                            |
|                                                                                                      | Angol nyelvű előadások (ENG1) / Lectures in English (ENG1) .....                                            | 28                            |
|                                                                                                      | Angol nyelvű előadások (ENG2) / Lectures in English (ENG2) MGT külföldi tiszteletbeli tagok előadásai ..... | 29                            |
|                                                                                                      | Plenáris ülés (P3) Hetényi Géza emlékelőadás Pro Optimo Merito in Gastroenterologia kitüntetések .....      | 29                            |
|                                                                                                      | Ferring szimpózium .....                                                                                    | 30                            |
|                                                                                                      | Angol nyelvű előadások (ENG3) / Lectures in English (ENG3) .....                                            | 31                            |
|                                                                                                      | Szakmai szimpózium (SYMP7) .....                                                                            | 32                            |

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Szakmai szimpózium (SYMP8).....                                                                        | 32  |
| Szakmai szimpózium (SYMP9) Checkpoint-inhibitor immunterápia<br>gastroenterológiai mellékhatásai ..... | 33  |
| <i>AbbVie szimpózium</i> .....                                                                         | 33  |
| <i>Ipsen szimpózium</i> .....                                                                          | 34  |
| Szakmai szimpózium (SYMP10).....                                                                       | 34  |
| <i>Opella szimpózium</i> .....                                                                         | 34  |
| Szakmai szimpózium (SYMP11).....                                                                       | 35  |
| Szabad témájú bejelentett előadások (FREE7) IBD .....                                                  | 35  |
| Szabad témájú bejelentett előadások (FREE9) IBD, Felső tápcsatorna, Egyéb .....                        | 36  |
| <i>Goodwill Pharma szimpózium</i> .....                                                                | 37  |
| Szakmai szimpózium (SYMP12).....                                                                       | 38  |
| Szakdolgozói IBD szekció (SZD-IBD) .....                                                               | 38  |
| Szakdolgozói szekció (SZD1) .....                                                                      | 39  |
| Szakdolgozói szekció (SZD-K2) Szakdolgozói Közgyűlés .....                                             | 40  |
| Szakmai szimpózium (SYMP13) Pancreatobiliáris endoszkópia.....                                         | 40  |
| Szabad témájú bejelentett előadások (FREE8) Hasnyálmirigy-epeúti betegségek<br>.....                   | 41  |
| Szakmai szimpózium (SYMP14) Pancreatobiliáris endoszkópia.....                                         | 42  |
| <i>Simbioplus (Med-Dental) szimpózium</i> .....                                                        | 42  |
| Poszter 1 szekció Esetismertetések.....                                                                | 43  |
| Poszter 2 szekció Esetismertetések.....                                                                | 45  |
| Medicina könyvbemutató .....                                                                           | 47  |
| <i>Egis szimpózium</i> .....                                                                           | 47  |
| Hands-on tréning, szimulátorok I-II. RÉSZ .....                                                        | 48  |
| Szabad témájú bejelentett előadások (FREE10) BS.....                                                   | 49  |
| Szabad témájú bejelentett előadások (FREE11) BS.....                                                   | 50  |
| <br>A Magyar Gasztroenterológiai Társaság tiszteletbeli tagjai és kitüntetettjei.....                  | 52  |
| <br>Előadás és poszterkivonatok (Absztraktok).....                                                     | 57  |
| Szerzők névmutatója .....                                                                              | 117 |
| MGT Tudományos Bizottság (TudBiz) és a Programbizottság tagjai 2024 .....                              | 120 |
| <br>Kiállítók, hirdető, támogatók .....                                                                | 121 |
| Hirdetések listája .....                                                                               | 122 |
| Jegyzet.....                                                                                           | 123 |

| 2025.06.12. CSÜTÖRTÖK |              |                 |                                    | 2025.06.13. PÉNTEK |                        |                    |            |                               | 2025.06.14. SZOMBAT    |                                                     |                     |                                                               | 2025.06.15. VASÁRNAP |                    |                                                           |              |                                |                          |  |  |
|-----------------------|--------------|-----------------|------------------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|--------------------------|--|--|
| ☾                     | ① Toscana I. | ② Ibiza         | ③ Marbella                         | ☾                  | ① Toscana I.           | ② Ibiza            | ③ Marbella | ③ Panorama                    | ☾                      | ① Toscana I.                                        | ② Ibiza             | ③ Marbella                                                    | ☾                    | ① Toscana I.       | ② Ibiza                                                   | ③ Marbella   |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 | 8:45-16:20<br>ECCO Workshop        | 07:30              | AstraZeneca szimpózium | HD Cord szimpózium |            |                               | 07:30                  | CELLTRION szimpózium                                | IPSEN szimpózium    |                                                               | 07:30                |                    |                                                           |              |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 08:00              | PG5                    | SYMP1 (BS)         | FREE3      |                               | 08:00                  | SYMP6 (MD)                                          | SYMP10 (MB)         | SYMP12 (LGT)                                                  | 08:00                | POSZTER1           | 9:00-10:30 Hands-on tréning, Szimulátorok                 | FREE10 (BS)  |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 09:00              | PG6                    | FREE4              | FREE5      |                               | 09:00                  | ENG1 Angol nyelvű előadások                         |                     | SZD-IBD                                                       | 10:00                | kávészünet         | stb. (I.rész)                                             | kávészünet   |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 10:00              | kávészünet             |                    |            | NUTRICIA PEG behelyező kurzus | 10:00                  | kávészünet                                          |                     |                                                               | kávészünet           | 10:30              |                                                           | kávészünet   | FREE11 (BS)                    |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 10:30              | P1 Plenáris szekció    |                    |            |                               | 10:30                  | ENG2 Angol nyelvű előadások                         |                     | SZD1                                                          | 11:00                |                    | 11:00-12:30 Hands-on tréning, Szimulátorok stb. (II.rész) |              |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 11:00              | P2 Plenáris szekció    |                    |            |                               | 11:00                  | P3 Hetényi G., Sáfrány L., Magyar I. emlékelőadások |                     |                                                               | 11:30                |                    |                                                           |              |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 11:30              |                        |                    | 12:30      |                               | NovoNordisk szimpózium | Sandoz szimpózium                                   |                     |                                                               | 12:30                | Ferring szimpózium | Opella szimpózium                                         |              | 12:30                          | Medicina EGIS szimpózium |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 13:00              | Ebéd                   |                    |            |                               | 13:00                  | Ebéd                                                |                     |                                                               |                      | 13:00              | KONFERENCIA ZÁRÁSA                                        |              |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 14:00              | PG1                    | FREE1              |            |                               | 14:00                  | SYMP2 (ASZP)                                        | PG7                 | Bél ultrahang hands-on tréning (IBUS által támogatott kurzus) |                      | 14:00              | 13:50-15:00 ENG3 Angol nyelvű előadások                   |              | SZD-K (Szakdolgozói Közgyűlés) |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 15:00              | PG2                    | FREE2              |            | 15:00                         | SYMP3 (MB)             | PG8                                                 |                     |                                                               | 15:00                | SYMP7 (BS)         | SYMP11 (COM)                                              | SYMP13 (HEB) |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 16:00              | kávészünet             |                    |            | 16:00                         | Supremex               | kávészünet                                          |                     |                                                               | 16:00                | kávészünet         |                                                           |              |                                |                          |  |  |
|                       |              |                 |                                    | 16:15              | kávészünet             |                    |            |                               | 16:30                  | PG9                                                 | SYMP4 (HEB)         | Bél ultrahang hands-on tréning (IBUS által támogatott kurzus) |                      | 16:30              | SYMP8 (UGT)                                               | FREE7        | FREE8                          |                          |  |  |
| 16:30                 | PG3          | CASE1 (LGT/UGT) | 16:30 Johnson & Johnson szimpózium | 17:30              | PG10                   | SYMP5 (LGT)        |            |                               | 17:30                  | SYMP9 (MD)                                          | FREE9               | SYMP14 (UGT)                                                  |                      |                    |                                                           |              |                                |                          |  |  |
| 17:30                 | PG4          | CASE2 (HEB/MB)  | 17:15 Pfizer szimpózium            | 18:30              | KÖZGYŰLÉS              |                    |            |                               | 18:30                  | AbbVie szimpózium                                   | Goodwill szimpózium | SimbioPlus szimpózium                                         |                      |                    |                                                           |              |                                |                          |  |  |
| 18:30                 |              |                 | 17:45 Lilly szimpózium             | 19:00              | Vacsora                |                    |            |                               | 19:00                  | Vacsora                                             |                     |                                                               |                      |                    |                                                           |              |                                |                          |  |  |
| 19:00-től             | Vacsora      |                 |                                    | 19:00              | Vacsora                |                    |            |                               | 19:00                  | Vacsora                                             |                     |                                                               |                      |                    |                                                           |              |                                |                          |  |  |

### Szekció kódok jelmagyarázata:

ASZP

→ Aktuális szakmapolitikai kérdés

BS

→ Alap kutatás, transláció

CASE

→ Esetbemutatók

ENG

→ Angol nyelvű előadások

FREE

→ Szabad témájú 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

→ Finanszírozott szimpózium

→ Szünet

### ElőadótérmeK:

① = Toscana 1. terem

② = Ibiza terem

Szekció kódok jelmagyarázata:

ASZP

→ Aktuális szakmapolitikai kérdések

BS

→ Alap kutatás, transláció

CASE

→ Esetbemutatók

ENG

→ Angol nyelvű előadások

FREE

→ Szabad témájú 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

→ Finanszírozott szimpózium

→ Szünet

Előadótermek:

① = Toscana 1. terem

② = Ibiza terem

③ = Marbella terem

④ = Panorama terem

2025.06.12.

## CSÜTÖRTÖK

MARBELLA TEREM

2025. június 12. csütörtök  
8:45 - 16:20

Marbella terem

ECCO Workshop  
lásd később a Marbella terem programjában a 10. oldalon

2025.06.12.

## CSÜTÖRTÖK

TOSCANA 1. TEREM

2025.június 12. csütörtök  
13:00 - 14:00

Toscana 1. terem

### A NAGYGYŰLÉS MEGNYITÁSA A kiállítás megnyitása

2025.június 12. csütörtök  
14:00 – 15:00

Toscana 1. terem

### POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG1) Májbetegségek

Üléselnökök: **Varga Márta**, Békéscsaba      **Tornai István**, Debrecen

14:00 **MASLD - EASL guideline - beszéljünk egy nyelvet** (18 + 2 perc)  
Vitális Zsuzsanna, Debrecen

14:20 **Cirrhosis mint végállapot - mikor referáljuk a beteget transzplantáció irányába irányába? (tandem)** (18 + 2 perc)  
Gerlei Zsuzsanna, Budapest

14:20 **Cirrhosis mint végállapot - mikor referáljuk a beteget transzplantáció irányába irányába? (tandem)** (18 + 2 perc)  
Tornai István, Debrecen

14:40 **Transzplantált betegek utógondozása, akut GE helyzetek ellátása** (18 + 2 perc)  
Sandil Anita, Budapest

2025. június 12. csütörtök  
15:00 – 16:00

Toscana 1. terem

### POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG2) Hasnyálmirigy betegségek

Üléselnökök: **Andrási Péter**, Budapest      **Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét

15:00 **Autoimmun pancreatitis (beleértve type 3 - immun checkpoint inhibitor okozta AIP)** (18 + 2 perc)  
Czakó László, Szeged

15:20 **Pancreas cysticus neoplasiák** (18 + 2 perc)

Dubravcsik Zsolt, Kecskemét

15:40 **Groove pancreatitis** (18 + 2 perc)

Németh Balázs, Szeged

---

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

2025.június 12. csütörtök

Toscana 1. terem

16:30 - 17:30

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG3)

**Epeúti betegségek**

Üléselnökök: **Bakucz Tamás**, Budapest

**Vincze Áron**, Pécs

16:30 **Epeúti obstructio diagnosztikája - ESGE irányelv 2025** (18 + 2 perc)

Altörjay István, Debrecen

16:50 **Malignus epeúti obstructio endoscopos ellátása** (18 + 2 perc)

Vincze Áron, Pécs

17:10 **Vater papilla daganat - diagnosztika és menedzsment** (18 + 2 perc)

Madácsy László, Székesfehérvár

---

2025.június 12. csütörtök

Toscana 1. terem

17:30 - 18.30

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG4)

**Felső tápcsatornai betegségek**

Üléselnökök: **Róka Richárd**, Szeged

**Papp Veronika**, Budapest

17:30 **Infektív kórképek manifesztációi a nyelőcsőben** (18 + 2 perc)

Visnyovszki Ádám, Szeged

17:50 **Dehistentiák multidiscplináris ellátása** (18 + 2 perc)

Papp Veronika, Budapest

18:10 **Korrozív noxák - akut és krónikus menedzsment** (18 + 2 perc)

Ollé Georgina, Szeged

2025. június 12. csütörtök  
14:00 - 15:00

Ibiza terem

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE1)  
HASNYÁLMIRIGY-EPEÚTI BETEGSÉGEK**

Üléselnökök: **Barkai László József**, Budapest

**Horváth Miklós**, Budapest

- 14:00 **PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF CHRONIC PANCREATITIS WITHOUT A HISTORY OF ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (6+2 perc)  
Gagyi Endre Botond, Budapest és m.tsai
- 14:08 **CONCOMITANT VIRUS INFECTION INCREASES MORTALITY AND WORSENS OUTCOME OF ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (6+2 perc)  
Cai Gefu, Budapest és m.tsai
- 14:16 **THE IMPACT OF PAPILLA MORPHOLOGY ON THE CHOICE OF ADVANCED CANNULATION TECHNIQUES IN ERCP - INSIGHTS FROM AN INTERNATIONAL SURVEY** (6+2 perc)  
Tari Edina, Budapest és m.tsai
- 14:24 **TRANSPAPILLARIS CHOLECYSTA DRAINAGE A KLINIKAI GYAKORLATBAN – PILOT TANULMÁNY** (6+2 perc)  
Bősze Zsófia, Szeged és m.tsai
- 14:32 **PREVALENCE AND IMPACT OF PSYCHOLOGICAL DISTURBANCES ON DISEASE SEVERITY IN PANCREATITIS: A COHORT ANALYSIS** (6+2 perc)  
Fehér Tibor Dániel, Budapest és m.tsai
- 14:40 **HUNGARIAN SINGLE CENTER DATA ANALYSIS OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS-RELATED SPLANCHNIC VENOUS THROMBOSIS** (6+2 perc)  
Devarajulu Mariyappan, Budapest és m.tsai
- 14:48 **THE IMPACT OF SAFETY CHECKLISTS IN ENDOSCOPY: A PROSPECTIVE MULTICENTRIC STUDY** (6+2 perc)  
Tari Krisztina, Budapest és m.tsai

---

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE2)  
**ALSÓ TÁPCSATORNA**

Üléselnökök: **Gurzó Zoltán**, Gyula      **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár

- 15:00 **COLORECTALIS POLYPOK FELSZÍNI MINTÁZATA ALAPJÁN TÖRTÉNŐ SZÖVETTANI PREDIKCIÓ DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKÉNEK VIZSGÁLATA – ORSZÁGOS KITERJESZTÉSŰ VIZSGÁLAT** (6+2 perc)  
Fábián Anna, Szeged és m.tsai
- 15:08 **VASTAGBÉLRÁKSZŰRÉS RÉSZEREDMÉNYÉNEK BEMUTATÁSA** (6+2 perc)  
Szántó Flóra, Szeged és m.tsai
- 15:16 **A SZÉKLETVÉR ÉS A SZŰRŐ KOLONOSZKÓPIA EREDMÉNY KÖZÖTTI KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA – KÉTCENTRUMOS TANULMÁNY** (6+2 perc)  
Magyar Dániel, Szeged és m.tsai
- 15:24 **COMPARISON OF THE EFFICACY OF DIFFERENT ARTIFICIAL INTELLIGENCE BASED POLYP DETECTION SYSTEMS ON THE PDR DURING SCREENING COLONOSCOPY, A PROSPECTIVE, RANDOMIZED, CONTROLLED STUDY** (6+2 perc)  
Madácsy László, Székesfehérvár és m.tsai
- 15:32 **AZ KÖZEPES- ÉS NAGYMÉRETŰ RECTUM POLYPOK MALIGNITÁSI RIZIKÓJA ÉS ENDOSZKÓPOS KEZELÉSÉNEK RETROSPEKTÍV ÉRTÉKELÉSE** (6+2 perc)  
Bor Renáta, Szeged és m.tsai
- 15:40 **A VASTAGBÉL DIVERTICULOSIS EPIDEMIOLOGIÁJÁNAK, DIAGNOSZTIKÁJÁNAK ÉS KEZELÉSÉNEK VIZSGÁLATA – C-DIVER REGISZTER** (6+2 perc)  
Tóth Zsanett Xénia, Debrecen és m.tsai
- 15:48 **ANTICOAGULATION MANAGEMENT AFTER GASTROINTESTINAL BLEEDING: A COHORT STUDY OF 236 PATIENTS** (6+2 perc)  
Pálincás Dániel, Budapest és m.tsai

---

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

---

2025. június 12. csütörtök  
16.30 – 17.30

Ibiza terem

ESETMEGBESZÉLÉS (CASE1)  
**Esetbemutatók - Felső tápcsatorna**

Üléselnökök: **Illés Anita**, Pécs    **Ollé Georgina**, Szeged

- 16:30 **Polyposis szindrómák felső tápcsatornai manifesztációi - diagnózis** (15 + 5 perc)  
Papp Veronika, Budapest
- 16:50 **Polyposis szindrómák felső tápcsatornai manifesztációi - terápia** (15 + 5 perc)  
Szepes Zoltán, Szeged
- 17:10 **Polyposis szindrómák felső emésztőtraktuson kívüli manifesztációi** (15 + 5 perc)  
Kristóf Tünde, Miskolc

---

2025. június 12. csütörtök  
17.30 – 18.30

Ibiza terem

ESETMEGBESZÉLÉS (CASE2)  
**Esetbemutatók - Benignus epeúti szűkületek**

Üléselnökök: **Tarpay Ádám**, Budapest    **Gerlei Zsuzsanna**, Budapest

- 17:30 **Májtranszplantáció után kialakuló epeúti szövődmények és ellátásuk (tandem)** (12 + 3 perc)  
Illés Dóra, Szeged
- 17:30 **Májtranszplantáció után kialakuló epeúti szövődmények és ellátásuk (tandem)** (12 + 3 perc)  
Hritz István, Budapest
- 17:45 **Különböző etiológiájú benignus epeúti szűkületek ellátása** (12 + 3 perc)  
Kovalcsik Zsolt, Szekszárd
- 18:00 **PSC diagnózisának nehézségei** (12 + 3 perc)  
Haragh Attila, Kaposvár
- 18:15 **Autoimmun hepatitis és immun cholangiopathia átfedő szindrómája** (12 + 3 perc)  
Egresi Anna, Budapest

2025. június 12. csütörtök  
8:45 - 16:20

Marbella terem

PREMEETING  
**Xth ECCO Educational Workshop**

*Részvétel előzetes regisztráció alapján*

08:45 **Registration** (15 minutes)

09:00 **Welcome & Introduction to ECCO EWS** (10 minutes)  
Molnár Tamás, Szeged, Gionata Fiorino, Italy

**SESSION I: Crohn's Disease**  
Chair: **Molnár Tamás**, Szeged, **Gionata Fiorino**, Italy

09:10 **The Silent Scars of Crohn's Disease: Exploring Perianal Fistulizing Crohn's Disease** (45 minutes)  
Bacsur Péter, Szeged

09:55 **To treat or not to treat - approach of mild or quiescent Crohn's disease** (45 minutes)  
Menyhárt Orsolya, Budapest

---

10:40 – 10:55

KÁVÉSZÜNET

---

10:55 **Optimal management of penetrating Crohn's disease – time is of the essence** (45 minutes)  
Gönczi Lóránt, Budapest

11:40 **Treatment Selection in Crohn's Disease - Special situations & Specific populations** (30 minutes)  
Glen Doherty, Ireland

---

12:10 – 13:10

EBÉD

---

**SESSION II: Ulcerative Colitis**  
Üléselnökök: **Miheller Pál**, Budapest, **Glen Doherty**, Ireland

13:10 **Early prediction of outcome in ulcerative colitis – is it even possible?** (45 minutes)  
Farkas Bernadett, Szeged

13:55 **Steroid-refractory acute severe ulcerative colitis – what are the options?** (45 minutes)  
Resál Tamás, Budapest

---

14:40 – 14:55

KÁVÉSZÜNET

---

14:55 **Life with pouch – a woman's struggle** (45 minutes)  
Élthes Zsuzsa Bianka, Debrecen

15:40 **Gaps in quality of care in UC** (30 minutes)  
Gionata Fiorino, Italy

16:10 **Feedback and Closing Remarks** (10 minutes)  
Miheller Pál, Budapest, Glen Doherty, Ireland

2025.június 12. csütörtök  
16:30 – 17:15

Marbella terem

*JOHNSON & JOHNSON SZIMPÓZIUM*

**A gyulladásos bélbetegségek kezelése: mérföldkövek és megoldásra váró szakmai igények**

*Üléselnökök:* Molnár Tamás, Szeged

**Mérföldkövek az IBD kezelésében**

Molnár Tamás, Szeged

**Megoldásra váró szakmai igények IBD-ben**

Palatka Károly, Debrecen

**Biológiai terápiák: megoldás lehet-e az IL-23 gátlás?**

Kerekasztal résztvevők:

Molnár Tamás, Szeged, Sarlós Patrícia, Pécs, Palatka Károly, Debrecen

2025.június 12. csütörtök  
17:15 – 17:45

Marbella terem

*PFIZER SZIMPÓZIUM*

**Mi újság a JAK-gátlás terén colitis ulcerosában?**

*Üléselnökök:* Miheller Pál, Budapest

**A JAK-gátlók helye az IMID kezelésében**

Palatka Károly, Debrecen

**Barátkozzunk a JAK-gátlókkal: optimális társ kis hibákkal**

Molnár Tamás, Szeged

2025.június 12. csütörtök  
17:45 – 18:15

Marbella terem

*LILLY SZIMPÓZIUM*

**A kiterjesztett indukció és az eszkalációs terápia a colitis ulcerosa kezelése során**

*Előadók:* Miheller Pál, Budapest

Farkas Klaudia, Budapest

HIRDETÉS

FERRING

HIRDETÉS

FRESENIUS

2025.június 13. péntek  
7:30 – 8:00

Toscana 1. terem

*ASTRAZENECA SZIMPÓZIUM*  
**Az epeúti tractus daganatos betegek multidiszciplináris megközelítése**

**Az epeúti szűkületek diagnosztikája**  
Hritz István, Budapest

**Az epeúti tractus daganatainak sebészeti kezelése**  
Szijártó Attila, Budapest

**Az epeúti tractus daganatos betegek onkológiai ellátása**  
Harisi Revekka, Budapest

2025. június 13. péntek  
8:00 – 9:00

Toscana 1. terem

**POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG5)**  
**Táplálás terápia**

Üléselnökök: **Horváth Miklós**, Budapest      **Sahin Péter**, Budapest

08:00 **Enteralis táplálás: indikációk, kontraindikációk, eszköztartam** (18 + 2 perc)  
Horváth Miklós, Budapest

08:20 **Eszköztár: NGS, NJS, PEG, PEG-PEJ (behelyezés)** (18 + 2 perc)  
Zsóri Gábor, Gyula

08:40 **Szövődmények ellátása/ eszközcsere kérdései** (18 + 2 perc)  
Fábián Anna, Szeged

2025. június 13. péntek  
9:00 – 10:00

Toscana 1. terem

**POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG6)**  
**Vékonybél betegségek**

Üléselnökök: **Bajor Judit**, Pécs      **Müllner Katalin**, Budapest

09:00 **Coeliakia - magyar irányelv bemutatása** (18 + 2 perc)  
Bajor Judit, Pécs

09:20 **Mesenterialis ischaemia felismerése - gondoljunk rá!** (18 + 2 perc)  
Fenyves Bánk, Budapest

09:40 **Akut és krónikus intestinalis obstruktio** (18 + 2 perc)

Ollé Georgina, Szeged

---

10:00 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 13. péntek

[Toscana 1. terem](#)

10:30 – 11:30

PLENÁRIS ÜLÉS (P1)

**Plenáris szekció**

Üléselnökök: **Molnár Tamás**, Szeged    **Szalay Ferenc**, Budapest

10:30 **Az EUH és ERCP integrálódás koncepciója** (20 perc)

Szmola Richárd, Budapest

10:50 **Az érkező új biológiai terápiák eltérő mechanizmusai** (20 perc)

Lakatos Péter László, Montreal

11:10 **A májfibrózis szűrése: célkeresztben a krónikus májbetegségek korai felismerése** (20 perc)

Papp Mária, Debrecen

---

2025. június 13. péntek

[Toscana 1. terem](#)

11:30 – 12:30

PLENÁRIS ÜLÉS (P2)

**Plenáris szekció**

Üléselnökök: **Papp Mária**, Debrecen    **Madácsy László**, Székesfehérvár

11:30 **Mesterséges intelligencia az orvostudományban** (20 perc)

Peták Ferenc, Szeged

11:50 **Újdonságok a gasztroenterológiai onkológiában** (20 perc)

Maráz Anikó, Szeged

12:10 **Az endoszkópos szedáció európai gyakorlata 2024** (20 perc)

Illés Dóra, Szeged

2025.június 13. péntek  
12:30 – 13:00

Toscana 1. terem

*NOVONORDISK SZIMPÓZIUM*  
**Hová vezet az obezitás betegség: gasztrointesztinális kórképek**

Üléselnök: Gyökeres Tibor, Budapest

**Gondolkozz MASH-ként!**  
Pár Gabriella, Pécs

**Obezitással összefüggő gasztrointesztinális daganatok**  
Patai Árpád, Budapest

13:30 – 14:00

EBÉD

2025. június 13. péntek  
14:00 – 15:00

Toscana 1. terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP2)**

Üléselnökök: **Gyökeres Tibor**, Budapest      **Palatka Károly**, Debrecen

14:00 **Kérdések és válaszok - A Szakmai Kollégium Gasztroenterológiai Tagozatának egyéves munkája** (10 + 5 perc)  
Wittmann Tibor, Szeged

14:15 **Adatgyűjtés és ráfordítás, kódkarbantartási és súlyszám korrekció - Mire figyeljünk? Egységesítés!** (10 + 5 perc)  
Szamosi Tamás, Budapest

14:30 **Egynapos ellátás - Miért nem használja ki a szakma?** (10 + 5 perc)  
Szepes Zoltán, Szeged

14:45 **Staféta átadás 20 év után, de KINEK?** (10 + 5 perc)  
Gurzó Zoltán, Gyula

---

2025. június 13. péntek  
15:00 – 16:00

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP3)

Üléselnökök: **Varga Márta**, Békéscsaba

**Füle Balázs Krisztián**, Budapest

15:00 **Albumin szerepe májelégtelenség kezelésében- jelenlegi gyakorlat és új perspektívák** (15 perc)  
Papp Mária, Debrecen

15:15 **Albumin szerepe kritikus állapotú betegek kezelésében** (15 perc)  
Szűcs Attila, Nyíregyháza

15:30 **Albumin kezelés veszélyei és nem megfelelő felhasználás leggyakoribb területei** (15 perc)  
Dávida László, Debrecen

15:45 **Diszkusszió** (15 perc)

---

2025.június 13. péntek  
16:00 – 16:15

Toscana 1. terem

*SUPREMEX SZIMPÓZIUM*

Üléselnök: Szalay Ferenc, Budapest

**Az epesavak, az epesav malabszorpció (BAM) és a különböző bélbetegségek (IBD, MC, IBS) esetleges összefüggései a legújabb kutatási eredmények tükrében**  
Szamosi Tamás, Budapest

---

16:15 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

---

2025. június 13. péntek  
16:30 – 17:30

Toscana 1. terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG9)

Üléselnökök: **Golovics Petra**, Budapest      **Miheller Pál**, Budapest

16:30 **Az IBD korai kezelése (diff. dg, első vonalbeli kezelés, biológiai th időzítése és megválasztása)**sa (18 + 2 perc)  
Sarlós Patrícia, Pécs

16:50 **Gyógyszeres kezelés optimalizálása IBD-ben** (18 + 2 perc)  
Farkas Klaudia, Szeged

17:10 **IBD sebészi vonatkozásai - guideline** (18 + 2 perc)  
Miheller Pál, Budapest

---

2025. június 13. péntek  
17:30 – 18:30

Toscana 1. terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG10)

Üléselnökök: **Széll János**, Budapest      **Illés Dóra**, Szeged

17:30 **ERAS: dietetikai állapotfelmérés, optimális felkészülés a műtétre** (18 + 2 perc)  
Füstös Diána, Budapest

17:50 **ERAS a sebész szempontjából** (18 + 2 perc)  
Bánky Balázs, Budapest

18:10 **ERAS - posztoperatív teendők** (18 + 2 perc)  
Széll János, Budapest

---

2025. június 13. péntek  
18:30 – 19:00

Toscana 1. terem

MGT KÖZGYŰLÉS - VEZETŐSÉGVÁLASZTÁS

2025.június 13. péntek  
7:30 – 8:00

Ibiza terem

*HD CORD SZIMPÓZIUM*

**Miért fontos a dohányzásról történő leszoktatás a gasztroenterológiai kórképekben?**  
Torzsa Péter, Budapest

2025. június 13. péntek  
8:00 – 9:00

Ibiza terem

## SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP1)

Üléselnökök: **Németh Balázs**, Szeged**Hagymási Krisztina**, Budapest

08:00 **Új terápiás célpontok a fibrózis kezelésében**

**New therapeutic targets in the treatment of fibrosis** (15+5 perc)

Maléth József, Szeged

08:20 **Intesztinális fibrózis a gyulladásos bélbetegségekben**

**Intestinal fibrosis in inflammatory bowel diseases** (15+5 perc)

Farkas Klaudia, Szeged

08:40 **Májfibrózis a MASLD/MASH-ben: a patofiziológiától a diagnosztikáig és a terápiás stratégiáig**

**Liver fibrosis in MAFLD/MASH: from pathophysiology to diagnostics and therapeutic strategies** (15+5 perc)

Tornai Dávid, Debrecen

2025. június 13. péntek  
9:00 – 10:00

Ibiza terem

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE4)  
**Májbetegségek**

Üléselnökök: **Varga Márta**, Békéscsaba **Tornai István**, Debrecen

09:00 **PROGRESSION-FREE AND OVERALL SURVIVAL DATA OF PATIENTS WITH BCLC A-B-C STAGES OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA - DATA FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN CENTER** (6+2 perc)

Lombay Béla, Miskolc és m.tsai

09:08 **A májelzsírosodás súlyosságának kapcsolata a metabolikus kockázati tényezőkkel anyagcsere-asszociált zsírmájbetegségben** (6+2 perc)

Karácsony Márton Gábor, Budapest és m.tsai

- 09:16 **Kardiovaszkuláris szövődmények és rizikóbecslés MASLD-ben** (6+2 perc)  
Drácz Bálint, Budapest és m.tsai
- 09:24 **Non-invazív módszerek a májfibrosis, a steatosis stádiumának és a prognózis meghatározásában – magyarországi Wilson betegek körében** (6+2 perc)  
Folhoffer Anikó, Budapest és m.tsai
- 09:32 **Tofacitinib terápia melletti májenzimeltérések IBD-ben: klinikai jelentőség és terápiás következmények** (6+2 perc)  
Halász Réka, Szeged és m.tsai
- 09:40 **A metabolikus eredetű zsírmáj betegség és a 2-es típusú cukorbetegség szövődményeinek kapcsolata** (6+2 perc)  
Kozma Brigitta, Ráckeve és m.tsai
- 09:48 **Nemzetközi endoszkópos képzés és endoszkópos gumigyűrű ligatúra alkalmazása humán kadavereken** (6+2 perc)  
Barkai László József, Budapest és m.tsai

---

10:00 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

---

---

2025. június 13. péntek  
12:30 – 13:00

Ibiza terem

*SANDOZ SZIMPÓZIUM*

**IBD extraintesztinális manifesztációi – életkoron átívelő kihívások és megoldásaik**

Üléselnök: Molnár Tamás, Szeged

**IBD extraintesztinális manifesztációi felnőttekben – diagnosztikai és terápiás újdonságok a legfrissebb irányelvek szerint**

Molnár Tamás, Szeged

**Kis betegek, nagy kihívások – IBD extraintesztinális manifesztációi gyermekkorban**  
Szűcs Dániel, Szeged

**Diszkusszió**

---

13:00 – 14:00

EBÉD

---

---

2025. június 13. péntek  
14:00 – 15:00

Ibiza terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG7)  
**Endoszkópos UH**

Üléselnökök: **Gasztonyi Beáta**, Zalaegerszeg      **Hritz István**, Budapest

14:00 **EUS új utakon - képképzés (elasztográfia, CE, vascularitas)** (18 + 2 perc)  
Tarpay Ádám, Budapest

14:20 **EUS intervenció - végre evidenciák (EUS-BD, EUS-GB, EUS-GE, heamostasis és ablatio)** (18 + 2 perc)  
Hritz István, Budapest

14:40 **EUS mintavételi technikák (FNA/FNB, SP/WS/DS, MOSE/ROSE)** (18 + 2 perc)  
Bakucz Tamás, Budapest

---

2025. június 13. péntek  
15:00 – 16:00

Ibiza terem

POSZTGRADUÁLIS KURZUS (PG8)

Üléselnökök: **Bor Renáta**, Szeged      **Erőss Bálint**, Budapest

15:00 **ESGE polyp guideline 2024: hideg hurok alkalmazása - mikor/hogyan?** (18 + 2 perc)  
Gellért Bálint, Budapest

15:20 **ESGE polyp guideline 2024: forró hurok - mit/mikor?** (18 + 2 perc)  
Bor Renáta, Szeged

15:40 **ESD vs. EMR - ESD térvesztése?** (18 + 2 perc)  
Gyökeres Tibor, Budapest

---

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 13. péntek  
16:30 – 17:30

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP4)  
**Hogyan javíthatjuk a pancreas carcinoma prognózisát?**

Üléselnökök: **Hegyi Péter**, Budapest    **Illés Dóra**, Szeged

- 16:30 **Kit és hogyan szűrjünk?** (12 + 3 perc)  
Czakó László, Szeged
- 16:45 **Primer műtét vagy neoadjuváns kezelés** (12 + 3 perc)  
Dubóczki Zsolt, Budapest
- 17:00 **Személyre szabott terápia pancreas carcinomában** (12 + 3 perc)  
Molnár Viktor, Budapest
- 17:15 **Palliatív terápia – amit gyakran elfelejtünk (táplálásterápia, enzimpótlás, LMWH, neurolízis, RFA)** (12 + 3 perc)  
Sahin Péter, Budapest

2025. június 13. péntek  
17:30 – 18:30

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP5)

Üléselnökök: **Szamosi Tamás**, Budapest    **Iliás Ákos**, Budapest

- 17:30 **Széklettranszplantáció - valós és hitt indikációk** (15+5)  
Péterfi Zoltán, Pécs
- 17:50 **IgG meghatározás és zonulin - létezik valós indikáció? IGEN** (8+2)  
Schwab Richard, Budapest
- 18:00 **IgG meghatározás és zonulin - létezik valós indikáció? NEM** (8+2)  
Miheller Pál, Budapest
- 18:10 **Probiotikumok -bizonyíték alapú indikációk?** (15+5)  
Szabó Bálint Gergely,

2025. június 13. péntek  
8:00 – 9:00

Marbella terem

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE3)  
**Hasnyálmirigy-epeúti betegségek**

Üléselnökök: **Szegedi László**, Nyíregyháza    **Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét

- 08:00 **PROGNOSIS OF PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS (PSC) IN HUNGARY IS INDEPENDENT OF COEXISTING INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND PROGNOSTIC ABILITY OF THE CURRENTLY USED PSC RISK SCORES ARE LIMITED** (6+2 perc)  
Tornai Dávid, Debrecen és m.tsai
- 08:08 **CARDIAC INVOLVEMENT IN ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF CLINICAL OUTCOMES** (6+2 perc)  
Lillik Veronika, Székesfehérvár és m.tsai
- 08:16 **IMPACT OF PAPILLARY MORPHOLOGY ON ERCP OUTCOMES AND RESCUE CANNULATION TECHNIQUES – A RETROSPECTIVE COHORT STUDY** (6+2 perc)  
Tari Edina, Budapest és m.tsai
- 08:24 **CLINICAL OUTCOMES AND SAFETY OF ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY PANCREATIC DUCT DRAINAGE FOR PANCREATIC PSEUDOCYSTS: A SINGLE-CENTER TERTIARY STUDY** (6+2 perc)  
Vánca Szilárd, Pécs és m.tsai
- 08:32 **THE IMPACT OF METABOLIC SYNDROME AND ITS INDIVIDUAL COMPONENTS ON ACUTE PANCREATITIS OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (6+2 perc)  
Dobszai Dalma, Budapest és m.tsai
- 08:40 **DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF INTRACYSTIC CARCINOEMBRYONIC ANTIGEN (CEA) VERSUS GLUCOSE IN DIFFERENTIATION OF MUCINOUS AND NON-MUCINOUS PANCREATIC CYSTS** (6+2 perc)  
Gyimesi György, Budapest / Münsterlingen, Switzerland és m.tsai
- 08:48 **BAL PITVARI ESZKÖZÖS FÜLCSEZÁRÁS, MINT AZ ORALIS ANTIKOAGULÁNS TERÁPIÁT KIVÁLTÓ ELJÁRÁS NON-VALVULÁRIS PITVARFIBRILLÁCIÓBAN: 11 ÉV KLINIKAI TAPASZTALATAI WATCHMAN OCCLUDER BEHELYEZÉSÉVEL** (6+2 perc)  
Bogdan Manuella, Budapest és m.tsai

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE5)**  
**Felső tápcsatorna**

Üléselnökök: **Pécsi Gyula**, Győr **Papp Veronika**, Budapest

- 09:00 **MANIFESZT NEM VARIX EREDETŰ TÁPCSATORNAI VÉRZÉSSSEL HOSPITALIZÁLT BETEGEK KEZELÉSI STRATÉGIÁJA A GASZTROPROTEKCIÓ, THROMBOCYTA AGGREGÁCIÓGÁTLÓ ÉS ANTIKOAGULÁNS TERÁPIA VONATKOZÁSÁBAN** (6+2 perc)  
Bősze Zsófia, Szeged és m.tsai
- 09:08 **PREDIKTÍV ÉS PROGNOZTIKUS KOCKÁZATBECSLŐ PONTRENDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA FELSŐ TÁPCSATORNAI NEM VARIX EREDETŰ VÉRZÉSEKBEN** (6+2 perc)  
Kozma Márk Dániel, Budapest és m.tsai
- 09:16 **IMPACT OF ETHANOL AND ACETALDEHYDE ON THE FUNCTION AND EXPRESSION OF NHE-1 IN ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS** (6+2 perc)  
Volford Bettina, Szeged és m.tsai
- 09:24 **SÜRGŐSSÉGI GASZTROSZKÓPIA IDEJE FELSŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSBEN** (6+2 perc)  
Kovács Bálint Tibor, Budapest és m.tsai
- 09:32 **TAPADÓ KOAGULUM VIZSGÁLATA PEPTIKUS FEKÉLYVÉRZÉSBEN RETROSPEKTÍV KOHORSZ VIZSGÁLATBAN: MI TÖRTÉNIK A VÉRRÖG ELTÁVOLÍTÁSA UTÁN?** (6+2 perc)  
Lalák Kata, Budapest és m.tsai
- 09:40 **PREDIKTÍV ÉS PROGNOZTIKAI KOCKÁZATBECSLŐ PONTRENDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA FELSŐTÁPCSATORNAI VARIX EREDETŰ VÉRZÉSEKBEN** (6+2 perc)  
Csókay Bernadett Kinga, Budapest és m.tsai
- 09:48 **INTERVENCIÓS RADIOLÓGIA SZEREPE AZ AKUT GASTROINTESTINALIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN A GYŐR-MOSON-SOPRON VÁRMEGYEI PETZ ALADÁR EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZBAN** (6+2 perc)  
Balogh Csaba, Győr és m.tsai

---

2025. június 13. péntek  
14:00 - 15:50

Marbella terem

BEL-HANDS-ON-1  
**Bél ultrahang hands-on tréning I. rész (IBUS által támogatott kurzus)**

*A részvételhez előzetes regisztráció volt szükséges.*

- 14:00 **Welcome** (5 minutes)  
Gecse Krisztina, Amsterdam, Netherland, Molnár Tamás, Szeged
- 14:05 **How to perform IUS and what to look for?** (25 minutes)  
Christoph Teichert, Amsterda, Netherland
- 14:30 **Hands-on #1 (Normal findings - IUS in healthy volunteers)** (60 minutes)  
Gecse Krisztina, Amsterdam, Netherland, Molnár Tamás, Szeged, Székely György, Budapest, Christoph Teichert, Amsterda, Netherland, Berényi Zsolt, Szeged
- 15:30 **What's hot in IUS in Crohn's disease?** (20 minutes)  
Molnár Tamás, Szeged

---

15:50 – 16:00

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 13. péntek  
16:00 - 18:30

Marbella terem

BEL-HANDS-ON-2  
**Bél ultrahang hands-on tréning II. rész (IBUS által támogatott kurzus)**

*A részvételhez előzetes regisztráció volt szükséges.*

- 16:00 **Hands-on #2 (IUS in CD patients)** (60 minutes)  
Gecse Krisztina, Amsterdam, Netherland, Molnár Tamás, Szeged, Székely György, Budapest, Christoph Teichert, Amsterda, Netherland, Berényi Zsolt, Szeged
- 17:00 **What's hot in IUS in Ulcerative Colitis** (20 minutes)  
Gecse Krisztina, Amsterdam, Netherland
- 17:20 **Hands-on #3 (IUS in UC patients)** (60 minutes)  
Gecse Krisztina, Amsterdam, Netherland, Molnár Tamás, Szeged, Székely György, Budapest, Christoph Teichert, Amsterda, Netherland, Berényi Zsolt, Szeged
- 18:20 **Closing remarks** (10 minutes)  
Gecse Krisztina, Amsterdam, Netherland

2025.06.13.

**PÉNTEK**

PANORÁMA TEREM

---

2025. június 13. péntek  
10:00 - 13:00

Panoráma terem

PEG-HANDS-ON  
**NUTRICIA - PEG behelyező kurzus**

Oktatók:  
**Hritz István**, Budapest  
**Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét  
**Novák Péter**, Kecskemét

---

2025. június 14. szombat  
7:30 – 8:00

Toscana 1. terem

*CELLTRION SZIMPÓZIUM*  
**Az infliximab további lehetőségei az IBD terápiájában**

Üléselnökök: Palatka Károly, Debrecen

**Mik a subcutan infliximab előnyei az újabb biológikumok korában?**  
Lakatos Péter László, Montreal

2025. június 14. szombat  
8.00 – 9:00

Toscana 1. terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP6)**  
**Terápiás döntések speciális helyzetekben**

Üléselnökök: **Palatka Károly**, Debrecen **Schwab Richard**, Budapest

08:00 **Gyulladásos bélbetegségekhez társuló arthritisek - mi újság?** (15 perc)  
Horváth Ágnes, Veszprém

08:15 **A mikrobiom változásai arthritisekben és szisztémás autoimmun kórképekben** (15 perc)  
Barta Zsolt, Debrecen

08:30 **A szisztémás autoimmun kórképek gasztrointesztinális manifesztációi** (15 perc)  
Zöld Éva, Debrecen

08:45 **Diszkusszió** (15 perc)

2025. június 14. szombat  
9:00 – 10:00

Toscana 1. terem

**Angol nyelvű előadások (ENG1) / Lectures in English (ENG1)**

Üléselnökök: **Czakó László**, Szeged **Molnár Tamás**, Szeged

09:00 **The gut pancreas-axis - Implications for benign and malignant pancreatic diseases**  
**The gut pancreas-axis - Implications for benign and malignant pancreatic diseases** (20 perc)  
Albrecht Neesse, Göttingen

09:20 **Recent advances in the translational research of gastrointestinal malignancies** (20 perc)

Carmen Mota-Reyes, München

09:40 **Navigating the maze of drug therapy in IBD** (20 perc)

Peter Irving, London, England

---

10:00 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 14. szombat

Toscana 1. terem

10:30 – 11:30

**Angol nyelvű előadások (ENG2) / Lectures in English (ENG2)**

**MGT külföldi tiszteletbeli tagok előadásai**

Üléselnökök:

**Gyökeres Tibor**, Budapest **Szepes Zoltán**, Szeged **Palatka Károly**, Debrecen

**Vincze Áron**, Pécs **Czakó László**, Szeged

10:30 **Tips and Tricks for Managing Acute Non-Variceal Upper GI Bleeding** (30 perc)

Ian Gralnek, Israel

11:00 **TIPS for bleeding esophageal varicies** (20 perc)

Juan Carlos García-Pagán, Barcelona

---

2025. június 14. szombat

Toscana 1. terem

11:30 – 12:30

PLENÁRIS ÜLÉS (P3)

**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 **Kalandozások a hepatológia világában - klinikai kutatás a gyógyítás szolgálatában - Kalandozások a hepatológiában - klinikai kutatás a betegellátás javítása érdekében** (20 perc)

Papp Mária, Debrecen

## **SÁFRÁNY LÁSZLÓ EMLÉKELŐADÁS**

11:50 **Sáfrány László emlékelőadás**

Papp János, Budapest

## MAGYAR IMRE EMLÉKELŐADÁS

- 12.10 **Magyar Imre emlékelőadás és díjátadás (10+3 perc)**  
**Humán hasnyálmirigy organoidok sejt polaritásának szabályozása jelentősen növeli az ex vivo fiziológiai modellezés felbontását.**  
Varga Árpád, Szeged

### A kitüntetés átadása

## PRO OPTIMO MERITO IN GASTROENTEROLOGIA KITÜNTETÉSEK ÁTADÁSA

A kitüntetést kapják: **Gurzó Zoltán**, Gyula

**Lakatos Péter László**, Montreal

### Díjak átadása:

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

A díjat kapják: **Jójárt Boldizsár**, Szeged és mtsai

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

A díjat kapják: **Magyar Dániel**, Szeged és mtsai

---

2025. június 14. szombat  
12:30 – 13:00

[Toscana 1. terem](#)

### FERRING SZIMPÓZIUM

**Nemzetközi körkép az IBD betegek ellátásáról kerekasztal beszélgetés angol nyelven**

*Kerekasztal beszélgetés résztvevői:*

**Szamosi Tamás**, Budapest, **Gecse Krisztina**, Amsterdam, Netherland,  
**Peter Irving**, London, England

---

13:00 – 13:50

EBÉD

---

**Angol nyelvű előadások (ENG3) / Lectures in English (ENG3)**

Üléselnökök: **Lázár György**, Szeged    **Rosztóczy András**, Szeged

13:50 **AI in colonoscopy: from evidence to guidelines** (30 perc)  
Cesare Hassan, Róma

14:20 **Modern endoscopic surgical therapy for early oesophageal cancer and Barrett oesophagus** (20 perc)  
Aleksandar P. Simic, Belgrade

14:40 **Gastroparesis - what an endoscopist can offer** (20 perc)  
Jan Martínek, Prága

---

2025. június 14. szombat  
15:00 – 16:00

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP7)

Üléselnökök: **Molnár Béla**, Budapest    **Tiszlavicz László**, Szeged

- 15:00 **Felső gasztrointesztinalis tumorok molekuláris vizsgálata és azok terápiás konzekvenciája. Klinikai vizsgálatok a láthatáron**  
**Molecular Analysis of Upper Gastrointestinal Tumors and Their Therapeutic Implications: Clinical Trials on the Horizon** (15+5 perc)  
Szentmártoni Gyöngyvér, Budapest
- 15:20 **A transzlációs gasztroenterológia jövője: in silico és organoid technológiák**  
**The future of translational gastroenterology: in silico and organoid technologies** (15+5 perc)  
Varga Árpád, Szeged
- 15:40 **Előadáscím magyar nyelven**  
**Distinct mutational mechanisms shape cancer immunity through generating amino acid substitution bias** (15+5 perc)  
Manczinger Máté, Szeged

---

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 14. szombat  
16:30 – 17:30

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP8)

Üléselnökök: **Róka Richárd**, Szeged    **Tulassay Zsolt**, Budapest

- 16:30 **GERD diagnosztikája- Lyon 2.0 Konszenzus** (15 perc)  
Illés Anita, Pécs
- 16:45 **H2 receptor blokkoló terápia új indikációs lehetőségei** (15 perc)  
Altörjay István, Debrecen
- 17:00 **Tartós PPI terápia mellékhatásai- Tényleg árthatunk vele?** (15 perc)  
Hersényi László, Budapest
- 17:15 **P-CAB terápia. Többet tud?** (15 perc)  
Rosztóczy András, Szeged

2025. június 14. szombat  
17:30 – 18:30

Toscana 1. terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP9)  
**Checkpoint-inhibitor immunterápia gasztroenterológiai mellékhatásai**

Üléselnökök: **Oláh Judit**, Szeged      **Miheller Pál**, Budapest

17:30 **A check-point inhibitor kezelés hatásmechanizmusa, hatékonysága** (15 perc)  
Gyulai Roland, Szeged

17:45 **Immunmediált colitisek** (15 perc)  
Molnár Tamás, Szeged

18:00 **Check-point inhibitorok okozta hepatotoxicitás** (15 perc)  
Hagymási Krisztina, Budapest

18:15 **Diszkusszió** (15 perc)

2025. június 14. szombat  
18:30 – 19:00

Toscana 1. terem

*ABBVIE SZIMPÓZIUM*

**Túl a randomizált klinikai vizsgálatokon: JAK-gátlás a való életben**

Üléselnökök: Molnár Tamás, Szeged    Palatka Károly, Debrecen

**Való élet, valós hatás - JAK-gátlók real-world eredményei colitis ulcerosában**  
Farkas Klaudia, Szeged

**A mindennapi gyakorlat betegei – JAK-gátlás tapasztalatai Crohn-betegségben a valóéletből**  
Sarlós Patrícia, Pécs

2025. június 14. szombat  
7:30 – 8:00

Ibiza terem

*IPSEN SZIMPÓZIUM*

Üléselnökök: Szalay Ferenc, Budapest

**Diagnosztikai lépések és kockázatbecslés primer biliáris cholangitis esetében**  
Hagymási Krisztina, Budapest

**A primer biliáris cholangitis kezelése a jelenlegi irányelvek és evidenciák alapján**  
Papp Mária, Debrecen

2025. június 14. szombat  
8:00 – 9:00

Ibiza terem

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP10)

Üléselnökök: **Werling Klára**, Budapest **Péter Zoltán**, Budapest

08:00 **Gyerekkori zsírmáj: Mi lesz velük, ha felnőnek?** (15 perc)  
Szabó Dolóresz, Budapest

08:15 **Új lehetőségek a MASLD es MASH kezelésében** (15 perc)  
Pár Gabriella, Pécs

08:30 **Kardiovaszkuláris-vese-metabolikus szindróma (CKM)** (15 perc)  
Sipter Emese, Budapest

08:45 **Diszkusszió** (15 perc)

2025. június 14. szombat  
12:30 – 13:00

Ibiza terem

*OPELLA SZIMPÓZIUM*

**Mikrobiom-központú terápiák a metabolikus diszfunkcióval társult zsírmájbetegség (MASLD) kezelésében**  
Papp Mária, Debrecen

**Probiotikumok szerepe a gyomor-bélrendszeri betegségek kezelésében**  
Altörjay István, Debrecen

---

13:00 – 14:00

EBÉD

---

2025. június 14. szombat

Ibiza terem

15:00 – 16:00

SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP11)

Üléselnökök: **Rosztóczy András**, Szeged **Demeter Pál**, Budapest

15:00 **Antibiotikum profilaxis gasztroenterológiai indikációi** (15 perc)

Ivány Emese, Szeged

15:15 **Tartós antibiotikus kezelés lehetséges gasztroenterológiai indikációi (tandem)** (15 perc)

Szamosi Tamás, Budapest

15:15 **Tartós antibiotikus kezelés lehetséges gasztroenterológiai indikációi (tandem)** (15 perc)

Szabó Bálint Gergely

15:30 **Antimycotikus kezelés lehetséges indikációi a gasztroenterológiában** (15 perc)

Fried Katalin, Budapest

15:45 **Diszkusszió** (15 perc)

---

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 14. szombat

Ibiza terem

16:30 – 17:30

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE7)

**IBD**

Üléselnökök: **Iliás Ákos**, Budapest **Sarang Krisztina**, Szombathely

16:30 **Characterization of the cytokine levels with predictive values in tofacitinib-treated moderate to severe Ulcerative colitis patients: results of a prospective cohort study** (6+2 perc)

Jójárt Boldizsár, Szeged és m.tsai

16:38 **Comparative short-term effectiveness of tofacitinib and upadacitinib in refractory, moderate-to-severe ulcerative colitis – An international, multicenter cohort study** (6+2 perc)

Farkas Bernadett, Szeged és m.tsai

- 16:46 **Evolution of epidemiological stages of inflammatory bowel disease in Hungary – trends of age and gender specific incidence and prevalence from a population-based cohort between 1977–2018** (6+2 perc)  
Gönczi Lóránt, Budapest és m.tsai
- 16:54 **Evaluation of the long-term outcomes of Crohn's disease complicating intra-abdominal abscess - retrospective, multicentre cohort study** (6+2 perc)  
Bacsur Péter, Szeged és m.tsai
- 17:02 **Comparison of faecal Plasminogen activator inhibitor type 1 (PAI-1) and Calprotectin differential diagnostic potential in inflammatory bowel diseases and other gastrointestinal disorders** (6+2 perc)  
Jójiárt Boldizsár, Szeged és m.tsai
- 17:10 **Postoperative disease recurrence and re-resection rate in stenosing and penetrating ileocolic Crohn's disease** (6+2 perc)  
Resál Tamás, Budapest és m.tsai
- 17:18 **Az Észak -Pesti Centrumkórház Gasztroenterológiai osztályán OPT programban gondozott betegeink** (6+2 perc)  
Németh Noémi, Budapest és m.tsai

---

2025. június 14. szombat

Ibiza terem

17:30 – 18:30

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE9)**  
**IBD, Felső tápcsatorna, Egyéb**

Üléselnökök: **Bajor Judit**, Pécs **Palatka Károly**, Debrecen

- 17:30 **Biológiai szerek szérumszintje és a testösszetétel összefüggései gyulladásos bélbetegségben** (6+2 perc)  
Fedorcsák Dóra, Budapest és m.tsai
- 17:38 **Evaluation of characteristics of fecal urgency in patients with ulcerative colitis** (6+2 perc)  
Ivány Emese, Szeged és m.tsai
- 17:46 **Financiális okból infliximab bioszimilerekre történő váltás hatékonysága, biztonsága és költséghatékonysága - prospektív kohorszvizsgálat** (6+2 perc)  
Pálista Máté, Szeged és m.tsai
- 17:54 **Do coeliac patients adhere to the Mediterranean diet?** (6+2 perc)  
Peresztegi Míra Zsófia, Pécs és m.tsai
- 18:02 **Micronutrient and vitamin deficiency in coeliac disease** (6+2 perc)  
Holczér Miklós, Pécs és m.tsai
- 18:10 **Assessment of the prevalence of DGBI (Diseases of Gut-Brain Interaction) and the somatic and psychological health status in patients with infertility** (6+2 perc)  
Róka Richárd, Szeged és m.tsai

18:18 **Újonnan diagnosztizált cöliákiás betegek testösszetétel paramétereinek vizsgálata 1 éves gluténmentes diétát követően Prospektív, multicentrikus, eset-kontroll vizsgálat (ARCTIC study) (6+2 perc)**  
Lemes Klára, Szeged és m.tsai

---

2025. június 14. szombat  
18:30 – 19:00

Ibiza terem

*GOODWILL PHARMA SZIMPÓZIUM*

Üléselnökök: Papp Mária, Debrecen

**A rifaximin kezelés aktualitásai divertikuláris betegségben**  
Bubán Tamás, Debrecen

---

2025. június 14. szombat

Marbella terem

8:00 – 9:00

## SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP12)

Üléselnökök: **Farkas Klaudia**, Szeged **Dezsőfi-Gottl Antal**, Budapest08:00 **Terápiás különbségek a gyermekkori és felnőttkori IBD ellátásában (12+3)**

Cseh Áron, Budapest

08:15 **Gyógyszerszint mérés jelentősége gyermek és felnőttkorban IBD-ben (tandem) (12+3)**

Sarlós Patrícia, Pécs

08:15 **Gyógyszerszint mérés jelentősége gyermek és felnőttkorban IBD-ben (tandem) (12 + 3)**

Tárnok András, Pécs

08:30 **Hagyományos terápiára nem reagáló gyermek tranzíciója IBD-ben (tandem) (12+3)**

Molnár Tamás, Szeged

08:30 **Hagyományos terápiára nem reagáló gyermek tranzíciója IBD-ben (tandem) (12 + 3)**

Szűcs Dániel, Szeged

08:45 **Diszkusszió (15 perc)**

---

2025. június 14. szombat

Marbella terem

9:00 – 10:30

## SZAKDOLGOZÓI IBD SZEKCIÓ (SZD-IBD)

Üléselnökök: **Huszka László**, Szeged **Sarlós Patrícia**, Pécs09:00 **Táplálás az IBD-ben (Esetbemutató) (10 + 2 perc)**

Zsilák-Urbán Mihály, Szeged

09:12 **Változások a nemzetközi ECCO képzés hatására (10 + 2 perc)**

Zsobrák Karol, Kaposvár

09:24 **Kinek nyílik meg a beteg? Az IBD nővér szerepe (10 + 2 perc)**

Fisiné Hódosi Mónika, Budapest

09:36 **Étrend jelentősége gyulladásos bélbetegségben (tandem) (10 + 2 perc)**

Lada Szilvia, Szeged

- 09:36 **Étrend jelentősége gyulladásos bélbetegségben (tandem)** (10 + 2 perc)  
Bolgár Tímea, Szeged
- 09:48 **Terhességi kimenetek IBD-s beteganyagunkban** (10 + 2 perc)  
Budai-Budácsik Brigitta, Szeged
- 10:00 **Prevenció és egészségtudatosság a gyulladásos bélbetegek körében** (10 + 2 perc)  
Belovai Martin, Szeged
- 10:12 **Tanulságos esetek az IBD nővér szemszögéből** (10 + 2 perc)  
Huszka László, Szeged
- 10:24 **Diszkusszió** (6 perc)

---

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 14. szombat

Marbella terem

11:00 – 13:00

### SAKDOLGOZÓI SEKCIÓ (SZD1)

Üléselnökök: **Róka Richárd**, Szeged    **Beluzsár Adrienn**, Miskolc

- 11:00 **Kommunikáció a betegekkel**  
**Communication with the patients** (15 perc)  
Varga Andrea, Budapest
- 11:15 **Asszisztensek védelme a kiégés ellen** (15 perc)  
Sánta Anett, Szeged
- 11:30 **A reflux betegség, mint népegészségügyi probléma** (10+2 perc)  
Langhammer Szilvia, Pécs
- 11:42 **A reflux szövődményei** (10+2)  
Czimmer József, Pécs
- 11:54 **Reflux műtét** (10+2)  
Papp András, Pécs
- 12:06 **Veni, Vidi, Vici - Mit adott nekem Pécs!?** (10+2)  
Ács Melinda, Eger
- 12:18 **Tényleg olyan fontos-biztonsági ellenőrző lista** (10+2)  
Erőss Bálint, Budapest
- 12:30 **Green Endoscopy. What is it? Where do you start?** (20 perc)  
Sean Conolly, Dublin, Ireland

12:50 **Diszkusszió** (10 perc)

---

13:00 – 14:00

EBÉD

---

2024. június 1. szombat

Marbella terem

14:00 – 15:00

**SZAKDOLGOZÓI SZEKCIÓ (SZD-K2)**  
**Szakdolgozói Közgyűlés**

14:00 **Asszisztensi Szekció választások** (30 perc)

Regőczy Henriett, Győr

14:30 **Oktatási Bizottság beszámolója** (5 perc)

Tari Krisztina, Budapest

14:35 **GEA képzéséért Alapítvány elnöki beszámolója és az asszisztensi honlapról tájékoztató** (10 perc)

Kabai Annamária, Karcag

14:45 **Asszisztensi Szekció elnöki beszámoló és lemondás** (10 perc)

Paulovicsné Kiss Melinda, Pécs

14:55 **Szepes Attila díj átadása** (5 perc)

---

2025. június 14. szombat

Marbella terem

15:00 – 16:00

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP13)**  
**Pancreatobiliáris endoszkópia**

Üléselnökök: **Szepes Zoltán**, Szeged **Dubravcsik Zsolt**, Kecskemét

15:00 **Pancreatobiliáris endoscopy: központosítás elméletben** (15 perc)

Vincze Áron, Pécs

15:15 **Pancreatobiliáris endoscopy: hétköznapi betegutak** (15 perc)

Szmola Richárd, Budapest

15:30 **Endohepatológia, avagy az EUH lehetőségei májbetegségekből** (15 perc)

Czakó László, Szeged

15:45 **Diszkusszió** (15 perc)

---

16:00 – 16:30

KÁVÉSZÜNET

---

SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE8)  
**Hasnyálmirigy-epeúti betegségek**

Üléselnökök: **Madácsy László**, Székesfehérvár      **Hamvas József**, Budapest

- 16:30 **ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VEZÉRELT RADIOFREKVENCIÁS ABLÁCIÓ (EUH-RFA): ÚJ LEHETŐSÉG A HASNYÁLMIRIGY NEUROENDOKRIN TUMOROK KEZELÉSÉBEN – ELSŐ HAZAI ESETEK** (6+2 perc)  
Lassú Péter, Veszprém és m.tsai
- 16:38 **ATB-346 AMELIORATES THE SEVERITY OF EXPERIMENTAL NECROTIZING ACUTE PANCREATITIS** (6+2 perc)  
Orján Erik Márk, Szeged és m.tsai
- 16:46 **CARDIOVASCULAR COMORBIDITIES AND COMPLICATIONS IN ACUTE PANCREATITIS: ASSOCIATIONS WITH IN-HOSPITAL AND ONE-YEAR MORTALITY - A SINGLE-CENTER REGISTRY ANALYSIS** (6+2 perc)  
Lillik Veronika, Székesfehérvár és m.tsai
- 16:54 **SINGLE-CENTER EXPERIENCE WITH ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF DEMARCATED PANCREATIC WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS (WOPN)** (6+2 perc)  
Hegyi Jenő Péter, Budapest és m.tsai
- 17:02 **SAFETY AND EFFECTIVENESS OF CHOLECYSTECTOMY IN PREGNANT WOMEN WITH BILIARY PANCREATITIS – BORN STUDY – AN INTERNATIONAL SURVEY** (6+2 perc)  
Tarján Dorottya, Budapest és m.tsai
- 17:10 **EFFICACY OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED WALLED-OFF PANCREAS NECROSIS DRAINAGE – SEMS VS LAMS** (6+2 perc)  
Gieszinger Gábor, Szeged és m.tsai
- 17:18 **HUNGARIAN SINGLE CENTER DATA ANALYSIS OF ANTICOAGULANT THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS-RELATED SPLANCHNIC VENOUS THROMBOSIS** (6+2 perc)  
Khan Sajid, Budapest és m.tsai

2025. június 14. szombat  
17:30 – 18:30

Marbella terem

**SZAKMAI SZIMPÓZIUM (SYMP14)**  
**Pancreatobiliáris endoszkópia**

Üléselnökök: **Szabó Imre**, Pécs **Rosztóczy András**, Szeged

17:30 **Helicobacter pylori diagnosztikája és kezelése gyermekkorban** (15 perc)  
Vass Noémi, Szeged

17:45 **GLP-1 analógok gyomorürülésre kifejtett hatása** (15 perc)  
Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

18:00 **Bariátriai beavatkozások késői szövődményei** (15 perc)  
Simonka Zsolt, Szeged

18:15 **Új minőségi szempontok gastroscopia során** (15 perc)  
Vincze Áron, Pécs

2025. június 14. szombat  
18:30 – 19:00

Marbella terem

*SIMBIOPLUS (MED-DENTAL) SZIMPÓZIUM*  
**Az Anyatej Oligoszacharidok lehetséges egészségügyi előnyei felnőttekben**

Előadók:  
**Egyed Miklós**, Kaposvár  
**Bajor Judit**, Pécs

2025. június 15. vasárnap  
8:00 – 10:00

Toscana 1. terem

POSZTER 1 SZEKCIÓ  
Esetismertetések

Üléselnökök: **Vitális Zsuzsanna**, Debrecen **Wittmann Tibor**, Szeged **Novák János**, Gyula

08:00 **A WILSON-KÓROS BETEGEK HEPATOLÓGIAI GONDOZÁSA A GYERMEKVÁLLALÁS, VÁRANDÓSSÁG ÉS SZOPTATÁS IDŐSZAKÁBAN** (5 perc)

Krolopp Anna, Budapest és m.tsai

08:05 **THE PROGNOSTIC VALUE OF NUTRITIONAL STATUS IN ACUTE PANCREATITIS** (5 perc)

Vámosy Klára, Budapest és m.tsai

08:10 **A CLDN2-MORC4 LOCUS HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSSAL ÖSSZEFÜGGÉST MUTATÓ RS7057398 MUTÁCIÓJÁNAK ANALÍZISE A MAGYAR POPULÁCIÓBAN** (5 perc)

Kazi Brigitta, Szeged és m.tsai

08:15 **The Evaluation Of Gastro-Esophageal Reflux Related Symptoms (Ger-Rs) In South-East Hungarian Patients With Psychiatric Disorders (Pd)** (5 perc)

Ollé Georgina, Szeged és m.tsai

08:20 **NEUROENDOKRIN TUMOROK ENDOSZKÓPOS TELJES FALI RESECTIOJA (EFTR) A FELSŐ TÁPCSATORNÁBAN** (5 perc)

Papp Veronika, Budapest és m.tsai

08:25 **A COLORECTALIS ENDOSZKÓPOS POST-POLYPECTOMIÁS ÉS POST-NEOPLASTICUS KÖVETÉSRŐL SZÓLÓ IRÁNYELVEK BETARTÁSÁNAK VIZSGÁLATA** (5 perc)

Magyar Dániel, Szeged és m.tsai

08:30 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK A HEPATOLÓGIAI AMBULANCIÁN** (5 perc)

Lénárt Ágnes, Debrecen és m.tsai

08:35 **PREOPERATIVE EXCLUSIVE ENTERAL NUTRITION REDUCES POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ADULTS WITH CROHN'S DISEASE UNDERGOING ELECTIVE SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)

Demeter Dóra, Budapest és m.tsai

08:40 **GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS AKUT ELLÁTÁSA A HONVÉDKÓRHÁZ SÜRGŐSSÉGI CENTRUMÁBAN - SZAKMAI AUDIT** (5 perc)

Sánta Krisztina, Budapest és m.tsai

- 08:45 **RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE ETHIOLOGY OF ABDOMINAL BLOATING AND DISTENSION. EXOCRINE PANCREAS INSUFFICIENCY WITHOUT DIARRHEA IS AN UNDERDIAGNOSED CAUSE** (5 perc)  
Márczis Franciska, Pécs és m.tsai
- 08:50 **A VESEKÁROSODÁS HOZZÁJÁRUL A ROSSZABB TÚLÉLÉSI EREDMÉNYEKHEZ FELSŐ ÉS ALSÓ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSBEN SZENVEDŐ BETEGEKNÉL: EGY 1,160 ESETBŐL ÁLLÓ KOHORSZ TANULMÁNY EREDMÉNYEI** (5 perc)  
Simon Orsolya, Pécs és m.tsai
- 08:55 **HEMATOLOGICAL PARAMETERS DRIVEN INFLAMMATORY SCORES IN NON-PANCREATIC HYPERLIPASEMIA (NPHL)** (5 perc)  
Fehér Krisztina Eszter, Debrecen és m.tsai
- 09:00 **EGY NEM SZOKVÁNYOS MÁJCISZTA: ECHINOCOCCUS GRANULOSUS KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE** (5 perc)  
Pepa Krisztián, Békéscsaba és m.tsai
- 09:05 **INCREASED RISK OF PANCREATIC CANCER AFTER ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Lee Jimin, Budapest és m.tsai
- 09:10 **ERCP MINŐSÉGI AUDITJA 3-AS PROGRESSZIVITÁSI SZINTŰ INTÉZMÉNYBEN** (5 perc)  
Tajti Máté, Szeged és m.tsai
- 09:15 **A LACTOBACILLUS REUTERI GASTRUS KIEGÉSZÍTŐ KEZELÉS HATÉKONYSÁGA A 14 NAPIG TARTÓ HELICOBACTER PYLORI ERADIKÁCIÓRA (RETROSPEKTÍV VALÓS ÉLET-ADAT TANULMÁNY)** (5 perc)  
Gelley András, Budapest és m.tsai
- 09:20 **GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK HATÁSA A GYERMEKVÁLLALÁSRA** (5 perc)  
Vilmos Fruzsina, Budapest és m.tsai
- 09:25 **COWDEN SZINDRÓMÁS BETEG 25 ÉVES KÓRTÖRTÉNETE** (5 perc)  
Szolga Brigitta, Budapest és m.tsai
- 09:30 **EFFICACY OF IMMUNONUTRITION IN GASTROINTESTINAL CANCER PATIENTS – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Budai Bettina Csilla, Budapest és m.tsai
- 09:35 **EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED CHOLEDOCHODUODENOSTOMY IN MALIGNANT DISTAL BILIARY OBSTRUCTION: CASE SERIES FROM A TERTIARY CENTER** (5 perc)  
Vánca Szilárd, Pécs és m.tsai
- 09:40 **CRUCIAL IMPACT OF WEIGHT LOSS IN ACUTE PANCREATITIS: RISK FACTORS AND CLINICAL CONSEQUENCES** (5 perc)  
Soós Gergely, Budapest és m.tsai

- 09:45 **IBD-S BETEGEK MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE A SEBÉSZEK ÉS RADIOLOGUSOK BEVONÁSÁVAL** (5 perc)  
Élthes Zsuzsa Bianka, Debrecen és m.tsai
- 09:50 **MAGNETICALLY CONTROLLED CAPSULE ENDOSCOPY AS A NEW RESCUE ENDOSCOPIC PROCEDURE IN PATIENTS WITH HIGH RISK OF CAPSULE RETENTION** (5 perc)  
Finta Ádám, Székesfehérvár és m.tsai
- 09:55 **DIAGNOSTIC UTILITY OF PANCREATIC AND BILE DUCT BRUSHING DURING ERCP: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Kollányi Gergely, Budapest és m.tsai
- 

10:00 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

2025. június 15. vasárnap

[Toscana 1. terem](#)

10:30 – 12:30

**POSZTER 2 SZEKCIÓ**  
**Esetismertetések**

Üléselnökök: **Varga Márta**, Békéscsaba      **Izbéki Ferenc**, Székesfehérvár  
**Taller András**, Budapest

- 10:30 **„ZSUGORODÓ” MÁJ- BŐVÜLŐ HEPATOLÓGIAI DIAGNÓZISLISTA... ALKOHOLOS MÁJCIRRHOSIS, ANNAK ELSŐ DEKOMPENZÁCIÓJA, VALAMINT A HOZZÁ TÁRSULÓ EGYÉB HEPATOPATHIÁK** (5 perc)  
Tóth Balázs, Nyíregyháza és m.tsai
- 10:35 **EARLY IDENTIFICATION OF MALNUTRITION IN ACUTE PANCREATITIS PATIENTS** (5 perc)  
Vámosy Klára, Budapest és m.tsai
- 10:40 **BIDIRECTIONAL ASSOCIATIONS BETWEEN PANCREATITIS AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Fehér Tibor Dániel, Budapest és m.tsai
- 10:45 **OESOPHAGO-MEDIASTINÁLIS-PERICARDIÁLIS FISTULA ENDOSZKÓPOS ELLÁTÁSA CRYOABLATIO KÖVETŐEN** (5 perc)  
Papp Veronika, Budapest és m.tsai
- 10:50 **KIKUCHI – FUJIMOTO BETEGSÉG A GASZTROENTEROLÓGIAI OSZTÁLYON, MINT HAEMATEMESIS KIVÁLTÓ OKA** (5 perc)  
Németh Bence, Győr és m.tsai

- 10:55 **OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS ALKALMAZÁSA MALIGNUS BETEGSÉG OKOZTA BÉLELÉGTELENSÉGBEN – ÚJ INDIKÁCIÓ A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN?** (5 perc)  
Mohácsi Gábor, Szeged és m.tsai
- 11:00 **IBD TRANZÍCIÓ A GYAKORLATBAN – EGY JÓ GYAKORLAT ELSŐ LÉPÉSEI** (5 perc)  
Golovics Petra, Budapest és m.tsai
- 11:05 **REFRAKTER CÖLIÁKIA. ESETTANULMÁNY** (5 perc)  
Birtalan Krisztián, Budapest és m.tsai
- 11:10 **ENDOSZKÓPOS INDIKÁCIÓK ELEMZÉSE FUNKCIONÁLIS TÁPCSATORNAI KÓRKÉPEKBEN** (5 perc)  
Rutka Mariann, Szeged és m.tsai
- 11:15 **SPLANCHNIC VEIN THROMBOSIS IN ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS** (5 perc)  
Borbély Ruben Zsolt, Budapest és m.tsai
- 11:20 **RISK FACTORS FOR PANCREATIC EXOCRINE INSUFFICIENCY AFTER ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Eperjesi Orsolya, Budapest és m.tsai
- 11:20 **A BÉL ULTRAHANG SZEREPE GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK AKTIVITÁSÁNAK KÖVETÉSÉBEN - KEZDETI TAPASZTALATAINK** (5 perc)  
Vilmos Fruzsina, Budapest és m.tsai
- 11:25 **LIRAGLUTIDDAL SZERZETT TAPASZTALATAINK OBES, GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKBEN** (5 perc)  
Golovics Petra, Budapest és m.tsai
- 11:30 **EPEÚTI KALANDOZÁSOK, AVAGY AZ ERCP LEARNING CURVE VIZSGÁLATA A MINŐSÉGI MUTATÓK TÜKRÉBEN** (5 perc)  
Kui Balázs, Szeged és m.tsai
- 11:35 **FELHASI FÁJDALOM ÉS HAEMATEMESIS RITKA OKA: HAEMOSUCCUS PANCREATICUS** (5 perc)  
Szabó Levente, Miskolc és m.tsai
- 11:40 **BIOLÓGIAI TERÁPIA - JOBB ÉLETMINŐSÉG. IBD CENTRUM MŰKÖDÉSE VÁROSI KÓRHÁZBAN** (5 perc)  
Hamvas József, Budapest és m.tsai
- 11:45 **THE ROLE OF HISTOLOGY ALONGSIDE CLINICAL AND ENDOSCOPIC EVALUATION IN THE MANAGEMENT OF IBD** (5 perc)  
Angyal Dorottya, Budapest és m.tsai
- 11:50 **A GROOVE PANCREATITIS DIAGNOSZTIKUS KIHÍVÁSAI ÉS KEZELÉSE ESETEINK ALAPJÁN** (5 perc)  
Czakó Bálint, Szeged és m.tsai

- 11:55 **RISK FACTORS OF CALCIFICATION IN CHRONIC PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Eperjesi Orsolya, Budapest és m.tsai
- 12:00 **KIHÍVÁSOK PEUTZ-JEGHERS-SZINDRÓMÁBAN SZENVEDŐ BETEG ELLÁTÁSA SORÁN** (5 perc)  
Bozsik Hermina, Budapest és m.tsai
- 12:05 **HYPERTRIGLYCERIDEMIA IS A DOSE-DEPENDENT RISK FACTOR OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS** (5 perc)  
Havelda Luca, Budapest és m.tsai
- 12:10 **GROOVE PANCREATITIS-ESETTANULMÁNY** (5 perc)  
Mester Gábor, Veszprém és m.tsai
- 12:15 **ACUT PANCREATITIS RITKA OKA GYERMEKKORBAN** (5 perc)  
Gellért Bálint, Budapest és m.tsai

---

2025. június 15. vasárnap  
12:30 – 12:40

[Toscana 1. terem](#)

MEDICINA KÖNYVBEMUTATÓ  
**Rácz István és Tulassay Zsolt:**  
**A tápcsatorna endoszkópiájának atlasza**  
Bemutatója: Czakó László, Budapest

---

2025. június 15. vasárnap  
12:40 – 13:40

[Toscana 1. terem](#)

*EGIS SZIMPÓZIUM*  
**GERD - Konszenzus kerekasztal**

Üléselnökök: Tulassay Zsolt, Budapest Vincze Áron, Pécs

**A GERD klinikuma, diagnosztikája**  
Rosztóczy András, Szeged

**A Lyon Consensus 2.0 útmutató**  
Izbéki Ferenc, Székesfehérvár

**A GERD kezelésének alapelvei**  
Hersényi László, Budapest

**Barrett nyelőcső speciális kérdései**  
Altörjay István, Debrecen

**A sebészeti kezelés javallatai, alapelvei**  
Nehéz László, Budapest

---

2025. június 15. vasárnap  
9:00 – 10:30

Ibiza terem

**HANDS-ON TRÉNING, SZIMULÁTOROK**  
I. RÉSZ

*Részvétel előzetes regisztráció alapján*

**Oktatók:**

Hritz István, Madácsy László, Czakó László, Dubravcsik Zsolt, Gyökeres Tibor, Vincze Áron,  
Szepes Zoltán, Horváth Miklós

---

10:30 – 11:00

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 15. vasárnap  
11:00 – 12:30

Ibiza terem

**HANDS-ON TRÉNING, SZIMULÁTOROK**  
II. RÉSZ

*Részvétel előzetes regisztráció alapján*

**Oktatók:**

Hritz István, Madácsy László, Czakó László, Dubravcsik Zsolt, Gyökeres Tibor, Vincze Áron,  
Szepes Zoltán, Horváth Miklós

---

2025. június 12. vasárnap

Marbella terem

8:00 – 10:00

## SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE10)

BS

Üléselnökök: Pallagi Petra, Szeged Venglovecz Viktória, Szeged

- 08:30 **MODELING PRESSURE-INDUCED PANCREATIC INFLAMMATORY PROCESSES USING HUMAN APICAL-OUT ORGANOIDS** (5 perc)  
Kiss Aletta Kata, Szeged és m.tsai
- 08:35 **EXPLORING THE THERAPEUTIC POTENTIAL OF PAI-1 INHIBITION IN CHRONIC PANCREATITIS-ASSOCIATED FIBROSIS** (5 perc)  
Molnár Tünde, Szeged és m.tsai
- 08:40 **EXAMINATION THE EFFECT OF PROLONGED SUBCULTURING ON MOUSE PANCREATIC DUCTAL ORGANOIDS** (5 perc)  
Szabó Viktória, Szeged és m.tsai
- 08:45 **METHYLENE BLUE AS A POTENTIAL NEW DRUG IN THE TREATMENT OF ALCOHOL INDUCED HEPATITIS** (5 perc)  
Madácsy Tamara, Szeged és m.tsai
- 08:50 **STORE-INDEPENDENT CALCIUM INFLUX VIA ORAI1 SUBPOPULATIONS CONTROLS CFTR FUNCTION IN POLARIZED EPITHELIAL CELLS** (5 perc)  
Varga Árpád, Szeged és m.tsai
- 08:55 **STUDY OF THE EFFECT OF LONG MAINTENANCE ON THE APPLICABILITY OF MOUSE PANCREATIC DUCTAL ORGANOIDS** (5 perc)  
Tarcali Benedek, Szeged és m.tsai
- 09:00 **THE HYBRID ALLELE 1 OF CARBOXYL-ESTER LIPASE (CEL-HYB1) ELEVATES THE RISK OF PANCREATIC CANCER IN HUNGARY: A CASE-CONTROL STUDY** (5 perc)  
Gáspár Irlanda, Pécs és m.tsai
- 09:05 **INVESTIGATING THE MODIFIED ENDOCRINE FUNCTION CAUSED BY CHRONIC PANCREATITIS IN A MOUSE MODEL** (5 perc)  
Kosztá Gergely, Szeged és m.tsai
- 09:10 **A CFTR GÉN P.V470M GYAKORI POLIMORFIZMUSÁNAK VIZSGÁLATA ALKOHOLOS KRÓNIKUS PANCREATITISBEN** (5 perc)  
Kun Anasztázia Erzsébet, Szeged és m.tsai
- 09:15 **ABO BLOOD GROUP POLYMORPHISMS C.803G>C AND C.930G>A IN ALCOHOLIC CHRONIC PANCREATITIS** (5 perc)  
Stefanovics Regina, Szeged és m.tsai

09:20 **REGULATION OF ION TRANSPORTERS BY BILE ACIDS IN PANCREATIC CANCER** (5 perc)

Boshra Yosef, Szeged és m.tsai

---

10:00 – 10:30

KÁVÉSZÜNET

---

2025. június 12. vasárnap

Marbella terem

10:30 – 12:00

**SZABAD TÉMÁJÚ BEJELENTETT ELŐADÁSOK (FREE11)  
BS**

Üléselnökök: **Rakonczay Zoltán**, Szeged      **Zádori Zoltán Sándor**, Budapest

10:05 **AZ ANANDAMID SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA AZ NSAID-ENTEROPÁTIÁBAN EGÉR BEN** (5 perc)

Demeter Zsuzsanna Orsolya, Budapest és m.tsai

10:30 **INFLAMMATORY BOWEL DISEASES-RELATED FIBROSIS MODELLING BY DEVELOPMENT OF PRIMARY HUMAN FIBROBLAST CELL CULTURES** (5 perc)

Kajári Lilian, Szeged és m.tsai

10:35 **A HORIZONTÁLIS TRANSZFER ALAPÚ ADAPTÍV GÉNBEÉPÜLÉS HT29 VASTAGBÉLRÁK SEJTVONALBAN** (5 perc)

Barták Barbara Kinga, Budapest és m.tsai

10:40 **MOBILIS ELEMÉK DETEKTÁLÁSA VASTAGBÉLRÁKOS BETEGEK TELJES GENOM SZEKVENCIÁJÁBAN** (5 perc)

Vörösvácki Dániel, Budapest és m.tsai

10:45 **A SZELEKTÍV CIKLOOXIGENÁZ-2 GÁTLÓ ETORICOXIB DISZBIÓZIST OKOZ PATKÁNYBAN** (5 perc)

Zsidai Anna, Budapest és m.tsai

10:50 **SINGLE-STRANDED DNA LONG-READ WHOLE-GENOME SEQUENCING OF COLORECTAL CANCER PATIENTS** (5 perc)

Rada Kristóf Róbert, Budapest és m.tsai

11:00 **ANALYSIS OF THE GENETIC AND EPIGENETIC FEATURES OF PATIENTS WITH HYPERHOMOCYSTEINEMIA AFTER HIGH-DOSE FOLIC ACID CONSUMPTION** (5 perc)

Barták Barbara Kinga, Budapest és m.tsai

11:05 **ÁRAMLÁSI CITOMETRIA ALKALMAZÁSA A KERINGŐ TUMOR SEJTEK MEZENCHYMÁLIS ÉS EMBRIONÁLIS TULAJDONSÁGAINAK KARAKTERIZÁLÁSRA** (5 perc)

Linkner Tamás Richárd, Budapest és m.tsai

11:10 **A SPOCK1 FEHÉRJE SZÉRUMSZINTJE A MÁJ KÓROS FOLYAMATAIBAN** (5 perc)

Bárdos Dávid, Budapest és m.tsai

11:15 **ILLUMINA ÉS NANOPORE SZEKVENÁTOROK ÁLTAL LEOLVASOTT VASTAGBÉL DAGANATOS MINTÁK METODIKAI ÖSSZEHASONLÍTÁSA** (5 perc)

Szakállas Nikolett, Budapest és m.tsai

---

14:10

**A KONFERENCIA ZÁRÁSA**

[Toscana 1. terem](#)

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

|                           |       |      |                            |             |             |
|---------------------------|-------|------|----------------------------|-------------|-------------|
| Dr. T.CSÁKY               | (USA) |      | Dr. ALBERTO MONTORI        | (I)         | 2003        |
| Dr. F.VILARDELL           | (E)   |      | Dr. JULIUS ŠPIČÁK          | (CZ)        | 2003        |
| Dr. D. MÜTING             | (D)   |      | Dr. SZABO GYÖNGYI          | (USA)       | 2004        |
| Dr. L.DEMLING             | (D)   |      | Dr. ANDRES T. BLEI         | (USA)       | 2004        |
| Dr. H.MANSUROV            | (SU)  |      | Dr. CAROL STANCIU          | (RO)        | 2004        |
| Dr. A.UGOLEV              | (SU)  |      | Dr. BARRY E. ARGENT        | (UK)        | 2004        |
| Dr. M.SIURALA             | (FL)  |      | Dr. FABIO FARINATI         | (I)         | 2005        |
| Dr. Z.KOJECZKY            | (CS)  |      | Dr. DAVID E. J. JONES      | (UK)        | 2005        |
| Dr. L.LAMBLING            | (F)   |      | Dr. RAOUL POUPON           | (F)         | 2005        |
| Dr. E.GÜLZOW              | (D)   |      | Dr. SAHIN-TÓTH MIKLÓS      | (USA)       | 2005        |
| Dr. RUDOLF AMMAN          | (CH)  | 1985 | Dr. GUIDO COSTAMAGNA       | (I)         | 2006        |
| Dr. HERBERT FALK          | (D)   | 1985 | Dr. VARRO ANDREA           | (USA)       | 2006        |
| Dr. SERGE BONFILS         | (F)   | 1985 | Dr. MICHAEL PETER MANNS    | (D)         | 2006        |
| Dr. GÉZA CSOMÓS           | (D)   | 1986 | Dr. JEAN FIORAMONTI        | (F)         | 2006        |
| Dr. HERMON R.DOWLING      | (GB)  | 1986 | Dr. VAY LIANG W. (BILL) GO | (USA)       | 2006        |
| Dr. RÜDIGER NILIUS        | (D)   | 1986 | Dr. LÁSZLÓ G BOROS.        | (USA)       | 2007        |
| Dr. SÁNDOR SZABÓ          | (USA) | 1987 | Dr. CHRISTIAN ELL          | (D)         | 2007        |
| Dr. ROLF MADAUS           | (D)   | 1987 | Dr. EVA BROWNSTONE         | (A)         | 2007        |
| Dr. RODOPHO CHELI         | (I)   | 1987 | Dr. NADIR ARBER            | (IL)        | 2007        |
| Dr. F.G. RENGER           | (D)   | 1987 | Dr. JAROSLAW REGULA        | (PL)        | 2007        |
| Dr. MEINHARD CLASSEN      | (D)   | 1988 | Dr. MAKOTO OTSUKI          | (J)         | 2008        |
| Dr. HERIBERT THALER       | (A)   | 1988 | Dr. SIMON TRAVIS           | (UK)        | 2008        |
| Dr. ANATOLIJ LOGINOV      | (SU)  | 1988 | Dr. BERGER ZOLTÁN          | (CH)        | 2009        |
| Dr. LAJOS OKOLICSÁNYI     | (I)   | 1989 | Dr. PETER BONIS            | (USA)       | 2009        |
| Dr. GEORGE ÁCS            | (USA) | 1989 | Dr. PAUL FOCKENS           | (NL)        | 2009        |
| Dr. ERWIN KUNTZ           | (D)   | 1989 | Dr. TÓTH ERVIN             | (S)         | 2009        |
| Dr. MARKETA JABLONSKA     | (CS)  | 1990 | Dr. BAFFY GYÖRGY           | (USA)       | 2010        |
| Dr. N.J. LYGDAKIS         | (NL)  | 1990 | Dr. HERBERT LOCHS          | (A)         | 2010        |
| Dr. K.-H.M. BÜSCHENFELDE  | (D)   | 1990 | Dr. ÖRDÖG TAMÁS            | (USA)       | 2010        |
| Dr. HARALD HENNING        | (D)   | 1991 | Dr. CHRISTOPH RINK         | (D)         | 2010        |
| Dr. JAMES C. THOMPSON     | (USA) | 1992 | Dra. ANGELS GINÈS          | (ES)        | 2011        |
| Dr. PETER FERENCI         | (A)   | 1992 | Dr. HEINZ HAMMER           | (A)         | 2011        |
| Dr. FRIEDRICH HAGENMÜLLER | (D)   | 1993 | Dr. MICHAEL A. GRAY        | (UK)        | 2011        |
| Dr. WOLFGANG ARNOLD       | (D)   | 1993 | Dr. URSULA SEIDLER         | (D)         | 2012        |
| Dr. GRAHAM J. DOCKRAY     | (GB)  | 1993 | Dr. ANNA GUKOVSKAYA        | (USA)       | 2013        |
| Dr. HAROLD O. CONN        | (USA) | 1994 | Dr. MARK HULL              | (UK)        | 2013        |
| Dr. K.D. RAINSFORD        | (GB)  | 1994 | Dr. ERWIN SANTO            | (IL)        | 2013        |
| Dr. PENTTI SIPPONEN       | (SF)  | 1995 | Dr. ARUN SANYAL            | (USA)       | 2013        |
| Dr. G.N.J. TYTGAT         | (NL)  | 1995 | Dr. RAINER SCHÖFL          | (A)         | 2013        |
| Dr. J.R.ARMENGOL MIRÓ     | (E)   | 1996 | Dr. FRANCESCO DI MARIO     | (I)         | 2014        |
| Dr. GUENTER J.KREJS       | (A)   | 1996 | Dr. PIERRE DEPREZ          | (BE)        | 2014        |
| Dr. C.J. HAWKEY           | (GB)  | 1997 | Dr. GRAHAM R FOSTER        | (UK)        | 2014        |
| Dr. J.F. RIEMANN          | (D)   | 1997 | Dr. MARKUS M. LERCH        | (D)         | 2014        |
| Dr. CLAUDIO TIRIBELLI     | (I)   | 1997 | Dr. JOOST DRENTH           | (NL)        | 2015        |
| Dr. ANTON VAVREČKA        | (SK)  | 1998 | Dr. JONAS ROSENDAHL        | (D)         | 2015        |
| Dr. P. FUNCH-JENSEN       | (DK)  | 1998 | Dr. SHOMRON BEN-HORIN      | (IL)        | 2015        |
| Dr. MASSIMO CRESPI        | (I)   | 1998 | Dr. D. NAGESHWAR REDDY     | (IND)       | 2016        |
| Dr. M.J.G. FARTHING       | (GB)  | 1998 | Dr. SÁFRÁNY LÁSZLÓ         | (D)         | 2017        |
| Dr. EDGAR ACHKAR          | (USA) | 1999 | Dr. TOMICA MILOSAVLJEVIC   | (SRB)       | 2017        |
| Dr. PETER DÍTE            | (CZ)  | 1999 | Dr. JULIA MAYERLE          | (D)         | 2018        |
| Dr. COLM O`MORAIN         | (IRL) | 1999 | Dr. TAMARA MATYSIAK-BUDNIK | (F)         | 2018        |
| Dr. JOHN WALSCH           | (USA) | 1999 | Dr. MARCEL TANTAU          | (RO)        | 2018        |
| Dr. PETER MALFERTHEINER   | (D)   | 2000 | Dr. DAN LUCIAN DUMITRASCU  | (RO)        | 2019        |
| Dr. JAN KOTRLÍK           | (CZ)  | 2000 | Dr. ABRAHAM ELIAKIM        | (IL)        | 2019        |
| Dr. A.S. PENA             | (NL)  | 2000 | Dr. ANDREAS MÜNCH          | (S)         | 2019        |
| Dr. LIONEL BUENO          | (F)   | 2000 | Dr. MITSUHIRO KIDA         | (J)         | 2020        |
| Dr. ROY POUNDER           | (GB)  | 2001 | Dr. IBRAHIM MOSTAFA        | (ET)        | 2020        |
| Dr. ANDRZEJ NOWAK         | (PL)  | 2001 | Dr. NICHOLAS J. TALLEY     | (AUS)       | 2020        |
| Dr. DIETER HÄUSSINGER     | (D)   | 2001 | Dr. EDWARD JOHN DESPOTT    | (UK)        | 2021        |
| Dr. K. D. BARDHAN         | (UK)  | 2001 | Dr. RAF BISSCHOPS          | (B)         | 2022        |
| Dr. ANDRZEJ S. TARNAWSKI  | (USA) | 2002 | Dr. HELMUT MESSMANN        | (D)         | 2023        |
| Dr. EAMONN MM QUIGLEY     | (IRL) | 2002 | Dr. CRISTIAN GHEORGHE      | (RO)        | 2024        |
| Dr. EUGENIUSZ BUTRUK      | (PL)  | 2002 | <b>Dr. CESARE HASSAN</b>   | <b>(IL)</b> | <b>2025</b> |
| Dr. WOLFRAM DOMSCHKE      | (D)   | 2002 | <b>Dr. IAN GRALNEK</b>     | <b>(I)</b>  | <b>2025</b> |
| Dr. LARS LUNDELL          | (S)   | 2003 |                            |             |             |

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. BAJTAI ATTILA     | 1994        |
| Dr. VARRÓ VINCE        | 1961 | Dr. KISS JÁNOS        | 1995        |
| Dr. FORNET BÉLA        | 1962 | Dr. PAPP JÁNOS        | 1996        |
| Dr. GÖMÖRI PÁL         | 1963 | Dr. LONOVICS JÁNOS    | 1997        |
| Dr. PETRI GÁBOR        | 1964 | Dr. TULASSAY ZSOLT    | 1998        |
| Dr. HÁMORI ARTHUR      | 1965 | Dr. PÁR ALAJOS        | 1999        |
| Dr. SÓS JÓZSEF         | 1966 | Dr. SCHAFF ZSUZSA     | 2000        |
| Dr. JULESZ MIKLÓS      | 1968 | Dr. SZALAY FERENC     | 2001        |
| Dr. KELEMEN ENDRE      | 1969 | Dr. PAP ÁKOS          | 2002        |
| Dr. JÁVOR TIBOR        | 1970 | Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ   | 2003        |
| Dr. IVANICS GYÖRGY     | 1971 | Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN   | 2004        |
| Dr. CSERNAY LÁSZLÓ     | 1972 | Dr. RÁCZ ISTVÁN       | 2005        |
| Dr. RÁK KÁLMÁN         | 1973 | Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER | 2006        |
| Dr. WITTMAN ISTVÁN     | 1974 | Dr. TAKÁCS TAMÁS      | 2007        |
| Dr. SZARVAS FERENC     | 1975 | Dr. BANAI JÁNOS       | 2008        |
| 1976-ban nem adtuk ki  |      | Dr. WITTMANN TIBOR    | 2009        |
| Dr. WINTER MIKLÓS      | 1977 | Dr. OLÁH ATTILA       | 2010        |
| Dr. PRÓNAY GÁBOR       | 1978 | Dr. VARGA GÁBOR       | 2011        |
| Dr. PETRÁNYI GYULA     | 1979 | Dr. ALTORJAY ISTVÁN   | 2012        |
| Dr. HOLLÁN ZSUZSA      | 1980 | Dr. LAKATOS LÁSZLÓ    | 2013        |
| Dr. ECKHARDT SÁNDOR    | 1981 | Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ  | 2014        |
| Dr. PREISICH PÉTER     | 1982 | Dr. HUNYADY BÉLA      | 2015        |
| Dr. MÓZSIK GYULA       | 1983 | Dr. MOLNÁR TAMÁS      | 2016        |
| Dr. PAPP MIKLÓS        | 1984 | Dr. BENE LÁSZLÓ       | 2017        |
| Dr. GÁTI TIBOR         | 1985 | Dr. KOVÁCS ÁGOTA      | 2018        |
| Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS    | 1986 | Dr. GÓGL ÁRPÁD        | 2019        |
| Dr. FEHÉR JÁNOS        | 1987 | Dr. SOLT JENŐ         | 2020        |
| Dr. IHÁSZ MIHÁLY       | 1988 | Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ      | 2021        |
| Dr. SZÉCSÉNY ANDOR     | 1989 | Dr. GYÖKERES TIBOR    | 2022        |
| Dr. LAPIS KÁROLY       | 1990 | Dr. TISZLAVICZ LÁSZLÓ | 2023        |
| Dr. SIMON LÁSZLÓ       | 1991 | Dr. VINCZE ÁRON       | 2024        |
| Dr. BALOGH ISTVÁN      | 1992 | <b>Dr. PAPP MÁRIA</b> | <b>2025</b> |
| Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR | 1993 |                       |             |

**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. VENGLOVECZ 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     | 2024.        | Dr. SZABÓ VIKTÓRIA       |
|       |                          | <b>2025.</b> | <b>Dr. VARGA ÁRPÁD</b>   |

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

EMLÉKÉREM KITÜNTETÉSBEN A KÖVETKEZŐ TAGJAIT RÉSZESÍTETTE

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

|                        |      |                                 |             |
|------------------------|------|---------------------------------|-------------|
| Dr. VARRÓ VINCE        | 1982 | Dr. NAGY FERENC                 | 2008        |
| Dr. WITTMAN ISTVÁN     | 1982 | Dr. BERÓ TAMÁS                  | 2009        |
| Dr. MAGYAR IMRE        | 1983 | Dr. GÓGL ÁRPÁD                  | 2009        |
| Dr. RUBÁNYI PÁL        | 1984 | Dr. KUPCSULIK PÉTER             | 2009        |
| Dr. PRÓNAY GÁBOR       | 1985 | Dr. DALMI LAJOS                 | 2009        |
| Dr. JÁVOR TIBOR        | 1986 | Dr. LAKATOS LÁSZLÓ              | 2010        |
| Dr. LÁSZLÓ BARNABÁS    | 1987 | Dr. TAKÁCS TAMÁS                | 2010        |
| Dr. SZÉCSÉNY ANDOR     | 1987 | Dr. ALTORJAY ISTVÁN             | 2011        |
| Dr. GÁTI TIBOR         | 1988 | Dr. SOLT JENŐ                   | 2011        |
| Dr. MÓZSIK GYULA       | 1989 | Dr. OROSZ PÉTER                 | 2012        |
| Dr. KENDREY GÁBOR      | 1990 | Dr. TORNAI ISTVÁN               | 2012        |
| Dr. FIGUS I. ALBERT    | 1991 | Dr. HUNYADY BÉLA                | 2013        |
| Dr. LAPIS KÁROLY       | 1992 | Dr. PÁK GÁBOR                   | 2013        |
| Dr. BALÁZS MÁRTA       | 1993 | Dr. MOLNÁR TAMÁS                | 2014        |
| Dr. PAPP MIKLÓS        | 1993 | Dr. TOPA LAJOS                  | 2014        |
| Dr. PREISICH PÉTER     | 1994 | Dr. GERVAIN JUDIT               | 2015        |
| Dr. DOMJÁN LAJOS       | 1995 | Dr. HEGYI PÉTER                 | 2015        |
| Dr. VARGA LÁSZLÓ       | 1995 | Dr. BENE LÁSZLÓ                 | 2016        |
| Dr. KOVÁCS ÁGOTA       | 1996 | Dr. VARGA GÁBOR                 | 2016        |
| Dr. TOÓTH ÉVA          | 1996 | Dr. SZÉKELY GYÖRGY              | 2017        |
| Dr. BAJTAI ATTILA      | 1997 | Dr. GARAMSZEGI MÁRIA            | 2018        |
| Dr. SZALAY FERENC      | 1997 | Dr. HARSÁNYI LÁSZLÓ             | 2018        |
| Dr. BALOGH ISTVÁN      | 1998 | Dr. CZAKÓ LÁSZLÓ                | 2019        |
| Dr. FEHÉR JÁNOS        | 1998 | Dr. HERSZÉNYI LÁSZLÓ            | 2019        |
| Dr. IHÁSZ MIHÁLY       | 1999 | Dr. GYÖKERES TIBOR              | 2020        |
| Dr. SZEKENI ÁGNES      | 1999 | Dr. IZBÉKI FERENC               | 2020        |
| Dr. BODÁNSZKY HEDVIG   | 2000 | Dr. SZEPES ATTILA               | 2020        |
| Dr. FLAUTNER LAJOS     | 2000 | Dr. SZEPES ZOLTÁN               | 2021        |
| Dr. PAPP JÁNOS         | 2001 | Dr. VINCZE ÁRON                 | 2021        |
| Dr. SIMON LÁSZLÓ       | 2001 | Dr. RÁCZ ISTVÁN                 | 2022        |
| Dr. TULASSAY ZSOLT     | 2002 | Dr. NOVÁK JÁNOS                 | 2022        |
| Dr. LONOVICS JÁNOS     | 2002 | Dr. KRISTÓF TÜNDE               | 2023        |
| Dr. NEMESÁNSZKY ELEMÉR | 2003 | Dr. DEMETER PÁL                 | 2023        |
| Dr. JUHÁSZ LÁSZLÓ      | 2003 | Dr. MADÁCSY LÁSZLÓ              | 2024        |
| Dr. KISS JÁNOS         | 2004 | Dr. PALATKA KÁROLY              | 2024        |
| Dr. PÁR ALAJOS         | 2004 | <b>Dr. GURZÓ ZOLTÁN</b>         | <b>2025</b> |
| Dr. PRÓNAI LÁSZLÓ      | 2004 | <b>Dr. LAKATOS PÉTER LÁSZLÓ</b> | <b>2025</b> |
| Dr. ÚJSZÁSZY LÁSZLÓ    | 2005 |                                 |             |
| Dr. WITTMANN TIBOR     | 2005 |                                 |             |
| Dr. TÁRNOK FERENC      | 2006 |                                 |             |
| Dr. VÁRKONYI TIBOR     | 2006 |                                 |             |
| Dr. DÁVID KÁROLY       | 2006 |                                 |             |
| Dr. DÖBRÖNTE ZOLTÁN    | 2007 |                                 |             |
| Dr. SCHAFF ZSUZSA      | 2007 |                                 |             |
| Dr. LÍBOR JÁNOS        | 2007 |                                 |             |
| Dr. HORVÁTH ÖRS PÉTER  | 2008 |                                 |             |

**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

HIRDETÉS

EGIS

## Előadások és poszterek összefoglalói / Abstracts

### 1. THE ROLE OF HISTOLOGY ALONGSIDE CLINICAL AND ENDOSCOPIC EVALUATION IN THE MANAGEMENT OF IBD

Angyal D.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>1,3</sup>, Ilias A.<sup>1</sup>, Gonczi L.<sup>1</sup>, Lakatos P.<sup>1,2</sup>

1. 1 Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary.; 2. Division of Gastroenterology, McGill University, Montreal, Quebec, Canada.; 3. Central Hospital of Northern Pest- Military Hospital

**Introduction:** Inflammatory bowel diseases (IBD), including Crohn's disease (CD) and ulcerative colitis (UC), are chronic inflammatory conditions requiring continuous monitoring. Today, endoscopy is the gold standard for assessing disease activity, with histological evaluation providing additional insights. Studies suggest that persistent histological inflammation, despite endoscopic remission, may be associated with a higher risk of relapse in UC, suggesting its role in treatment decisions. In CD, histological assessment is limited by its patchy nature, transmural inflammation and lack of validated scoring systems. Few retrospective studies with conflicting results have examined the prognostic value of histological remission in CD, and its role in predicting long-term outcomes remains unclear.

**Aims:** This presentation review aims to summarize and discuss the available evidence regarding the additional value of histological assessment in IBD management.

**Conclusion:** In UC, the ongoing VERDICT study is expected to provide evidence on the impact of incorporating histological remission as a treatment target compared to a strategy based on clinical and endoscopic activity. Recently published interim results indicate that targeting histological remission do not lead to better clinical/biochemical disease activity. Thus, while patients achieving histological healing are associated with better outcomes, the question arises whether achieving histological remission is an intrinsic (biological) characteristic of the patient and indicator of an easier to treat patient group or a result of more effective therapy.

### 2. EVALUATION OF THE LONG-TERM OUTCOMES OF CROHN'S DISEASE COMPLICATING INTRA-ABDOMINAL ABSCESS - RETROSPECTIVE, MULTICENTRE COHORT STUDY

Bacsur P.<sup>1,2</sup>, Nemecek S.<sup>3,4</sup>, Filip R.<sup>3,4</sup>, Fotios E.<sup>5</sup>, Mpakogiannis K.<sup>5</sup>, Pastras P.<sup>6</sup>, Blesl A.<sup>7</sup>, Vieujean S.<sup>8</sup>, Gatt Y.<sup>9</sup>, Brinar M.<sup>10</sup>, Kagramanova A.<sup>11</sup>, Ilias A.<sup>12</sup>, Gönczi L.<sup>12</sup>, Miheller P.<sup>13</sup>, Resál T.<sup>1,14</sup>, Casanova M.<sup>15</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1,2</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Bószé Z.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,2</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. Translational Colorectal Research Group, HCEMM-USZ, Szeged, Hungary; 3. Department of Gastroenterology with IBD Unit, Clinical Hospital No. 2, Rzeszow, Poland; 4. Institute of Medicine, Medical College of Rzeszow University, 35-959 Rzeszow, Poland; 5. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Ioannina, Greece; 6. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University Hospital of Patras, Patras, Greece; 7. Department of Internal Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, Medical University of Graz, Austria; 8. Department of

Gastroenterology, University Hospital CHU of Liège, Belgium; 9. Department of Gastroenterology, Mater Dei Hospital, Msida, Malta; 10. Day Hospital, Department of Gastroenterology and Hepatology, University Hospital Centre Rebro, Medical School, University of Zagreb, Zagreb, Croatia; 11. Moscow Clinical Scientific Center named after A.S. Loginov, Moscow, Russia; 12. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 13. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 14. Department of Gastroenterology, Central Hospital of Northern Pest - Military Hospital, Budapest, Hungary; 15. Gastroenterology Department, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, Spain; 16. Department of Gastroenterology and Hepatology, Medical University of Silesia, Katowice, Poland

**Introduction:** Crohn's disease (CD) complicated with intra-abdominal abscess often requires surgical intervention. Image guided percutaneous drainage (PD) can help to avoid surgical interventions, however there is limited evidence on the optimal management after PD.

**Aims:** Our study aimed to analyze the long-term outcomes of CD complicated with intra-abdominal abscess after intervention.

**Methods:** In this multicenter, interational retrospective trial penetrating CD patients with simplex intra-abdominal abscess were enrolled and followed until 12-24 months. Baseline was the day of the first detection of abdominal abscess. Patients with urgent resection were excluded. Patients were grouped based on elective surgical need during follow-up after a successful PD, while the control group consisted patients who underwent resection without PD. Primary outcome was the abscess recurrence, while stoma rate, post procedural complications rate (<30 days), need for re-drainage and postoperative luminal recurrence were analyzed as secondary outcomes.

**Results:** A total of 151 CD patients from 9 countries were recruited and 86/151 patients had PD due to simplex abdominal abscess. Abscess recurrence rates were similar (12.8% vs. 7.7%, p=0.231). Need for re-drainage was more common amongst PD patients (OR=0.088, 95% CI=0.011-0.682), while hospital admission need was more frequent in control patients (OR=2.56, 95% CI=1.22-5.37). Postoperative luminal recurrence, new stoma, and biological treatment escalation needs were similar between groups based on PD. Surgical complications were coupled with increased odds in patients without prior PD (OR=3.3, 95% CI=1.09-10.0), septic complications, perforation and new fistula formation were reported the most, while PD associated complication did not occur. Higher baseline diameter of the abscess increased the odds for postoperative recurrence (OR=1.05, 95% CI=1.02-1.08) and new biological treatment initiation (OR=0.98, 95% CI=0.96-0.98). Elective resection was delayed after PD compared to control (24 vs 10 week, p=0.003). Time until resection increased the odds for re-drainage (OR=1.03, 95% CI 1.01-1.05), and outcome was worse exceeding 17 weeks.

**Conclusion:** The size of the abscess determines the outcomes, while surgical treatment alone may be associated with post-procedural complications. PD may delay resection; however, this delay can necessitate re-drainage.

### 3. INTERVENCIÓS RADIOLÓGIA SZEREPE AZ AKUT GASTROINTESTINALIS VÉRZŐ BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN A GYŐR-MOSON-SOPRON VÁRMEGYEI PETZ ALADÁR EGYETEMI OKTATÓ KÓRHÁZBAN

Balogh C.<sup>1</sup>, Varga D.<sup>1</sup>, Csöndes M.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>1</sup>, Dancs N.<sup>1</sup>, Kánainé Kovács V.<sup>1</sup>, Durcsán H.<sup>1</sup>, Kiss G.<sup>1</sup>, Szabó A.<sup>2</sup>, Bartek P.<sup>2</sup>, Garab G.<sup>2</sup>, Ballók A.<sup>2</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia, Győr; 2. Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház Radiológia Osztály, Győr

**Introduction:** A gastrointestinalis vérző betegek diagnosztizálásában és ellátásában a prioritás az endoszkópé és a gastroenterológusé. Az endoszkóposan nem elérhető vérzések további kezelése lehet műtéti, vagy radiológiai embolizáció. Ezen betegek magas mortalitása miatt a radiológiai beavatkozás kisebb kockázatú az akut sebészeti műtéthez képest, valamint alacsonyabb költségekkel, illetve rövidebb hospitalizációval is jár.

**Aims:** I. Azon betegek retrospektív vizsgálata, akik 2023.03. hó – 2025.03. hó közötti időszakban akut gastrointestinalis vérzés kapcsán intervenciós radiológiai beavatkozáson estek át.

II. Ezen betegek összehasonlítása azon betegcsoporttal, akiket radiológiai osztályra irányítottunk angio-CT vizsgálatra, de nem kerültek embolizációra.

#### **Results:**

40 beteg (átlag életkor: 64 év, 28 férfi/12 nő, átlag 9,2E VVT transfúzióban részesültek) adatai kerültek elemzésre. Ebből 19 betegnél végeztek intervenciós beavatkozást, 18 esetben embolizációval. A 19 beavatkozásból vérzésforrásként 8-ban ulcust (7 duodenum, 1 rectum), 4-ben tumort (1-GIST, 1-adenocarcinoma, 2-shigila), 2-ben AVM-et, 1-ben post-EST-s vérzést, 1-ben pedig sigma diverticulosis állapotot találtunk meg. Az ellátottak közül 2 beteg a vérzés megszűnését követően sekunder okok miatt elhunyt, 1 pedig a vérzés következményében. Műtetre egy beteg sem került, szövődmenyt nem észleltünk. 12 betegnél jelző klipet helyeztünk a vérzésforrás közvetlen közelébe, segítve a radiológiai ellátást. CT-A az esetek 21%-ában jelzett kontrasztanyag kilépést.

Masszív, endoszkóposan uralhatatlan vérzés miatt további 21 esetben történt CT-A vizsgálat, amit radiológia beavatkozása nem követett. 14 beteg konzervatív kezelést, valamint ismételt endoszkópos beavatkozásokat követően gyógyultan távozott, 3 beteget műtetre vittek, 5 beteg elhunyt, mely esetek részletesebben is elemzésre kerülnek.

CT-A során 5 esetben került diagnosztizálásra endoterápiára alkalmatlan, sebészeti vagy érsebészeti ellátást igénylő kórkép (1 haemobilia, 1 aorto (graft)-duodenalis fistula, 1 Meckel diverticulum, 1 aorto-enteralis fistula.). Egy esetben 1 rectum fekélyt mutattak ki.

Adataink alapján tehát a betegek közel 50%-ánál elkerülhető volt az akut műtét, az embolizáció megoldást nyújtott.

#### **Conclusion:**

Az endoszkóposan nem uralható akut gastrointestinalis vérző betegek ellátásában a sebészeti beavatkozások mellett az intervenciós radiológiai módszer sikeres definitív terápiás alternatíva.

A radiológia és intervenciós radiológia nem csak terápiás, hanem fontos differenciál diagnosztikai szerepet is betölt.

### 4. A SPOCK1 FEHÉRJE SZÉRUMSZINTJE A MÁJ KÓROS FOLYAMATAIBAN

Bárdos D.<sup>1</sup>, Szakadati H.<sup>2</sup>, Váncza L.<sup>2</sup>, Gyarmati K.<sup>1</sup>, Szelag W.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1</sup>, Baghy K.<sup>2</sup>, Dezső K.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Kovalszky I.<sup>2</sup>, Werling K.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet

**Bevezetés:** A SPOCK1 fehérje proteoglikán, mely egészséges szervezetben az idegrendszer fejlődésében és az idegvégződések működésében játszik szerepet. Kis mennyiségben előfordul egészséges májban is, kóros állapotokban pedig emelkedett mennyisége figyelhető meg. Különböző karcinogén jelátviteli útvonalakon is szerepet játszik, számos daganatfejlésben fokozódik expressziója, emiatt onkogén molekulaként tartjuk számon. Hepatocellularis carcinoma sejtvonalak kiválasztják, több kóros folyamat esetén kimutatták emelkedett szintjét a szérumban. Mindezek alapján megvizsgáltuk a SPOCK1 szérumszintjét különböző májbetegségek esetén.

**Módszer:** A Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán kezelt betegek közül összesen 66 különböző etiológiájú cirrhotikus, hepatitis fertőzött és hepatocellularis carcinomás beteg szérum mintáját vizsgáltuk ELISA módszerrel.

**Eredmények:** A hepatocellularis carcinomás betegek között a HCV-fertőzöttség esetén, illetve fennálló cirrhosis esetén szignifikánsan magasabb ( $p < 0,05$ ) SPOCK1 szérumszintet találtunk, mint az egyéb etiológiájú, illetve nem cirrhotikus betegek esetén. A tumorok mérete, száma, a szövettani grade nem befolyásolta a SPOCK1 szintet. A hepatitis fertőzött betegek között ugyancsak jelentősen magasabb értékeket találtunk kialakult cirrhosis esetén, mint anélkül, habár a különbség nem volt szignifikáns ( $p = 0,06$ ).

**Megbeszélés:** A SPOCK1 emelkedett szérumszintjét találtuk kialakult cirrhosis esetén a klinikánkon kezelt különböző etiológiájú májbetegségek esetén. Hepatocellularis carcinoma esetén a SPOCK1 szérumszintjét a daganat súlyossága nem befolyásolta. Eredményeinkkel megerősítettük a SPOCK1 cirrhosisban már ismert szerepét, és bizonyítottuk cirrhosis esetén megjelenését a szérumban. A SPOCK1-nek a máj kóros folyamataiban játszott pontos szerepe további vizsgálatokat igényel. Nagyobb esetszámú vizsgálattal, különböző etiológiájú és súlyosságú fibrotikus és cirrhotikus betegek bevonásával a SPOCK1 szérumbiomarkerként való alkalmasságát tervezzük vizsgálni.

### 5. NEMZETKÖZI ENDOSZKÓPOS KÉPZÉS ÉS ENDOSZKÓPOS GUMIGYŰRŐ LIGATÚRA ALKALMAZÁSA HUMÁN KADAVEREKEN

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

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

**Bevezetés:** Korábban több nemzetközi próbálkozás is történt humán kadavereken való endoszkópos képzés kialakítására. Bár a kadaver-modellek realisztikusabb tapasztalatot jelenthetnek, tartósításuk technikai okai, valamint a minőségük és reprodukálhatóságuk korlátozta eddig elterjedésüket. A Semmelweis Egyetemen az elmúlt időszakban történt világszerte is új generációs kadaver-modellek kifejlesztése után úttörő, hazai, „hands-on” típusú emésztőszervi endoszkópos képzést hoztunk létre. Ennek

nemzetközi megítélése eddig kérdéses volt. Az endoszkópos gumigyűrű ligatúra (endoscopic band ligation, EBL) ma az első vonalbeli kezelés nyelőcső varix vérzés esetén. Elsajátítása gyakorlást igényel és időigényes, az „éles” helyzetekben sokszor nincs lehetőség a mozdulatok pontos bemutatására, az állatmodellek pedig nem mindig nyújtanak megfelelően élethű tapasztalatszerzési lehetőséget.

**Célkitűzés:** A célunk új generációs humán kadaver-modelleken való nemzetközi endoszkópos képzés létrehozása, illetve az EBL technika megvalósíthatóságának vizsgálata volt ezen modelleken.

**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 minőségét 3 különböző kadaver gasztroszkópiás és kolonoszkópiás vizsgálatával igazoltuk. Gasztroenterológus szakorvosjelöltek és szakorvosok számára kétnapos, intenzív, nemzetközi, angol nyelvű kurzust hoztunk létre. A résztvevők 90 percnyi felső és alsó gasztrointesztinális (GI), hands-on típusú, diagnosztikus endoszkópos oktatásban részesültek Fujifilm típusú eszközökkel. A képzés végén az EBL technikát teszteltük Cook MBL-6-OV típusú gumigyűrű szett segítségével.

**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 endoszkópokat nem károsították. A kadaverek többször felhasználhatóak maradtak. A kurzuson résztvevő 20 fő pozitív visszajelzésekről, endoszkópos technikájuk nagymértékű javulásáról számolt be. Az EBL technika sikeresen megvalósítható volt a kadaver modelljeinken, amint azt kép és videó prezentáción bemutatjuk.

**Következtetés:** Az új generációs humán kadaver alapú endoszkópos modell hozzájárulhat a jövőbeni hatékony gasztroenterológiai endoszkópos képzéshez, beleértve az olyan terápiás beavatkozásokat, mint az endoszkópos gumigyűrű ligatúra. További fejlesztések és az eddigi oktatási modellekkel való összehasonlító vizsgálatok szükségesek az ebből adódó lehetőségek kiaknázhatóságának megítélésére.

## 6. A HORIZONTÁLIS TRANSZFER ALAPÚ ADAPTÍV GÉNBEÉPÜLÉS HT29 VASTAGBÉLRÁK SEJTVONALBAN

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

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

**Háttér:** A klinikai onkológia egyik legnagyobb kihívása a terápia intenzív szelekciós nyomásával szemben megjelenő rezisztencia, amely ellenálló sejtfenotípusok kialakulásán keresztül a daganat klinikai kiújulásához vezet. A rezisztencia tulajdonságok kialakulásának egyik forrása az adaptív mutációk megjelenése, amelyek vertikális transzferrel a szülősejtből az utódsejtekbe kerülnek, populációjuk kinövését okozva. 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 HT29) vizsgáltunk. *In vitro* elemzésünk kimutatta a sejtmentes genomális DNS jelentős mértékű vándorlását a donor SW480 és recipiens HT29 sejt populációk között. Droplet digitális PCR módszerrel megállapítottuk, hogy a donor sejtvonalra jellemző KRAS mutáció a felülűszóval 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 SW480 specifikus mutációt azonosítottunk, amelyek a kezelést követően jelent meg az eredendően vad-típusú allélt hordozó HT29 sejtekben. Doxorubicinnal és cetuximabbal történő együttes kezelése szignifikánsan növelte a mutáns KRAS gén beépülését a HT29 recipiens sejtekbe.

**Konklúzió:** A gyógyszeres kezelés jelentősen megemelte a donor sejt eredetű mutáns gének beépülési frekvenciáját a recipiens sejtekbe, amely adaptív tulajdonságok, így terápia rezisztencia fokozott megjelenését eredményezheti. Kutatásunkat a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal támogatta (NKFI-143002).

## 7. ANALYSIS OF THE GENETIC AND EPIGENETIC FEATURES OF PATIENTS WITH HYPERHOMOCYSTEINEMIA AFTER HIGH-DOSE FOLIC ACID CONSUMPTION

Barták B.<sup>1</sup>, Nagy Z.<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>2</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, Farkas E.<sup>1</sup>, Bányai F.<sup>1</sup>, Pipek O.<sup>3</sup>, Csabai I.<sup>3</sup>, Takács I.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis University, Department of Internal Medicine and Oncology, Budapest, Hungary; 2. Eötvös Loránd University, Department of Biological Physics, Budapest, Hungary; 3. Eötvös Loránd University, Department of Physics of Complex Systems, Budapest, Hungary

**Purpose:** Homocysteine (HCY) metabolism is regulated by the methionine cycle which plays a crucial role in DNA methylation and is closely linked to the folate cycle. We aimed to analyze the DNA methylation changes including the epigenetic age, measure cfDNA and HCY amount, and identify genetic markers that may influence homocysteine response following folic acid (FA) supplementation in patients with hyperhomocysteinemia (HHC).

**Methods:** Blood samples were collected from 43 HHC patients supplemented with FA. We quantified FA and HCY levels, isolated cfDNA, and separated white blood cells. Global DNA methylation of both cfDNA and leukocyte-origin DNA was measured by LINE-1 bisulfite pyrosequencing. Biological age was determined using Illumina BeadArray technology, and whole-exome sequencing was performed to analyze the patients' genetic backgrounds.

**Results:** CfDNA level was reduced after FA supplementation and positively correlated with HCY ( $r=0.2375$ ). Elevated average LINE-1 methylation of cfDNA and PBMC-origin DNA were observed, with mean relative changes in methylation of 1.9% for both sample types. Regarding HCY levels, we categorized patients based on their response to FA supplementation. FA responders showed decreased HCY from  $15.7\pm 5.5$  to  $11\pm 2.9$   $\mu\text{mol/L}$ , while in FA nonresponders, we observed an opposite trend. The average biological age was reduced by 2.6 years; the reduction was observed in 80% of FA non-responders and 48% of responders. According to sequencing results, we found several mutated genes linked to the C1 cycle, including MTRR, CHAT, and MTHFD1. Moreover, we identified mutations that are specific for the non-responder group at high rate.

**Conclusion:** FA supplementation influences the HCY level, as well as affects the cfDNA amount and the DNA

methylation pattern; however, there are genetic factors that contribute to differences in individual responses to folate consumption.

## 8. REFRAKTER CÖLIÁKIA. ESETTANULMÁNY.

Birtalan K.<sup>1</sup>, Csikós D.<sup>1</sup>, Izer J.<sup>1</sup>, Takács E.<sup>1</sup>, Timár B.<sup>2</sup>, Taller A.<sup>1</sup>

1. Budapesti Uzsoki utcai Kórház, II. Belgyógyászati Osztály; 2. Semmelweis Egyetem, Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet

**Bevezetés.** A cöliákia a magyar populáció kb 1%-át érinti. A gluténra kialakult immunválasz elsorvasztja a vékonybél bolyhait, mely idővel rendeződik jól tartott glutén mentes diéta mellett. Refrakter cöliákiában az intraepithelialis lymphocyták (IEL) aktívak maradnak még glutén mentes étrend mellett is és immunszuppresszív terápia válik szükségessé.

**Esetismertetés.** A 33 éves nőbeteg 12 éve fennálló szorongás és depresszió miatt rendszeres pszichiátriai gondozás alatt áll, többször szorult kórház felvételre is. Négy éve vashiányos vérszegény, hasmenés és fogyás hátterében szerológiai, duodenum biopsziával (Marsh 3b) és genetikával lisztérzékenységet vélelmeztek, gluténmentes diétával állapota rendeződött. 2023 novemberében hasmenés miatt indult kivizsgálása, manifest hyperthyreosist találtak, thiamazol kezelését megkezdték, de hasmenése nem javult. 2023 decemberében hospitalizálták hasi fájdalom, nagyfokú fogyás és nem szűnő hasmenés miatt. Az elvégzett vizsgálatokkal emelkedett emelkedett parenchymás és cholestaticus enzimszinteket, amilázt és lipázt találtak, de egyértelmű etiológia nem volt felderíthető. Emittálás után hasmenés nem szűnt, súlya is tovább csökkent, ekkor vettük fel osztályunkra (170cm, kb 37kg, BMI 12,8). Laborban normocyter anaémiát, emelkedett májenzimeket, hypoproteinémiát és nephrotikus mértékű proteinuriát (kb 3g/nap) detektáltunk. Duodenum biopsziában totális boholyatrophia (Marsh 3c), vesebiopsziában IgA nephropathia igazolódott. A cöliákia szerológia ismételen negatív lett. Refrakter cöliákia gyanúval a bélrendszeri szövettani mintákat tovább vizsgálva az IEL-k kóros fenotípust vagy TCR génátrendeződést nem mutattak, így az 1-es típusú refrakter cöliákia diagnózisa került felállításra. Budesonide terápia mellett az IEL-k eltűntek, bolyhok rendeződtek, súlya emelkedésnek indult és a proteinuria is megszűnt.

**Következtetés.** A hasmenés és fogyás kivizsgálása a hétköznapi medicina szerves része. Esetünk példáján szerettük volna bemutatni a diagnosztikai buktatókat, egyben felhívni a figyelmet a refrakter cöliákia okozta differenciál diagnosztikai nehézségekre. A cöliákia extraintestinalis manifestációi közé tartozik a hepatitis, pancreatitis és IgA nephropathia, mely esetünkben is megtalálható volt. Igazolt cöliakiás betegnél, negatív szerológia mellett, ha ismételen IEL-al járó boholyatrophia jelenik meg, akkor merüljön fel a refrakter cöliákia lehetősége.

## 9. BAL PITVARI ESZKÖZÖS FÜLCSEZÁRÁS, MINT AZ ORALIS ANTIKOAGULÁNS TERÁPIÁT KIVÁLTÓ ELJÁRÁS NON-VALVULÁRIS PITVARFIBRILLÁCIÓBAN: 11 ÉV KLINIKAI TAPASZTALATAI WATCHMAN OCCLUDER BEHELYEZÉSÉVEL

Bogdan M.<sup>1</sup>, Polgár B.<sup>1</sup>, Bencze J.<sup>1</sup>, Lovász O.<sup>1</sup>, Kovács A.<sup>1</sup>, Tóth Zsámboki E.<sup>1</sup>, Duray G.<sup>1</sup>

1. ÉPC- HK

**Introduction:** Non-valvuláris pitvarfibrillációban (NVPF) a thrombusok forrásaként számotartott bal pitvari fülcsé

perkután katéteres occluder eszközzel bezárható. A beavatkozás tartós megoldást jelenthet magas vérzéses rizikójú (gyakran transzfúziót igénylő anémia miatt számos ízben ismételt hospitalizált) betegek számára, mivel elvégzése után nincs szükség antikoaguláns kezelésre (átmeneti kettős, majd egyszeres thrombocytá gátló kezelés javasolt).

**Aims:** Az ÉPC-HK Kardiológiai osztályán 2012 és 2024 májusa között NVPF miatt transzkatéteres Watchman occluder behelyezésen átesett 63 beteg adatait elemeztük.

**Methods:** Betegeink átlag életkora 76 (68-80) év volt, 54%-ban férfiak, BMI 28 (24,7-30,1)kg/m<sup>2</sup>. Kardiovaszkuláris rizikófaktorok magasán reprezentáltak: HT: 92%, DM: 33%, HL: 63%, dohányzás: 14%, krónikus veseelégtelenség: 62%. Igazolt koronária betegség 30%, lezajlott ischaemiás stroke/egyéb thromboembóliás betegség 30%-ban állt fenn. Mind a stroke rizikó mind a vérzéses események átlagos kockázata magas volt (CHA2DS2-VASc score 5 (4-6); HAS-Bled score 4 (3-5)). A betegek preoperatív átlagosan 4,6 E vörösvértest koncentrációt igényeltek; a vérzéses epizódok döntően gasztrointesztinális vérzés állt.

**Results:** A vizsgált betegcsoportban az eszköz implantációjának sikeressége 98,4% volt. Procedurális halálozás nem történt. Akut szövődményt 7 esetben észleltünk (katéter thrombus következményes pulmonalis embóliával és egy formálódó thrombus a beavatkozás közben (1,6%); két perikardiális tamponád (3,2%); egy perikardiális folyadékgyülem (1,6%), egy lokális érszövődmény (1,6%) és 1 esetben (1,6%) masszív gastrointestinális vérzés a műtét kapcsán alkalmazott heparin mellett).

Az 1 évben belüli halálozás 13% (8 beteg) volt, a halál oka egyéb társbetegség következménye volt. Postoperatív átlagos 3 év utánkövetés során az átlagos transzfúzió igény jelentősen csökkent, vérzéses shock nem fordult elő.

**Conclusion:** Az eredmények alapján a beavatkozás alacsony akut szövődmény rátával, biztonságosan kivitelezhető. A thromboembóliás események megelőzése szempontjából az eljárás biztonságos és hatékony, de vérzéses/adverz események miatt ezen polimorbid, fragilis betegcsoport szoros utánkövetése szükséges. Azon beteget esetében, akiknél a vérzésforrás/anatómiai locus ellátásra kerül endoszkópia során, a vérzéses események és a beadott vérkészítmények száma jelentősen csökken. El nem látott vérzésforrás esetén a beavatkozás és a vérhígító terápia felfüggesztése ellenére a későbbiekben rehospitalizáció, rekuráló vérzéses epizódok felléphetnek.

## 10. AZ KÖZEPES- ÉS NAGYMÉRETŰ RECTUM POLYPOK MALIGNITÁSI RIZIKÓJA ÉS ENDOSZKÓPOS KEZELÉSÉNEK RETROSPEKTÍV ÉRTÉKELÉSE

Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Haraszi M.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>3</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum; 2. SZTE SZAKK Patológiai Intézet; 3. SZTE SZAKK Sebészeti Klinika

**Bevezetés:** A colonoscopia egyre szélesebb körű hozzáférhetőségének és a vastagbélszűrő program bevezetésének köszönhetően egyre nagyobb számban kerülnek felismerésre közepes és nagyméretű polypok, melyek esetében emelkedett malignitás kockázattal és az endoszkópos eltávolítás során magasabb komplikációs rátával kell számolni. Célunk volt ezért tanulmányunkban retrospektív módon értékelni az endoszkópos kezelés

jellemzőit, hatékonyságát és biztonságosságát, továbbá meghatározni ezen polypok malignitási kockázatát.

**Metodika:** Retrospektív kohorsz tanulmányunk során a 2023-ban az SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrumában colonoscopiával igazolt és endoscopos módszerrel eltávolított közepes (10-19 mm) és nagyméretű ( $\geq 20$ ) rectum polypokkal rendelkező betegeket vontuk be. Az endoszkópos kezelés hatékonyságát komplett (R0) resectio aránya és az en bloc resectio elérésének aránya, valamint a recidívaráta alapján határoztuk meg. A kezelés biztonságosságának értékelése során az endoszkópos beavatkozással összefüggő szövödményeket értékeltük. Megvizsgáltuk továbbá a polypok morfológiai jellemzőinek és az alkalmazott technikának ezekre gyakorolt hatását.

**Eredmények:** Összesen 61 beteg (férfi 70,49%, átlagos életkor  $68,79 \pm 9,28$  év) 63 magas kockázatú ( $\geq 1$  cm) rectum polypjának eltávolítására került sor a vizsgálati periódusban, melyek átlagos nagysága  $23,84 \pm 15,2$  mm volt, és a polypok mérete 25 esetben (39,68%) meghaladta a 2 cm-t. Az alkalmazott endoszkópos technika az esetek 61,90%-ában polypectomia, 33,33%-ában EMR és 4,76%-ában ESD volt. A beavatkozások 69,84%-át 10 évet meghaladó tapasztalattal rendelkező endoszkóposok végezték. Az esetek 63,49%-ában en bloc resectiora került sor. A resectio komplettnek bizonyult mind az endoscopos, mind a szövettani vélemény alapján az esetek 70%-ában. Ellenőrző colonoscopiás vizsgálatra eddig az esetek 49,21 %-ában került sor  $5,9 \pm 3,9$  hónappal az index vizsgálat után, mely során 9 esetben (14,29%) regisztráltak lokális recidívát, amelyek döntő többsége (66,67%) piecemeal resectional kezelt polypokból származott. Szövödmény 10 esetben (15,87%) lépett fel, mely mindegyike post-polypectomiás azonnali/korai vérzés volt, melyet endoszkópos úton kezeltek a beavatkozás során. A perforáció és post-polypectomiás szindróma egyik esetben sem jelentkezett. A terápia hatékonyságának (en bloc resectio, komplett resectio, localis recidíva) és biztonságossága a polyp méretével és a morfológiájával mutatott szignifikáns összefüggést. A  $\leq 2$  cm-es polypok esetében az en bloc resectio (86,84% vs. 28%,  $p < 0,001$ ) és az R0 resectio aránya (81,58% vs. 48%,  $p < 0,001$ ) szignifikánsan magasabb volt. A  $> 2$  cm-es polypoknál az esetek 72%-ában piecemeal technikát alkalmaztak, amely magasabb recidívaarányt eredményezett (28% vs. 7,89%,  $p < 0,001$ ). A vérzéses szövödmények az esetek 15,87%-ában fordultak elő, amely gyakoribb volt a  $> 2$  cm-es polypok eltávolításakor (80% vs. 20%,  $p < 0,001$ ). A nyeles polyp morfológia szignifikánsan jobb en bloc resectios (81,25% vs. 45,16%,  $p < 0,001$ ) és komplett resectios (81,25% vs. 58,06%,  $p < 0,001$ ) rátával járt együtt. Az endoscoposan eltávolíthatónak ítélt 1 cm-t meghaladó polypok esetén kohorszunkban a malignitási rizikó 7,94%-nak bizonyult, mely nagyméretű, 2 cm-t meghaladó polypok esetén 12,0%-ra emelkedett. Ezen túlmenően az eltávolított polypok 14,55%-a high grade dysplasiát mutatott, mely aránya nagy ( $\geq 2$  cm) polypok esetén már 32,00%-ra nőtt. Oncoteam döntés alapján kiegészítő resectios műtetre egyetlen polyp-carcinoma esetén sem volt szükség, eddigi utánkötés során localis recidíva vagy távoli disseminatio nem volt detektálható.

**Következtetések:** Tanulmányunk igazolta, hogy közepes (10-19 mm) és nagyméretű ( $\geq 2$  cm) polypok esetén az endoscopos resectio hatékony és biztonságos eljárás. A kezelés hatékonysága a nagyméretű polypok esetén romlik a komplett (R0) resectio alacsonyabb aránya és a magasabb recidíva ráta alapján. Ez javítható lenne az en bloc resectio arányának emelésével, erre alkalmas technika, pl. ESD magasabb arányú alkalmazásával.

## 11. SPLANCHNIC VEIN THROMBOSIS IN ACUTE AND CHRONIC PANCREATITIS

Borbély R.<sup>1,2,3</sup>, Teutsch B.<sup>1,3,4</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,5,6</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary.; 2. Department of Medical Imaging, Bajcsy-Zsilinszky Hospital and Clinic, Budapest, Hungary.; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary.; 4. Department of Radiology, Medical Imaging Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary.; 5. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary.; 6. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary.

**Objectives:** Splanchnic vein thrombosis (SVT) is a serious complication in pancreatic disorders that can profoundly impact clinical outcomes in both acute and chronic pancreatitis. This abstract synthesizes contemporary evidence on SVT's incidence, risk factors, diagnostic modalities, and management strategies, emphasizing its influence on morbidity and mortality.

**Methods:** Given the broad scope of topics addressed, a narrative review was deemed more appropriate than a systematic review. On 01.05.2024, a comprehensive literature search was conducted using the NCBI PubMed database with the query "pancrea\* AND splanchn\* AND thromb\*". Of the articles retrieved, 20 met all predefined eligibility criteria and were incorporated as references in the main manuscript. Additionally, 60 further articles identified through unsystematic searches were included to enrich the review.

**Results:** In acute pancreatitis, SVT incidence ranges from 5% to 20%, whereas approximately 12% of chronic pancreatitis patients develop SVT. This complication is associated with increased risks of gastrointestinal bleeding, variceal formation, and bowel ischemia, which collectively contribute to heightened morbidity and mortality. Diagnosis is primarily based on Doppler ultrasound, with contrast-enhanced computed tomography or magnetic resonance imaging employed for confirmation. Anticoagulation using direct oral agents and low molecular weight heparin has shown efficacy in promoting venous recanalization, although the optimal duration of therapy remains to be established. Early detection and intervention appear critical in mitigating adverse outcomes.

**Conclusions:** SVT represents a critical complication in both acute and chronic pancreatitis, significantly affecting patient prognosis. Accurate, early diagnosis combined with tailored anticoagulation therapy is essential to reduce complications and improve survival. Future research should focus on refining diagnostic algorithms, determining the optimal duration of anticoagulation, and elucidating the role of interventional radiological procedures in cases refractory to pharmacotherapy. These efforts underscore the urgent need for randomized controlled trials to validate current management strategies and explore novel diagnostic techniques, ultimately paving the way for improved patient care in this challenging clinical scenario.

## 12. KIHÍVÁSOK PEUTZ-JEGHERS-SZINDRÓMÁBAN SZENVEDŐ BETEG ELLÁTÁSA SORÁN

Bozsik H.<sup>3</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Füstös D.<sup>2</sup>, Bánky B.<sup>2</sup>, Vass T.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>

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

**Bevezetés:** A Peutz-Jeghers szindróma (PJS) egy ritka, gasztrointesztinális traktust érintő örökletes megbetegedés, amely predispozíciót jelent egyes malignus daganatok kialakulására. 50%-ban autoszomális domináns módon öröklődik (STK11/LKB1 gén), vagy de novo mutációként jön létre. A tápcsatorna bármely részén kialakuló polypusos elváltozások - amelyek általában 30-40 éves kor körül jelennek meg - vagy rosszindulatú tumorok (colorectális, pancreas daganatok, méh-, emlő-, tüdő-, petefészek-, hererák stb.) miatt komplex együttműködést igényel a gasztroenterológiai, a sebészeti, az onkológiai ellátása, továbbá a táplálásterápia szempontjából.

### Esetismertetés:

47 éves férfibeteg kivizsgálására vashiányos anaemia miatt került sor, először colitis ulcerosa irányában obszerválták, így sulfasalazin terápiában részesítették. 1999-ben colonoscopia során polypoid elváltozásokat fedeztek fel a colonban, amelyeknek egy részét eltávolították, ennek kapcsán merült fel a juvenilis polyposis lehetősége. A PJS diagnózisát szövettan alapján igazolták. Későbbi gastroscopiák során hisztológiai mintavétellel bizonyították a hamartomatosus polypok jelenlétét a gyomorban, a colonoscopiák során pedig high grade dysplásiás eltérést a rectosigmoidealis átmenetben. Utóbbi miatt 2023-ban subtotalis colectomia történt, ileorectális anasztomózis képzésével a beteg kérését figyelembe véve, a distalis rectum polyp mentesítése nyomán.

A műtétet követően visszatérő hányás, fogyás, per os táplálkozási nehezítettség jelentkezett, illetve egyre gyakrabban szorult transzfúzióra. Kontroll gastroscopia során multiplex, nagyméretű, kaszkádszerű polypusokat észleltünk a gyomorban, amelyek egészen a cardiától a pylorusig terjedtek, továbbá endoszkóposan el nem távolítható, lument szinte teljes kitöltő térfoglalást jelentettek. Kapszulás endoscopia alatt innen észleltünk aktív vérzést, ugyanakkor a vékonybélben eltávolítást igénylő eltérés nem igazolódott.

Kifejezett anasarca, parenteralis táplálás ellenére sem javuló hypalbuminaemia háttérében nemcsak per os táplálási nehezítettség merült fel etiológiai tényezőként, hanem proteinvesztő gastropathia lehetősége is.

2024-ben hasi exploráció során, krónikusan tágult gyomrot észleltek, benne jól tapintható polypoid elváltozásokkal, illetve a gyomorkimeneti akadály háttérében pancreas annularet is azonosítottak. A felsorolt okok miatt oesophago-jejunostomia képzéssel total gastrectomiát hajtottak végre, emellett a pancreasfej resectioja is megtörtént. A szövettan nem igazolt malignus elváltozást.

A műtét óta dietetikus felügyelete alatt folytatott diéta nyomán súlygyarapodása elérte a 10 kg-ot, testösszetétel mérése alapján izomtömeg növekedése megfelelő, laborleletben a hypalbuminaemia megszűnt, regulárisan szűrővizsgálatokon vesz részt.

Esetünk érdekességét az jelenti, hogy polyp terhelés a gyomorban volt a legkifejezettebb, illetve ehhez kapcsolódóan fehérjevesztő gastropathia jelent meg.

**Következtetés:** A PJS kezelése komplex együttműködést igényel, az egészségügyi team és a beteg részéről egyaránt.

Ezen betegek ellátását az elengedhetetlen és rendszeres szűrővizsgálatok segítik azért, hogy időben felismerjük a malignus elváltozásokat. A posztoperatív időszakban a rezekciók miatti felszívódási zavarok kezelése és a további folytatódó követés team munkát igényel.

## 13. MANIFESZT NEM VARIX EREDETŰ TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEL HOSPITALIZÁLT BETEGEK KEZELÉSI STRATÉGIÁJA A GASTROPROTEKCIÓ, THROMBOCYTA AGGREGÁCIÓGÁTLÓ ÉS ANTIKOAGULÁNS TERÁPIA VONATKOZÁSÁBAN

Bősze Z.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum; 2. SZTE SZAKK Patológia Intézet; 3. SZTE SZAKK Sebészeti Klinika

**Bevezetés:** Az idősebb társadalomban a kardiovaszkuláris események prevalenciája növekedést mutat, emiatt a beteg thrombocyta aggregációgátló (TAG) és/vagy antikoaguláns (OAC) terápiában részesülnek, esetenként gasztroprotektív nélkül is. Ezek a gyógyszerek fokozzák a gasztrointesztinális vérzés (GIV) esélyének kialakulását, mely a gasztroenterológiai ellátóhelyekre jelentős terhet ró mind a kapacitás, mind pedig finansziális szempontból, azonban a gyógyszerek elhagyása a kardiovaszkuláris szövődmények rizikóját növeli.

**Céltűzés és módszerek:** Célnk volt ezért megvizsgálni a manifest, nem varix eredetű tápcsatornai vérzés (NVGIV) iránydiagnózissal felvett betegeknél a gyomorvédő, TAG és antikoaguláns terápia megváltoztatása után fellépő vérzéses és kardiovaszkuláris szövődményeket az aktuális irányelvek tükrében. Retrospektív obszervációs kohorsz vizsgálatunk során az SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrumában a 2023.05.01-2024.06.30. között NVGIV indikációval hospitalizált betegeket vontuk be. Minimum fél éves utánkövetés során az ismételt GIV-et és kardiovaszkuláris szövődményeket értékeltük.

**Eredmények:** 231 beteg összesen 270 alkalommal került felvételre, ebből 204-en egyszer, 19-en kétszer, 7-en háromszor és 1 beteg hét alkalommal került felvételre. A 270 eset átlagos hospitalizációja 5,73 nap volt. Transzfúzióra az esetek 31,11%-ában (N=84) került sor a gasztroenterológiai hospitalizációt megelőző ellátás során, a hospitalizáció során 50%-ban (N=135); átlagosan 3,05 egység vörösvértest-koncentrárum és 1,47 egység friss fagyasztott plazma adására került sor osztályunkon. Az esetek 62,22%-ában (N=168) alkalmaztak gasztroprotektív kezelést, mely leggyakrabban pantoprazol volt (N=139). TAG kezelésben 45,19% (N=122), míg OAC kezelésben 34,44% (N=93) részesült bekerülésük előtt. A legtöbbször acetilszalicilsavat (ASA) alkalmaztak az aggregációgátlásra (N=63), OAC-ként pedig LMWH-t (N=36). Csúpn az esetek 11,11%-ában (N=30) nem került sor endoszkópos intervencióra, gastroscopia az esetek 61,11%-ában (N=165), míg colonoscopia 50,37%-ban (N=136) történt. Az esetek 1,85%-ában (N=5) hunytak el a betegek a hospitalizáció során, az elbocsátottak közül 62,26%-ban (N=165) változtattunk a betegek terápiaján a gyomorvédő, TAG vagy OAC szedésével kapcsolatosan. Az elbocsátáskori terápias javaslatban gyomorvédő az esetek 87,92% (N=233) szerepelt, mely leggyakrabban pantoprazol volt (N=201), míg TAG kezelés 35,09%-ban (N=93), OAC pedig 30,19%-ban (N=80). Az ellátás során a vérzéses szövődmény gyakorisága 8,15% (N=22) volt. Elbocsátást követően két héten belül az esetek 9,63%-ában (N=26) számoltak be vérzéses szövődményről, melynek 65,34%-a (N=17) igényelt

ismételt hospitalizációt vagy transzfúziót. Két hét elteltével, de 3 hónapon belül az ismételt vérzéses szövödmények aránya 15,93% (N=43), míg három hónap után fél éven belül 13,33% (N=36) volt, előbbinél transzfúzió vagy újabb kórházi kezelési igény 62,79%-ban (N=27), utóbbinál 66,67%-ban (N=24) volt. A gasztrointesztinális vérzés miatti hospitalizációt követően a 231 beteg 5,63%-ánál (N=13) alakult ki kardiovaszkuláris szövödmény, átlagosan fél éven belül, a leggyakoribb az akut coronaria syndroma volt. Itt a betegek majdnem felénél (N=6) került sor a TAG vagy OAC terápia csökkentésére vagy elhagyására.

**Konklúzió:** A NVGIV esetén a kardiovaszkuláris szövödmények kivédésére szedett gyógyszerek revideálása továbbra is nehéz helyzet elé állítja a klinikusokat egy hospitalizációt igénylő vérzés után, azonban a meglévő irányelveket alkalmazva egyénre szabottan minimalizálható mind a vérzéses, mind a kardiovaszkuláris szövödmények rizikója is.

#### 14. TRANSPAPILLARIS CHOLECYSTA DRAINAGE A KLINIKAI GYAKORLATBAN – PILOT TANULMÁNY

Bősze Z.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>3</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>  
1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum; 2. SZTE SZAKK Patológia Intézet; 3. SZTE SZAKK Sebészeti Klinika

**Bevezetés:** A 2018-as tokiói irányelv az akut cholecystitis esetén a laparoscopos cholecystectomyt ajánlja a terápia gold standardjaként a súlyosságtól függetlenül, amennyiben a beteg műtetre alkalmas, a panaszok kezdete óta eltelt időtől függetlenül. Régiókban a betegek nagyjából 20%-ánál kerül sor akut cholecystectomyra, a fent maradó esetekben konzervatív terápia melletti javulást követően is számolni kell azzal, hogy a halasztott műtét elvégzéséig recidív gyulladás alakulhat ki. A tokiói irányelv alapján grade II és III cholecystitis esetén az epehólyag drainage-a javasolt, mely történhet invazív radiológusok által percutan transhepaticus epehólyag drainage-ként (TPGBD), endoszkópos módon pedig transpapillaris epehólyag drainage (TPGBD) vagy endoszkópos ultrahang vezérelte epehólyag drainage (EUS-GBD) elvégzésére van mód.

**Célkitűzés és módszerek:** Prospektív, nem randomizált, obszervációs vizsgálatunk elsődleges célja az SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrumában 2023.11.01-től TPGBD-n átesett, (a 2018-as tokiói irányelv alapján) grade II és III cholecystitis betegek körében a TPGBD technikai (epehólyagba történő sikeres stent implantáció) és klinikai sikerességének (ismételt drainage-igény és recidív cholecystitis hiánya) felmérése volt. Másodlagos célunk volt a sikeres TPGBD-n átesett betegek hospitalizációs idejének összevetése a grade II/III cholecystitis miatt percutan drainage-on átesett betegekével.

**Eredmények:** Összesen 18 betegnél került sor TPGBD-re, ebből 72% nő volt, a betegek átlagéletkora 64,27 év volt. A vizsgálatba bevontak anamnézisében korábbi cholecystitis 22%-ban, korábbi cholecystolithiasis 44%-ban, míg megelőző choledocholithiasis az esetek 17%-ában szerepelt. Korábban percutan drainage-on a betegek 11%-a esett át. A TPGBD-re a betegek 89%-ánál (N=16) grade II cholecystitis miatt került sor, a többinél grade III miatt. Legalább ASA 3 besorolású volt 61%-uk. A TPGBD technikailag 61%-ban volt sikeres, cholangioscop alkalmazására az esetek 56%-ában került sor. Technikailag sikertelen TPGBD esetén 3 betegnél történt PTGBD, a többi 4-nél konzervatív kezelés történt. A technikailag sikeres TPGBD-t követően egy esetben került sor a beavatkozás

után egy héten belül PTGBD-re, melyre a súlyos társbetegségek miatt került sor az ismételt TPGBD helyett. 5 betegnél került sor eddig a cholecystectomyra átlagosan 7,5 hét elteltével a sikeres TPGBD után, a többi betegnél ismételt cholecystitis miatti hospitalizáció vagy egyéb cholelithiasissal összefüggő, sürgősségi ellátást igénylő panasz nem jelentkezett. Összevetve ezt a csoportot a vizsgálat ideje alatt 11, véletlenszerűen kiválasztott, legalább grade II cholecystitis miatt TPGBD-n átesett beteggel azt tapasztaltuk, hogy a TPGBD-n átesett betegek drainage-t követő hospitalizációs ideje kevesebb volt (8,2 nap vs. 13,3 nap), illetve kevesebb betegnél lépett fel ismételt drainage igény vagy recidív cholecystitis (1 beteg vs 4 beteg).

**Konklúzió:** Bár a TPGBD valóban kihívást jelentett a cholangioscopia megjelenése előtt, napjainkban már lehetséges és a szakirodalomban is egyre elfogadottabb kezelési módja lesz az akut cholecystitisnek, ahol nem kerül sor akut szakoszon belül az operációra. A TPGBD eredményeink alapján kisebb hospitalizációs idővel és kevesebb szövödménnyel járhat. Eredményeink a vizsgálat későbbi kiterjesztéséhez és randomizált, kontrollcsoportos prospektív tanulmány tervezéséhez szolgálnak alapul.

#### 15. EFFICACY OF IMMUNONUTRITION IN GASTROINTESTINAL CANCER PATIENTS – A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Budai B.<sup>1,2</sup>, Panait R.<sup>1</sup>, Laczkó B.<sup>2</sup>, Veres D.<sup>1,4</sup>, Szalai Á.<sup>1,5</sup>, Erőss B.<sup>1,3</sup>, Földváry-Nagy L.<sup>1,6</sup>, Hagymási K.<sup>1,7</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,8,9</sup>, Bunduc S.<sup>1,10,11</sup>, Váncsa S.<sup>1,3</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Dietetics and Nutritional Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Department of Morphology and Physiology, Faculty of Health Sciences, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 9. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation University of Szeged, Szeged, Hungary; 10. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 11. Digestive Diseases and Liver Transplantation Center, Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania

**Introduction:** The use of immunonutrition is becoming more prevalent in clinical practice, particularly in oncology care. The aim is to reduce surgical complications and enhance the quality of life for patients.

**Aims:** We conducted a systematic review and meta-analysis to examine the impact of immunonutrition on postoperative outcomes in patients with gastrointestinal cancer.

**Methods:** We systematically searched PubMed, Embase, and Cochrane Library (22.03.2024). The study protocol was registered on PROSPERO (CRD42024524537). We included studies with the following PICO framework: Population: gastrointestinal cancer patients, Intervention: immunonutrition, Control: no immunonutrition, Outcome: adverse events, length of hospital stay. The random-effects model yielded the pooled odds ratios (OR), mean difference (MD), and 95% confidence intervals (CIs).

**Results:** A total of 139 studies were included. The perioperative administration of immunonutrition significantly reduced the odds of anastomotic leak in gastrointestinal cancer patients (OR 0.55, 95% CI 0.39-0.77), preoperative administration did not show a significant effect (OR 0.70, 95% CI 0.49-1.02). The administration of immunonutrition significantly reduced the odds of infectious complications (OR 0.62, 95% CI 0.44-0.86), while there were no effects on non-infectious complications (OR 0.93, 95% CI 0.84-1.03). The length of hospital stay was significantly reduced by preoperative administration (MD -1.56, 95% CI -2.68- -0.44) and postoperative administration (MD -3.12, 95% CI -3.79- -2.44) of immunonutrition to patients with gastrointestinal cancer.

**Conclusion:** The use of immunonutrition shows promising results by reducing anastomotic leak, lowering the odds of infectious complications, and shortening the length of hospital stay in patients with gastrointestinal cancer and surgical treatment.

## 16. CONCOMITANT VIRUS INFECTION INCREASES MORTALITY AND WORSENS OUTCOME OF ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS.

Cai G.<sup>1</sup>, Szalai Ágnes E.<sup>1,2</sup>, Martinekova P.<sup>1</sup>, Li X.<sup>1</sup>, Qian X.<sup>1,3</sup>, Sándor Veres D.<sup>1,4</sup>, Péterfi Z.<sup>5</sup>, Biswakarma J.<sup>1</sup>, Nagy R.<sup>1,6,7</sup>, Mikó A.<sup>1,6,8</sup>, Ábrahám S.<sup>1,9</sup>, Erőss B.<sup>1,6,10</sup>, Hegyi P.<sup>1,6,10,11</sup>, Szentesi A.<sup>1,6</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Prosthodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Department of Infectology, First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 6. Institute for Translational 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, Pécs, Hungary; 9. Department of Surgery, Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged, Szeged, Hungary; 10. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 11. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) is a severe medical condition that poses a significant threat to health and often has a high mortality rate. While alcohol and bile-induced factors are the most common causes of this condition, there is increasing evidence that viral infections such as SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2) and HIV (human immunodeficiency virus) may also trigger the development of AP. However, the link between viral infections and AP is not yet fully understood, and our study aims to explore this association in greater detail.

**Aims:** This study is to investigate the effects of concomitant viral infection in AP

**Methods:** After the PROSPERO registration (CRD42023400683), we systematically searched in February 2023 using PubMed, Embase, Cochrane Library, China Science and Technology Journal Database, China National Knowledge Infrastructure, and Wanfang Chinese databases. We included studies with the following PECO framework: Population: AP patients, Exposure/Comparison:

with/without virus infection, Outcome: mortality, severity, and complications of AP. Pooled odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CIs) were calculated. We used the Quality in Prognostic Studies (QUIPS) tool and Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal tools for risk of bias assessment.

**Results:** Altogether, 29 cohorts with 2,295,172 patients were identified for the meta-analysis. Patients with concurrent SARS-CoV-2 infection and AP exhibited a heightened risk of in-hospital and 30-day mortality (OR: 3.15, CI: 2.08-4.76 and OR: 6.56, CI: 3.44-12.51, respectively), along with an increased likelihood of necrosis (OR: 1.83, CI: 1.33-2.53). Mild AP was less prevalent in the SARS-CoV-2 group (OR: 0.37, CI: 0.14-0.97). Contrarily, a concomitant HIV infection did not elevate in-hospital mortality (OR: 1.12, CI: 0.92-1.37) and odds of sepsis (OR: 1.21, CI: 0.41-3.59).

**Conclusion:** Patients co-diagnosed with AP and a SARS-CoV-2 infection demand heightened attention due to an increased risk of complications and a worsened overall outcome. HIV infection does not seem to elevate the risk of a more severe outcome. The lack of cohorts in AP with other virus infections limits further investigation. These findings highlight the importance of considering viral infections in assessing and managing AP.

## 17. PREDIKTÍV ÉS PROGNOZTIKAI KOCKÁZATBECSLŐ PONTRENDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA FELSŐTÁPCSATORNAI VARIX EREDETŰ VÉRZÉSEKBEN

Csóky B.<sup>1</sup>, Kozma M.<sup>1</sup>, Lalák K.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>1</sup>, Morár A.<sup>1</sup>, Kovács B.<sup>1</sup>, Mártonfalvi Z.<sup>2</sup>, Solymosi N.<sup>3,4</sup>, Papp V.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Sürgősségi E.<sup>1</sup>, Imecz J.<sup>5</sup>, Fenyves B.<sup>5</sup>, Varga C.<sup>5</sup>, Szijártó A.<sup>6</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>

1. Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék, Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet; 3. Állatorvostudományi Egyetem, Bioinformatikai Központ; 4. Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék; 5. Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Orvostani Klinika; 6. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** Számos kockázatbecslő pontrendszert fejlesztettek ki a felső tápcsatornai nem varix eredetű vérzések (NVUGIB) különböző kimeneteleinek előrejelzésére, azonban varix eredetű vérzésekre (VUGIB) ezeket nem, vagy csak a későbbiekben validálták.

**Célkitűzés:** Tanulmányunk célja összehasonlítani néhány korábban leírt kockázatbecslő pontrendszert, például a CANUKA-, Glasgow-Blatchford- (GBS), Harbinger- és Rockall (pre-endoszkópos és teljes) pontrendszert, az NLR (neutrofil-limfocita arány), és az RDW (vvt szélességi eloszlás) teljesítményét varix eredetű felső tápcsatornai vérzésekben, a 30 napos halálozás, a kórházi halálozás, az intervenció radiológiai beavatkozás, a vörösvérsejt-transzfúzió szükségességének, illetve az újrávérzés előrejelzésében.

**Módszerek:** A Semmelweis Egyetem Sürgősségi Orvostani Klinikáján 2022 és 2023 között felső tápcsatornai vérzés miatt sürgősségi endoszkópián átesett betegeket vontuk be egy retrospektív kohorsz vizsgálatba. A statisztikai elemzésekhez ROC-analízist alkalmaztunk, valamint kiszámoltuk az AUROC-értékeket.

**Eredmények:** Összesen 126 betegnél került sor sürgősségi endoszkópiára varix eredetű felső tápcsatornai vérzés miatt (79 férfi, 47 nő, átlagéletkor 58 év). Az újrávérzési arány

7,9% volt, second-look endoszkópia 30 esetben (23,8%) történt. Az ismételt endoszkópos vizsgálatot 10 esetben elégtelen index endoszkópia, 6 esetben újrávzés gyanúja, 12 esetben kontroll miatt indikálták. A 30 napos halálozási arány 23,8% volt (n=30/126). Az értékelésből 5 beteg hiányzó adatok miatt kizárásra került. AUROC-értékek: **30 napos halálozás:** HARBINGER: 0,63, CANUKA: 0,75, Rockall (pre, teljes): 0,73, GBS: 0,71, NLR: 0,65, RDW: 0,54 **Kórházi halálozás:** HARBINGER: 0,59, CANUKA: 0,7, Rockall (pre, teljes): 0,67, GBS: 0,65, NLR: 0,63, RDW: 0,56 **Intervenció szükségessége:** HARBINGER: 0,62, CANUKA: 0,49, Rockall (pre, teljes): 0,56, GBS: 0,54, NLR: 0,54, RDW: 0,67 **Vörösvérsejt-transzfúzió szükségessége:** HARBINGER: 0,66, CANUKA: 0,83, Rockall (pre, teljes): 0,7, GBS: 0,78, NLR: 0,65, RDW: 0,63 **Újrávzés:** HARBINGER: 0,45, CANUKA: 0,44, Rockall (pre, teljes): 0,42, GBS: 0,5, NLR: 0,53, RDW: 0,56

**Következtetés:** A jelenleg elérhető, főként nem varix eredetű felső tápcsatornai vérzésekre fejlesztett kockázatbecslő pontrendszerek varix eredetű vérzések esetén szuboptimális teljesítményt mutatattak (AUROC  $\leq 0,8$ ), a fontos klinikai kimenetek előrejelzésében. A CANUKA pontrendszer hatékonynak bizonyult a vörösvérsejt-transzfúzió szükségességének előrejelzésében.

## 18. A GROOVE PANCREATITIS DIAGNOSZTIKUS KIHÍVÁSAI ÉS KEZELÉSE ESETEINK ALAPJÁN

Czakó B.<sup>1</sup>, Mohácsi G.<sup>1,2</sup>, Németh B.<sup>1,2</sup>, Czakó L.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged, Magyarország; 2. Magyar Molekuláris Medicina Kiválóági Központ (HCEMM)- Szegedi Tudományegyetem, Transzlációs Pancreatológiai Kutatócsoport, Szeged, Magyarország

**Introduction:** A groove pancreatitis a krónikus pancreatitis ritka formája, amelyben a krónikus gyulladás egyaránt érinti a pancreast, a duodenumot és a közös epevezetékét (az ún. "groove"- területet). A pancreas malignus eltéréseitől történő diagnosztikai elkülönítés komoly kihívást jelent, mivel a tünetek és radiológiai jellemzők átfedést mutatnak a hasnyálmirigyrák klinikai képével. Bár a patogenezis nem teljesen tisztázott, az alkoholfogyasztás és a dohányzás jelentős etiológiai tényezők.

**Aims:** Jelen vizsgálat célja a hazai groove pancreatitis esetek klinikai és diagnosztikai jellemzése, valamint az alkalmazott kezelési stratégia értékelése.

**Methods:** Retrospektív vizsgálatunkban 12 groove pancreatitis miatt a Szegedi Tudományegyetemen felvételre került beteg adatait elemeztük demográfiai és anamnestikus adatok, klinikai tünetek, laboratóriumi eredmények, képalkotó diagnosztikai jellemzők, valamint az alkalmazott terápiás megközelítések és azok hatékonysága szempontjából.

**Results:** A betegpopuláció átlagéletkora  $54,8 \pm 11,8$  év, a betegek 66,7%-a férfi. Alkoholabúzust és dohányzást az esetek 60%-ban észleltünk. A leggyakoribb klinikai tünetek a hasi fájdalom (81,8%), hányás (72,7%), és sárgaság (9,1%) voltak. Az akut események miatti kórházi kezelés átlagos időtartama  $17,7 \pm 16,9$  nap volt. A laboratóriumi paraméterek közül a lipáz szint az esetek 88,9%-ban, az amiláz 54,5%-ban, a C-reaktív protein 63,6%-ban és a leukocyták szám 45,5%-ban mutatott emelkedett értéket. A májenzimek tekintetében a gamma-glutamil transzferáz esetében láttunk jelentős emelkedést (54,5%). Képalkotó vizsgálatokkal a pancreas fejének inhomogén szerkezetét (50%),

pseudocysták (40%) és peripancreaticus infiltráció képződését (20%) figyeeltük meg. Duodenális stenosis az esetek 77,8%-ban, Wirsung-vezeték tárgulat 20%-ban, míg epeúti obstrukció 40%-ban igazolódott. Konzervatív terápia 5 betegnél volt eredményes, 6 beteg endoszkópos beavatkozásban részesült (3 sikeres ERCP, 1 sikertelen ERCP, 2 sikeres EUH-vezérelt abscessus drenázs), 1 beteg pedig a sikertelen konzervatív terápia után sebészeti beavatkozásra szorult (abscessus drenázs).

**Conclusion:** Groove pancreatitis gyakoribb férfiakban és gyakran társul dohányzással, alkohol fogyasztással. A groove pancreatitis komplex differenciáldiagnosztikai kihívást jelent, különösen a pancreas daganatos betegségeitől történő elkülönítés szempontjából. A korszerű képalkotó eljárások kulcsszerepet játszanak a pontos diagnózis felállításában. Bár a konzervatív terápia számos esetben hatékonyan bizonyul, súlyosabb esetekben endoszkópos vagy sebészeti beavatkozás válhat szükségessé. Lépcsőzetes, a legkevésbé invazív kezelési módszer elsőként való alkalmazása javasolható.

## 19. AZ ANANDAMID SZEREPÉNEK VIZSGÁLATA AZ NSAID-ENTEROPÁTIÁBAN EGÉRKEN

Demeter Z.<sup>1,2</sup>, Wachtl G.<sup>1,2</sup>, Haghighi A.<sup>1,2</sup>, Lengyel L.<sup>1,2</sup>, Zsidai A.<sup>1,2</sup>, Gyires K.<sup>1,2</sup>, Zádori Z.<sup>1,2</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet; 2. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Gyógyszerkutatási és -fejlesztési Központ

**Introduction:** A nem-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID-ok) krónikus alkalmazása vékonybél károsodást (enteropátiát) okozhat, melynek megelőzése és kezelése egyelőre nem megoldott. Bár irodalmi adatok alapján az endokannabinoid (EC) rendszer aktiválói, például az anandamid (AEA) szintjét emelő zsírsavamid-hidroláz (FAAH) gátlók csökkenthetik a gasztrointesztinális rendszer károsodását és gyulladását különböző állatkísérletes modellekben, korábbi kísérleteinkben a FAAH gátló URB597 súlyosbította az indomethacin (IND) által indukált enteropátiát egerekben, melynek mechanizmusa egyelőre nem tisztázott.

**Aims:** Jelen kísérleteinkben arra kerestük a választ, hogy az URB597 enteropátiát súlyosbító hatása az AEA szintjének emelésén keresztül, vagy ettől függetlenül jön létre. Célunk volt 1) meghatározni az AEA szintjét az URB597-tel kezelt állatok vékonybélben, valamint 2) megvizsgálni az AEA kezelés enteropátiára gyakorolt hatását egy külön kísérletben. 3) Mivel a kannabinoidok csökkenhetnek a gyomorsav szekréciót, mely a bélben diszbiózist okozhat, szintén célunk volt megmérni a *Bifidobacterium*ok szintjét az URB597-tel kezelt állatok vékonybélben.

**Methods:** 1) Az AEA szintjének meghatározása HPLC-MS-sel történt. 2) C57BL/6 egereket kezeltünk egyszeri nagy dózisu IND-cal (30 mg/kg), az enteropátia súlyosságát pedig 24 óra múlva vizsgáltuk makroszkóposan és különböző gyulladásos mediátorok expressziós szintjének mérésével. Az AEA (1 és 10 mg/kg) vagy vehikulumát 3 alkalommal adtuk az állatoknak *per os* (2 órával az IND előtt, 6 órával utána, valamint 2 órával az állatok terminálása előtt). 3) A *Bifidobacterium* szintjét qPCR-el határoztuk meg.

**Results:** 1) Bár az URB597 önmagában enyhén megemelte az AEA szintjét a vékonybélben, az enteropátia jelentősebb AEA emelkedést okozott, és nem volt különbség az IND és IND+URB597 csoportok AEA szintjei között. 2) Az AEA egyik alkalmazott dózisa sem befolyásolta szignifikánsan az IND bélkárosító hatását. 3) Az URB597 kezelés nem volt hatással a *Bifidobacterium*ok szintjére a vékonybélben.

**Conclusion:** Eredményeink alapján az AEA kezelés nem befolyásolja az NSAID enteropátiát egerekben, és az URB597 kezelés sem az AEA szintjének emelésén keresztül súlyosbítja azt. Bár az URB597 nem befolyásolta a *Bifidobacterium*ok szintjét, a diszbiózis szerepe az enteropátia súlyosbításában egyelőre nem zárható ki, ezért további vizsgálatokat tervezünk ennek tisztázására.  
Támogatás: NKFI FK 138842

## 20. PREOPERATIVE EXCLUSIVE ENTERAL NUTRITION REDUCES POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ADULTS WITH CROHN'S DISEASE UNDERGOING ELECTIVE SURGERY: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Demeter D.<sup>1,2</sup>, Kollányi G.<sup>1,3</sup>, Makolli A.<sup>1,4,5</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Yoshida A.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,6,7</sup>, Golovics P.<sup>1,2</sup>, Gyökeres T.<sup>1,2</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Gastroenterology, Central Hospital of Northern Pest-Military Hospital, Budapest, Hungary; 3. Department of Gastroenterology, St. Imre Teaching Hospital, Budapest, Hungary; 4. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Center for Pharmacology and Drug Research & Development, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary

**Introduction:** Exclusive enteral nutrition (EEN) is a well-established first-line treatment for inducing remission in pediatric Crohn's disease. However, its use in adult Crohn's disease treatment remains limited. In adults, 22% of patients require surgery within the first five years after diagnosis, with postoperative complication rates ranging from 20-30%.

**Aims:** This study investigates whether preoperative EEN can reduce postoperative complications in adults with Crohn's disease undergoing elective surgery.

**Methods:** A systematic search was conducted on October 26, 2024, across three databases: PubMed, EMBASE, and the Cochrane Library. Studies were included if they involved at least two weeks of preoperative EEN and reported postoperative outcomes. The primary outcomes were anastomotic leakage, stoma formation, and abscess formation, while the secondary outcome was the length of hospital stay. The odds ratio (OR) and mean differences (MD) with their 95% confidence interval (CI) were calculated using a random-effect model.

**Results:** A total of 11 studies, including 2112 patients, were included in the analysis. EEN significantly reduced the odds of anastomotic leakage (OR=0.29, CI: 0.19-0.47), stoma formation (OR=0.39, CI: 0.09-1.73), and abscess formation (OR=0.41, CI: 0.23-0.72). However, there was no significant reduction in the length of hospital stay (MD: 0.88 days, CI: -1.85-0.09).

**Conclusion:** Preoperative EEN significantly reduces the risk of anastomotic leakage, stoma formation, and abscess formation, leading to improved postoperative outcomes. These findings support adding EEN into preoperative management for adult Crohn's disease patients undergoing elective surgery to enhance recovery and minimize complications.

## 21. THE IMPACT OF METABOLIC SYNDROME AND ITS INDIVIDUAL COMPONENTS ON ACUTE PANCREATITIS OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Dobszai D.<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>2</sup>, Szalai E.<sup>2,3</sup>, Veres D.<sup>2,4</sup>, Havelda L.<sup>2,5</sup>, Papp R.<sup>2,6,7</sup>, Choi A.<sup>2</sup>, Budai B.<sup>2,5</sup>, Csajbók D.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,5,8</sup>, Szentési A.<sup>1,2</sup>

1. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 4. Department of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Center for Pharmacology and Drug Research & Development, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 8. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** The rise in obesity rates has triggered a surge in associated health issues, with metabolic syndrome (MS) affecting approximately 25% of populations in Western countries. Severe acute pancreatitis (AP) is associated with mortality rates as high as 50%. Prior research has linked components of MS to heightened complications and mortality in cases of AP.

**Aims:** This meta-analysis aims to elucidate potential risk factors and their combined effects on the outcomes of AP.

**Methods:** We performed a systematic search of PubMed, Embase, and the Cochrane Library until November 1, 2023, identifying studies based on specified criteria. We investigated the influence of MS and its components (obesity, hypertension, diabetes mellitus, and hypertriglyceridemia) on AP outcomes, calculating pooled odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CIs). The study protocol was registered with PROSPERO under the identifier CRD42023471092.

**Results:** From an initial 15,904 records, 93 studies were included in the analysis. Overweight and obesity emerged as significant risk factors for complications (local OR: 2.677, 95%CI: 1.421-5.044; systemic OR: 2.404, 95%CI: 1.481-3.901) and the severity of AP (BMI≥30 kg/m<sup>2</sup>, OR: 3.058, 95%CI: 1.369-6.829). Elevated triglyceride levels were linked to ICU admissions (OR: 2.546, 95%CI: 1.529-4.237) and severe AP (OR: 2.372, 95%CI: 1.275-4.413); hypertension correlated with increased mortality (OR: 2.135, 95%CI: 1.870-2.437), while diabetes was associated with higher odds of ICU admission (OR: 1.645, 95%CI: 1.358-1.992) and severe AP (OR: 1.49, 95%CI: 1.09-2.03). Our findings suggest that MS may elevate the likelihood of severe AP (OR=1.398, 95%CI: 0.918-2.129).

**Conclusion:** The individual components of metabolic syndrome are significant risk factors for complications, severity, and mortality related to acute pancreatitis. It is imperative to prioritize lifestyle counseling, education, and effective management for patients dealing with obesity.

## 22. KARDIOVASZKULÁRIS SZÖVŐDMÉNYEK ÉS RIZIKÓBECSLÉS MASLD-BEN

Drácz B.<sup>1,2</sup>, Kóvágo K.<sup>1</sup>, Túri F.<sup>1</sup>, Egresi A.<sup>1,2</sup>, Hagymási K.<sup>1,2</sup>, Dinya E.<sup>3</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, Intervenciós Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Semmelweis Egyetem, Digitális Egészségtudományi Intézet

**Introduction:** A MASLD betegek több, mint 10 %-nál kardiovaszkuláris betegségek (CVD) jelentkeznek a májbetegség lefolyása során. CVD a második leggyakoribb halálók, a betegek 25%-a kardiális, cerebrovaszkuláris betegségben hal meg. A 2024-es európai szakmai ajánlásban (EASL) is szerepel, hogy a kardiovaszkuláris (CV) rizikót nemcsak a betegség diagnosztikájánál kell figyelembe venni, hanem a betegek megfigyelése során is.

**Aims:** Ugyan többféle CV rizikó becslésére használt score rendszer van, de egyik sem kifejezetten erre a betegcsoportra vonatkozik. Betegeink adatainak feldolgozásával olyan CV rizikóbecslés és utánkövetési protokoll kidolgozását tervezzük, amely a napi klinikai gyakorlatban történő alkalmazását támogatja.

**Methods:** Retrospektív kutatást végeztünk 2007-2024 között a SE II. sz. Belgyógyászati Klinikán és a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán diagnosztizált 247 NASH/MASLD beteg klinikai és laboratóriumi adatainak felhasználásával. A Framingham és Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) rizikófaktorok, valamint a non-invazív fibrosis biomarkerek közül a FIB-4 és az APRI értékek kiszámolásával kiválasztottuk a magas rizikójú betegcsoportokat és meghatároztuk a leggyakoribb CV szövődményeket.

**Results:** A MASLD betegek 21%-ban (51/247) jelentősen nagyobb volt a CV rizikó, leggyakoribb szövődmény a stroke volt. Az ASCVD esetén szignifikánsan magasabb volt a CV szövődmények előfordulása a Framingham score-hoz viszonyítva. Minden hetedik MASLD betegnél májcirrhosisba progrediált a betegség, a cirrhosisban szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) magasabb volt a CV szövődmények kialakulásának aránya. Alacsony CV rizikójú populációt a medián FIB-4 érték alapján összehasonlítva kiemelendő, hogy FIB-4  $\geq 1,36$  MASLD betegekben szignifikánsan ( $p < 0.05$ ) gyakrabban alakult ki CV szövődmény, az APRI esetén szignifikáns különbséget nem találtunk.

**Conclusion:** MASLD-ben a legszenzitívebb CV marker az ASCVD volt. Májcirrhosis kialakulásával nő a CV rizikó. A FIB-4  $\geq 1,36$  fokozza a CV szövődmények kialakulását, még 10% alatti ASCVD (alacsony CV rizikó) esetén is. A jövőben az ASCVD és a FIB-4 együttes alkalmazását javasoljuk.

## 23. IBD-S BETEGEK MULTIDISZCIPLINÁRIS KEZELÉSE A SEBÉSZEK ÉS RADIOLÓGUSOK BEVONÁSÁVAL

Élthes Z.<sup>1,2</sup>, Pályu E.<sup>1,2</sup>, Lénárt Á.<sup>1,2</sup>, Lovas Z.<sup>1,2</sup>, Tóth J.<sup>3</sup>, Berényi E.<sup>3</sup>, Kanyári Z.<sup>4</sup>, Med. habil. Tóth D.<sup>4</sup>, Papp M.<sup>1,2</sup>, Palatka K.<sup>1,2</sup>

1. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gasztroenterológia Klinika; 3. Debreceni Egyetem Klinikai Központ Orvosi Képző Klinika; 4. Debreceni Egyetem Klinikai Központ Sebészeti Klinika

**Introduction:** A gyulladásos bélbetegségek (IBD) incidenciája az elmúlt években folyamatos növekedést mutat, ugyanakkor a rendelkezésre álló kezelési lehetőségek ellenére is sok beteg szorul a kórkép lefolyása során műtéti

megoldásra. Ezekben az esetekben a műtét időzítése, valamint a megfelelő műtéti stratégia kiválasztása fontos szerepet kap, emiatt elengedhetetlen a betegek közös gondozása és a multidiszciplináris együttműködés létrehozása.

**Aims:** A gyulladásos bélbetegségek (IBD) incidenciája az elmúlt években folyamatos növekedést mutat, ugyanakkor a rendelkezésre álló kezelési lehetőségek ellenére is sok beteg szorul a kórkép lefolyása során műtéti megoldásra. Ezekben az esetekben a műtét időzítése, valamint a megfelelő műtéti stratégia kiválasztása fontos szerepet kap, emiatt elengedhetetlen a betegek közös gondozása és a multidiszciplináris együttműködés létrehozása.

**Results:** 75 beteggel kapcsolatban történt konzultáció, közülük 40 esetében (53%) azóta megtörtént a műtét, 38 Crohn (95%) és 2 colitis ulcerosával (5%) lett diagnosztizálva. A nemek közti megoszlás férfi:nő, 23:17 volt. A Crohn betegek közül 7 (18%) esetben találtunk csak vastagbél lokalizációt, 9 (24%) esetben ileo-coecalis érintettséget, 10 (26%) esetben csak felső gasztrointesztinalis megjelenést, míg 12 (32%) esetben vékony és vastagbélre is lokalizálódó Crohn betegséget. A két colitis ulcerosus beteg közül az egyiknek bal oldali colitise, míg a másiknak pancolitise volt a diagnózis felállításakor. A betegek medián életkora 36 (IQR,30-48). Harminckét (80%) beteg kapott korábban immunmoduláns kezelést, közülük 5 esetben (16%) jelenleg is alkalmazva van az azatioprin. Az IBD diagnózisa és az immunmoduláns terápia bevezetése között eltelt medián idő 11 (4-41) hónap volt. Harminc beteg (75%) már kapott valamilyen biológiai kezelést a konzultáció időpontja előtt. A biológiai kezelés bevezetéséig eltelt medián idő, az alapbetegség diagnózisának időpontjától 63 (22-129) hónapnak bizonyult. Ugyanakkor 5 betegünk (12,5%) esetében a biológiai kezelés bevezetését resectios műtét előzte meg. Tizenhat beteg (40%) előzményében szerepelt korábbi bél resectió. Az előző műtét óta eltelt medián idő 52 (33-117) hónap volt. Összesen 6 (15%) betegben történt ballonos tágítás a multidiszciplináris megbeszélést megelőzően, közülük 3 beteg már átesett korábbi resectios műtéten. A műtetre került betegek közül 3 esetben (7,5%) merült fel malignus folyamat lehetősége, végül ez 1 (2,5%) betegnél igazolódott. Hat beteg (15%) robot asszisztált műtétben részesült. Tizennégy beteg szorult preoperatív hospitalizációra, roborálás, műtetre való felkészítés céljából. Két betegnél (5%) műtéti szövődményként varrat elégtelenség alakult ki, mely sajnos mind a két esetben fatálisnak bizonyult. Ehhez a betegek társbetegségei is hozzájárultak.

**Conclusion:** Az IBD-s betegek multidiszciplináris ellátása lehetővé teszi a legmegfelelőbb kezelési stratégia gyors és hatékony kiválasztását. A közös megbeszélések segítséget nyújtanak a műtétek időzítésében, a betegek felkészítésében, mely összességében csökkenti a szövődmények kockázatát, rövidítve a hospitalizáció hosszát és javítva a betegek életminőségét. A közös gondolkodásnak emellett a különböző szemléletek közelítésében, egymás szempontjainak megismerésében, közös tanulásban is jelentős szerepet kap.

## 24. RISK FACTORS FOR PANCREATIC EXOCRINE INSUFFICIENCY AFTER ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Eperjesi O.<sup>1,2,3</sup>, Bucur M.<sup>1,4</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Zolcsák Á.<sup>1,5</sup>, Engh M.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,6</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,6,7</sup>, Bunduc S.<sup>1,4,8</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Internal Medicine, Toldy Ferenc Hospital, Cegléd, Hungary; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis

University, Budapest, Hungary; 4. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 5. Department of Biophysics and Radiation Biology, 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. Digestive Disease and Liver Transplant Center, Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania

**Introduction:** Pancreatic exocrine insufficiency (PEI) may develop after acute pancreatitis (AP). The incidence and predisposing factors are not well described, nor is optimal pancreatic enzyme replacement (PERT) in this setting.

**Aims:** We investigated the proportion, risk factors, and effect of PERT in patients with PEI after AP.

**Methods:** The study protocol was registered on PROSPERO (CRD42024516403). We systematically searched three databases (PubMed, EMBASE, and CENTRAL) on February 23, 2024. We included studies reporting on risk factors and PERT efficacy in PEI associated with AP. Pooled proportion and odds ratios (OR) with the 95% confidence intervals (CI) were calculated using a random-effects model.

**Results:** We identified 54 eligible articles. PEI occurred in 22% (CI: 17–28) of the 17,365 AP patients analyzed. The rate was high at discharge at 64% (CI: 19–93) but decreased and stabilized at 23% (CI: 8–49) after the 1st year of follow-up. The odds were higher for severe (vs. non-severe) AP (OR: 2.59, CI: 1.15–5.85). Necrosis did not significantly increase the risk of PEI (OR: 1.43, CI: 0.32–6.45), but necrosectomy did (OR: 3.26, CI: 1.6–6.64). In infected necrosis, we noticed an increase in the risk of PEI (OR: 1.79, CI: 0.78–4.15). Overall, PERT was prescribed in 25% (CI: 19–32) of patients.

**Conclusion:** PEI affects one in five AP patients in the long term. The rate is high at discharge but decreases and stabilizes after one year of follow-up. Severe disease and necrosectomy are risk factors for AP-induced PEI.

## 25. RISK FACTORS OF CALCIFICATION IN CHRONIC PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Eperjesi O.<sup>1,2,3</sup>, Németh J.<sup>1</sup>, Rancz A.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1</sup>, Teutsch B.<sup>1,5,6</sup>, Papp R.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,5,7</sup>, Bunduc S.<sup>1,8,9</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Department of Internal Medicine, Toldy Ferenc Hospital, Cegléd, Hungary; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 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 Radiology, Medical Imaging Centre, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 8. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania; 9. Digestive Disease and Liver Transplant Center, Fundeni Clinical Institute, Bucharest, Romania

**Introduction:** Pancreatic calcification is the most frequent structural change in chronic pancreatitis (CP), but the factors associated with its development are not well understood.

**Aims:** To investigate the risk factors of calcification development in patients with chronic pancreatitis.

**Methods:** The study protocol was registered on PROSPERO (CRD42024591837). On September 18, 2024, we systematically searched three databases (PubMed, EMBASE, and CENTRAL) for studies reporting risk factors related to calcification in CP. Pooled proportions and odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated using a random effects model.

**Results:** The systematic search resulted in 10,893 articles, from which 85 eligible studies were identified, covering a total of 34568 participants. The odds of calcification were 45% higher in alcoholic CP compared to idiopathic CP (OR=1.45, CI: 1.00–2.11). Alcohol consumption (OR=2.31, CI: 1.8–2.98) and smoking (OR=2.22, CI: 1.61–3.06) were associated with a two times higher risk of developing calcification in CP. The presence of CFTR mutations did not increase the risk of calcification development in CP (OR=0.43, CI: 0.11–1.66).

**Conclusion:** Alcohol consumption and smoking significantly increase the risk of calcification development in CP, making it essential to identify these risk factors and incorporate smoking cessation and alcohol reduction programs into standard care.

## 26. COLORECTALIS POLYPOK FELSZÍNI MINTÁZATA ALAPJÁN TÖRTÉNŐ SZÖVETANI PREDIKCIÓ DIAGNOSZTIKUS ÉRTÉKÉNEK VIZSGÁLATA – ORSZÁGOS KITERJESZTÉSŰ VIZSGÁLAT

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

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Patológiai Intézet

**Bevezetés:** A colorectalis polypok megfelelő menedzsmentjéhez elengedhetetlen a léziók felszíni karakterisztikájának értékelése, a felszíni mintázat alapján való szövettani predikció diagnosztikus értékére vonatkozó adatok limitáltak.

**Célkitűzés:** A magyarországi, populáció-alapú CRC szűrőprogram keretében eltávolításra került polypok esetén az optikai (Kudo klasszifikáció alapján meghatározott pit pattern) és a végleges szövettani diagnózis összevetése.

**Módszerek:** Országos kiterjesztésű, obszervációs kohorszvizsgálatunkban az Országos Szűrési Regiszter kommunikációs moduljában regisztrált, szűrő kolonoszkópia során észlelt polypoid léziók esetén a vizsgálat során megadott Kudo besorolást (Kudo I-V) és a végleges szövettani diagnózist vetettük össze, az egyezés mértékét a Cohen-féle kappa együtthatóval jellemezve. Az optikai diagnosztikának a neoplasticus és nem neoplasticus léziók differenciálására, illetve a submucosa inváziót mutató carcinomák (SMIC) azonosítására való alkalmazhatóságát értékeltük, valamint a léziók lokalizációjának (jobb/bal colonfél) és méretének hatását az optikai diagnosztika pontosságára. Ezen felül vizsgáltuk az esetleges időbeli különbségeket is (I. periódus: 2019-2021, II. periódus: 2022-2023).

**Eredmények:** A CRC szűrőprogram keretében 2019-2023 között országosan regisztrált 8289 polypoid lézió közül 7187 neoplasticus (ebből 439 SMIC), 1102 nem neoplasticus volt. Az 1095 serrated polyp közül 171 tartalmazott dysplasiát. A nem neoplasticus léziók 7,7%-a Kudo I, 48,1%-a Kudo II, 40,9%-a Kudo III, 3,2%-a Kudo IV, 0,1%-a Kudo V felszíni mintázattal rendelkezett. A neoplasticus, submucosa inváziót nem mutató léziók esetén a felszíni mintázat 2,0%-nál Kudo I, 7,5%-nál Kudo II, 71,2%-nál Kudo III, 17,4%-nál Kudo IV,

1,7%-nál Kudo V volt; míg SMIC esetén 0,2%-nál Kudo I, 0,7%-nál Kudo II, 15,7%-nál Kudo III, 8,9%-nál Kudo IV és 74,5%-nál Kudo V.

Kudo I-II kategória és a nem neoplasticus eltérések között közepes mértékű egyezés ( $\kappa=0,44$ ) volt igazolható; a léziók mérete, lokalizációja, valamint a vizsgálat időzítése sem befolyásolta az egyezés mértékét. Serrated léziók esetén az egyezés mértéke ugyanakkor csupán enyhe volt ( $\kappa=0,168$ ). A Kudo V kategória és az SMIC diagnózis között jelentős egyezés volt kimutatható ( $\kappa=0,722$ ) a léziók lokalizációjától és méretétől, valamint a vizsgálat időzítésétől függetlenül. Kudo V kategória alapján az SMIC-k 74,5%-os szenzitivitással, 98,5%-os specificitással, 73,0%-os pozitív, illetve 98,6%-os negatív prediktív értékkel voltak azonosíthatók.

**Konklúzió:** A hazai viszonyok között az optikai és hisztológiai diagnosztika kapcsolatát valós életbeli adatok alapján elsőként értékelő tanulmányunk eredményei szerint az optikai diagnosztika segítséget nyújthat a nem neoplasticus és neoplasticus léziók elkülönítésében, és jó alapot szolgálhat az eltérő megközelítést igénylő, submucosa inváziót mutató polypok azonosításában.

## 27. COMPARATIVE SHORT-TERM EFFECTIVENESS OF TOFACITINIB AND UPADACITINIB IN REFRACTORY, MODERATE-TO-SEVERE ULCERATIVE COLITIS – AN INTERNATIONAL, MULTICENTER COHORT STUDY

Farkas B.<sup>1,2</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Lakatos L.<sup>3,4</sup>, Limdi J.<sup>5</sup>, Armuzzi A.<sup>6,7</sup>, Bezzio C.<sup>6,7</sup>, Savarino E.<sup>8,9</sup>, Saibeni S.<sup>10</sup>, Michalopoulos G.<sup>11</sup>, Attauabi M.<sup>12</sup>, Seidelin J.<sup>12</sup>, Fousekis F.<sup>13</sup>, Katsanos K.<sup>13</sup>, Bacsur P.<sup>1,2</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,2</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, University of Szeged, Szeged, Hungary; 2. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary; 3. Division of Gastroenterology, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada; 4. Department of Internal Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Northern Care Alliance NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom; 6. IBD Center, IRCCS Humanitas Research Hospital, Milan, Italy; 7. Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Milan, Italy; 8. Gastroenterology Unit, Azienda Ospedale Università di Padova, Padova, Italy; 9. Department of Surgery, Oncology and Gastroenterology, University of Padova, Padova, Italy; 10. Gastroenterology Unit, Rho Hospital, ASST Rhodense, Milan, Italy; 11. General Hospital of Athens "G. Gennimatas", Athens, Greece; 12. Department of Gastroenterology and Hepatology, Copenhagen University Hospital - Herlev and Gentofte, Herlev, Denmark; 13. Division of Gastroenterology, University Hospital of Ioannina, Ioannina, Greece

**Introduction:** Limited comparative data is available on the real-world effectiveness and safety of tofacitinib (TOFA) and upadacitinib (UPA) in ulcerative colitis (UC).

**Methods and aims:** We conducted an international, multicenter, real-life retrospective cohort study to assess and compare the short-term effectiveness of TOFA and UPA in bio-experienced, moderate-to-severe UC. The primary outcome was week 12 corticosteroid-free remission (CSFR) defined as clinical remission (CR; partial Mayo score [pMayo]<2 with a rectal bleeding subscore of 0) and C-reactive protein (CRP)  $\leq 5$  mg/L, as well as not receiving local and systemic steroids  $\geq 30$  days. The secondary outcomes were CR and biochemical remission (defined as CRP  $\leq 5$  mg/L and fecal calprotectin [Fcal]  $\leq 250$  mg/g) assessed at

week 8 and week 12. Data was handled by intention to treat analysis. We performed multivariable logistic regression models with backward stepwise elimination to control potential confounders and to reduce bias. The most reliable models were selected based on ROC analyses with highest area under the curve (AUC). Statistical power was calculated on the primary outcome with the number of subjects involved, resulting in  $1-\beta=0.97$ .

**Results:** With the participation of 12 tertiary IBD centres, a total of 350 UC patients (mean age:  $38.6 \pm 13.8$  years; 58.6% male) were enrolled in the study. Patients receiving UPA were more likely (OR=4.01 [95%CI: 1.49-10.82]) to achieve CSFR by week 12 compared to the patients on TOFA (47.1% vs. 22.4%). Additionally, higher baseline pMayo (OR=0.76 [95%CI: 0.59-0.98]) and baseline concomitant steroid use (OR=0.17 [95%CI: 0.08-0.40]) decreased the probability of reaching the primary outcome (AUC=0.80). Furthermore, UPA-treated UC patients were more likely to achieve CR at week 8 (54.8% vs. 26.4%; OR=4.06 [95%CI: 1.66-9.93; AUC=0.76]), and at week 12 (69.2% vs. 45.1%; OR=2.3 [95%CI: 1.04-5.13]; AUC=0.80), as well as biochemical remission at week 12 (43.3% vs. 27.3%; OR=6.96 [95%CI: 2.59-18.7]) than patients receiving TOFA. IBD-related hospitalisation was needed in 6.1% (15/246) of the patients on TOFA, as compared to 1.9% (2/104) of patients receiving UPA. Near-significant difference was observed in colectomy rates between the two patient groups (UPA vs. TOFA: 0% vs. 3.7%;  $p=0.066$ ). Herpes zoster infection was reported in 1.6% (4/246) of the TOFA-treated patients, and in 1.0% (1/104) of the UPA-treated patients. No venous thromboembolism was observed.

**Conclusion:** Based on our real-life data, UPA might be associated with better short-term clinical outcomes compared with TOFA in refractory, moderate-to-severe UC.

## 28. BIOLÓGIAI SZEREK SZÉRUMSZINTJE ÉS A TESTÖSSZÉTEL ÖSSZEFÜGGÉSEI GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGBEN

Fedorcsák D.<sup>1</sup>, Drác B.<sup>1</sup>, Menyhárt O.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A gyulladós bélbetegségben (IBD) alkalmazott biológiai készítményeket egy készítmény esetén testsúlyhoz kötött, a többi gyógyszer esetén egyforma dózisban alkalmazzuk. Reumatológiai beteganyagban kimutatták, hogy az egyforma dózisban alkalmazott adalimumab (ADA) esetében a hatásvesztés a nagyobb testsúlyú betegekben hamarabb bekövetkezik.

**Célkitűzés:** Vizsgálatunk célja az volt, hogy összevessük az infliximab (IFX), ADA, vénásan (ivVDZ) és subcutan (scVDZ) alkalmazott vedolizumab, az ustekinumab (UST) szérumszintjei és a testösszetétel paraméterek közötti összefüggést klinikai remisszióban lévő IBD-s betegekben, illetve antitestképződés esetén a további klinikai lefolyást vizsgáljuk.

**Módszerek:** A vizsgálatba 42 Crohn-beteget (CD) és 25 colitis ulcerosus (UC) beteget vontunk be. Átlagéletkoruk  $41.72 \pm 13.01$  év, átlagos betegségstartamuk  $13.64 \pm 9.43$  év volt. A testösszetétel paramétereit bioimpedancia (BIA) vizsgálattal, a szérumszinteket és a gyógyszerellenes antitestet (ADAb) ELISA-val mértük. Az összefüggéseket Spearman-féle korreláció analízissel vizsgáltuk.

**Eredmények:** A klinikai aktivitási indexek alapján minden beteg klinikai remisszióban volt a vizsgálat időpontjában. A 67 kezelt betegből ADAb volt kimutatható a következő arányokban: IFX: 8/19 (47.36%), ADA: n=2/12 (16.6%),

ivVDZ: n=4/17 (23.52%), scVDZ: n=4/5 és UST: n=3/15 (20%). Az adatelemzés során az antitesttel rendelkező betegek kizárásra kerültek. Ezt követően az ADA-b negatív betegekben nem találtunk összefüggést egyik testösszetétel paraméter (testtömeg index, zsírmassza testtömeg, zsírmassza testtömeg index, testfelszín) és a mért szérumszintek között. Az ADA-b pozitív esetekben klinikai relapszust észleltünk 3 hónapon belül a következő arányban: IFX: 4/9, ADA: 2/2, ivVDZ: 2/4, scVDZ: 0/4, UST: 3/3.

**Következtetések:** A vizsgált biológiai szerek szérumszintje nem függ a betegek testösszetételétől azon szerek esetében sem, ahol a testsúlytól függetlenül, egyforma dózisban alkalmazzuk a készítményeket. A biológiai kezelés mellett ADA pozitív, de remisszióban lévő IBD-s betegeknel számolnunk kell a klinikai relapszus lehetőségével. Ez esetben objektív paramétereken alapuló szoros követés szükséges.

## 29. HEMATOLOGICAL PARAMETERS DRIVEN INFLAMMATORY SCORES IN NON-PANCREATIC HYPERLIPASEMIA (NPHL)

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

1. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen

**Introduction & Aims:** Non-pancreatic hyperlipasemia (NPHL) is a puzzling syndrome with significantly higher in-hospital mortality compared to acute pancreatitis patients, with sepsis being one of the most common underlying causes. Neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) is a strong prognostic marker for mortality in NPHL, however, other established hematological inflammatory scores have not been evaluated in these patients.

**Methods:** In two NPHL cohorts comprising a total of 545 patients, we evaluated prognostic value of NLR, derived NLR (dNLR), neutrophil-to-lymphocyte and platelet ratio (N/LP), platelet-to-lymphocyte ratio (PLR), lymphocyte-to-monocyte ratio (LMR), aggregate index of systemic inflammation (AIS), systemic inflammation index (SII), and systemic inflammation response index (SIRI). We assessed the impact of infection-related NPHL causes—bacterial sepsis (n=111), severe COVID-19 infection (n=144), and the absence of systemic infection (n=290)—on these scores.

**Results:** Patients with bacterial sepsis were older, had more comorbidities, and experienced worse clinical outcomes, including longer hospital stays (15 vs. 7 vs. 11 median days), higher ICU admission rates (75.7% vs. 33.8% vs. 47.9%), and increased mortality (45.0% vs. 13.8% vs. 38.2%), compared to those without systemic infection or with COVID-19-induced NPHL. Among inflammatory scoring systems, neutrophil-driven indexes (NLR, dNLR, N/(LP)) demonstrated the best predictive ability for in-hospital mortality, with NLR (OR: 6.889, CI: 4.12–11.517, p<0.001) and N/(LP) (OR: 6.480, CI: 3.711–11.317, p<0.001) emerging as the strongest predictors in non-COVID-19 patients. These scores retained prognostic value in COVID-19 patients. Predictive power of all scores was reduced in bacterial sepsis subpopulation, where only platelet-containing indexes (N/(LP) and PLR) remained associated with outcomes (OR: 1.753, CI: 1.159–2.652, p=0.008; and OR: 0.619, CI: 0.387–0.99, p=0.046, respectively).

**Conclusion:** In non-septic NPHL patients NLR is the best prognostic inflammatory score while in sepsis all scores had significantly decreased prognostic ability, with N/(LP) being the best option of the evaluated scores.

## 30. BIDIRECTIONAL ASSOCIATIONS BETWEEN PANCREATITIS AND PSYCHOLOGICAL DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

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

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 3. Department of Developmental Psychology, Institute of Psychology, Károli Gáspár University of the Reformed Church in Hungary; 4. Centre of Science and Innovations, Semmelweis University; 5. Department of Radiology, Medical Imaging Centre, Semmelweis University; 6. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 7. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged; 8. Heim Pál National Pediatric Institute

**Introduction:** Depression and anxiety are common yet underrecognized comorbidities in patients with pancreatitis. While evidence suggests a significant psychological burden in these patients, the underlying mechanisms remain unclear, and psychological management is not routinely implemented in clinical care.

**Aims:** This study aims to assess the prevalence of these conditions and highlight the need for their integration into pancreatitis treatment.

**Methods:** Our protocol was registered on PROSPERO (CRD42023481739). We conducted a comprehensive search on November 10, 2023, across three databases—MEDLINE, Embase, and CENTRAL—to identify studies reporting on the prevalence of depression and anxiety symptoms in patients with pancreatitis. We used a random-effects model to calculate the pooled proportion rate and mean differences (MD) with 95% confidence intervals (CI), as well as a pooled single-mean analysis of the psychological questionnaire data.

**Results:** In total, 43 studies were included in our meta-analysis. Among patients with acute pancreatitis (AP), anxiety was reported in approximately 23% of cases (CI: 7–54), whereas in chronic pancreatitis (CP), the prevalence was higher at 31% (CI: 23–39). Depressive symptoms were identified in approximately 29% of AP patients (CI: 14–51) and 39% of CP patients (CI: 30–48). The pooled single-mean analysis of questionnaire data further underscored the severity of these psychological symptoms, with scores exceeding established clinical cut-off points. For depressive symptoms, mean scores were as follows: CESD-10 (14.30 [CI: 6.69–21.92]), HADS (8.23 [CI: 4.53–11.94]), and SES (49.29 [CI: 44.01–54.57]). Similarly, anxiety symptom severity was reflected in the following measures: HADS (8.67 [CI: 4.53–11.94]) and SAS (47.75 [CI: 35.05–60.45]).

**Conclusion:** There is a significant prevalence of both anxiety and depression in patients with pancreatitis. There is a need to integrate psychological interventions into the treatment of pancreatitis to potentially improve clinical outcomes.

**Key words:** acute pancreatitis, chronic pancreatitis, psychology, depression, anxiety, clinical health psychology, psychogastroenterology

### 31. PREVALENCE AND IMPACT OF PSYCHOLOGICAL DISTURBANCES ON DISEASE SEVERITY IN PANCREATITIS: A COHORT ANALYSIS

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

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

**Introduction:** Depressive and anxiety symptoms may influence the severity of acute pancreatitis episodes; however, their impact, particularly in pancreatic units, remains poorly understood.

**Aims:** Our study aimed to identify risk factors associated with poorer psychological assessment scores in patients with acute and chronic pancreatitis (AP, CP) and their impact on clinical outcomes.

**Methods:** Patients admitted to a tertiary pancreatic unit were assessed for depressive and anxiety symptoms upon admission, with follow-ups every seven days during hospitalization. Psychological states were measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

**Results:** Of the 1,397 admitted patients (median = 54, range = 17–97), 1,237 completed the questionnaire (42.98% female). At admission, 56.5% of patients had normal scores (0–7 points), 23.4% had borderline abnormal scores (8–10 points), and 20.3% had abnormal scores (11–21 points). The prevalence of abnormal cases at intervention, i.e. before intervention, was 20.15% in AP, 23.15% in early chronic pancreatitis (ECP), and 24.15% in acute-on-chronic pancreatitis (ACP). Borderline abnormal cases were observed in 22.25%, 24.15%, and 19.15% of cases, respectively. Abnormal cases varied by etiology: hypertriglyceridemia (13.9%), biliary (16.9%), alcohol-related (26.3%), and tumor-related pancreatitis (26.6%). The prevalence also differed by AP severity: mild AP (17.76%), moderate AP (23.94%), and severe AP (35.05%). Following psychological intervention, the number of patients with abnormal scores decreased (67.6%, 19.6%, and 12.8%, respectively).

**Conclusion:** Depressive and anxiety symptoms are common in patients with acute and chronic pancreatitis, with more severe AP already associated with worse psychological scores at admission. Psychological interventions are essential to improve clinical outcomes.

**Keywords:** pancreatitis, depression, anxiety, psychogastroenterology, psychopancreatology, clinical health psychology

### 32. MAGNETICALLY CONTROLLED CAPSULE ENDOSCOPY AS A NEW RESCUE ENDOSCOPIC PROCEDURE IN PATIENTS WITH HIGH RISK OF CAPSULE RETENTION

Finta Á.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Göbl J.<sup>1</sup>, Madácsy L.<sup>1</sup>

1. Endo-kapszula Magánorvosi Centrum, Székesfehérvár

**Introduction:** Conventional capsule endoscopy (CE) is often relatively contraindicated in cases of gastroparesis or luminal

stenosis, as seen in Crohn's disease. These conditions increase the risk of capsule retention, which can lead to incomplete examinations and diagnostic delays. Magnetically controlled capsule endoscopy (MCCE) offers a novel solution, allowing precise navigation and overcoming anatomical challenges.

**Aims and methods:** At our clinic, we have performed 2,700 MCCE procedures over the past seven years using the Anx Robotics magnetically controlled capsule endoscopy system. Here, we present four case studies, supported by video demonstrations, illustrating how magnetic navigation facilitated the capsule's advancement through the stomach to the duodenum or from the small bowel to the colon.

**Results:** Case 1: A 29-year-old woman presented with dyspeptic complaints, including hyperacidity, bloating, and delayed digestion. MCCE revealed a slightly open cardia, mild gastroesophageal reflux disease, and antral gastritis. The capsule failed to exit the stomach even after intravenous metoclopramide. After exceeding a gastric transit time of two hours, gastroscopic placement under sedation was proposed but declined. Through precise magnetic maneuvering, the capsule was successfully advanced into the small intestine. Case 2: A 64-year-old man with a 16-year history of indeterminate colitis (later confirmed as Crohn's disease) underwent small bowel capsule endoscopy for evaluation. A significant luminal narrowing with circumferential, fibrin-covered ulcers was identified in the terminal ileum over a 25–30 cm segment. The capsule became lodged at this site but was successfully navigated past the stricture using magnetic control. Intravenous steroid therapy was initiated.

Case 3: A 51-year-old woman with a history of fistulizing Crohn's disease and bowel resection presented for evaluation of the small bowel. Capsule endoscopy revealed multiple smaller ulcers in the proximal and mid-small bowel and a significant stricture with a 10 cm fibrin-covered ulcer in the distal segment. Magnetic navigation facilitated the capsule's advancement into the colon, enabling a complete examination.

Case 4: A 76-year-old man under evaluation for chronic fecal occult blood positivity and elevated calprotectin after repeated negative gastroscopy, colonoscopy and MR enterography underwent MCCE. Small bowel examination showed lymphangiectasias and edema, with fibrin-covered ulcers and narrowing in the distal third. The capsule was successfully maneuvered past the stricture into the cecum.

**Conclusion:** MCCE is a significant advancement in endoscopic diagnostics for patients at high risk of capsule retention due to gastroparesis or luminal stenosis. These cases demonstrate its ability to ensure complete examinations and reduce the need for invasive procedures, providing a safer and more efficient tool, especially in challenging conditions like Crohn's disease.

### 33. NON-INVAZÍV MÓDSZEREK A MÁJFIBROSIS, A STEATOSIS STÁDIUMÁNAK ÉS A PROGNÓZIS MEGHATÁROZÁSÁBAN – MAGYARORSZÁGI WILSON BETEGEK KÖRÉBEN

Folhoffer A.<sup>1</sup>, Zsély B.<sup>2,5</sup>, Krolopp A.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Lőrincz C.<sup>3</sup>, Hagymási K.<sup>4</sup>, Egresi A.<sup>4</sup>, Bánhidi C.<sup>1</sup>, Halász J.<sup>6</sup>, Csongrády B.<sup>5</sup>, Stollmayer R.<sup>5</sup>, Jakab Z.<sup>1</sup>, Laki A.<sup>1</sup>, Győri G.<sup>5</sup>, Rónaszéki A.<sup>5</sup>, Kaposi Novák P.<sup>5</sup>, Maurovich Horvát P.<sup>5</sup>, Szalay F.<sup>1</sup>, Takács I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem Belgyógyászati és Onkológiai Klinika; 2. Észak-Budai Szent János Centrumkórház I. Belgyógyászati és Gasztroenterológiai Osztály; 3. Dél-pesti Centrumkórház Szent László Telephely; 4. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 5. Semmelweis Egyetem Orvosi

**Bevezetés:** A Wilson-kór a réz anyagcsere autoszomális recesszív módon öröklődő zavara, ami leginkább hepatológiai és neuropszichiátriai tüneteket okoz. A genetikai betegségek közt a Wilson-kór nem különösen ritka, az időben megkezdett kezeléssel jó életminőség, akár tünetmentes állapot érhető el a betegek többségében. Fontos azonban a májbetegség progressziójának követése, a megfelelő kontroll és szükség esetén a májtranszplantációra való felkészítés.

**Cél:** A máj állapotának, a fibrosis és steatosis fokának mérésére a biopsziát sok szempontból helyettesítik ma már a noninvazív módszerek: elasztográfiámérések, szerológiai kalkulátorok, nemzetközi pontrendszerek használatával. Célul tűztük a klinika hepatológiai szakrendelésén rendszeresen gondozott Wilson betegek hepatológiai állapotfelmérését noninvazív diagnosztikus módszerekkel.

**Módszerek:** Retrospektív módon 61 Wilson-kóros beteg (átlag 38év, F/N= 40/21), elasztográfiás adatait (Samsung RS85 Prestige) vetettük össze a szérumszámológatók (FIB-4, APRI) eredményeivel. A steatosis mértékét a metabolikus eredetű zsírmájban használt ultrahang paraméterekkel (TAI és TSI értékekkel) mértük fel.

**Eredmények:** a Wilson-kór esetében megállapított cut off értékeknek megfelelően, 9 betegnek volt előrehaladott fibrosisa/cirrhosisa. Két beteg májtranszplantációra készül, egy sikeres májátültetésen esett át, egy pedig a kezelés melletti javulás következtében lekerült a májtranszplantációs listáról. A megfelelően beállított terápia mellett a fibrosis az évek során a betegek nagy részében nem rosszabbodott. Ahol progressziót észleltünk, ott egyéb okok is fennálltak. Ezek keresése indokolt. Az elasztográfiás mérések során számolt értékek közül a TAI és TSI értékek a triglicerid, BMI és GGT értékekkel mutattak pozitív korrelációt.

**Következtetés, összefoglalás:** A betegek követésére, a terápiás hatékonyság, a terápiához való ellenőrzésére a szérumszámológatók laboratóriumi mérések mellett jelentős szerepet kapnak a nem- invazív UH-os mérések, ami a betegek számára nem jelent megterhelést.

#### 34. PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF CHRONIC PANCREATITIS WITHOUT A HISTORY OF ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Gagy E.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Frim L.<sup>1</sup>, Váncsa S.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis University, Center for Translational Medicine

**Introduction:** The sentinel acute pancreatitis event (SAPE) model suggests that chronic pancreatitis (CP) typically develops following episodes of acute pancreatitis (AP). However, a substantial proportion of CP cases occur without documented prior AP, challenging current concepts of disease progression.

**Aims:** This systematic review and meta-analysis aim to determine the prevalence and clinical characteristics of CP cases that develop in the absence of preceding AP episodes.

**Methods:** A systematic search was performed in Medline, Embase, and Cochrane databases up to October 13, 2024. Studies reporting CP cases with and without prior AP episodes were included. Pooled odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated using a random-effects model. Heterogeneity was assessed using the I<sup>2</sup> statistic.

**Results:** The prevalence of CP cases without prior AP was 30.2% (95% CI: 21.5%-40.4%). Compared to CP patients

with a history of AP, this subgroup exhibited a higher prevalence of diabetes mellitus (OR: 1.71, 95% CI: 1.16-2.52, I<sup>2</sup>=80%) and pancreatic stones (OR: 1.85, 95% CI: 1.42-2.42, I<sup>2</sup>=0%), while showing lower rates of abdominal pain (OR: 0.31, 95% CI: 0.20-0.47, I<sup>2</sup>=77%), pseudocysts (OR: 0.48, 95% CI: 0.25-0.91, I<sup>2</sup>=79%), alcohol use (OR: 0.64, 95% CI: 0.44-0.91, I<sup>2</sup>=71%), and smoking (OR: 0.66, 95% CI: 0.47-0.94, I<sup>2</sup>=65%).

**Conclusion:** Nearly one-third of CP cases occur without preceding AP episodes, indicating a distinct disease trajectory. This subset of patients exhibits notable differences in clinical characteristics compared to CP cases with prior AP, suggesting the need for further investigation into alternative pathophysiological mechanisms.

### 36. ACUT PANCREATITIS RITKA OKA GYERMEKKORBAN

Gellért B.<sup>1</sup>, Béres N.<sup>2</sup>, Cseh Á.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Gyermekgyógyászati Klinika, Bókay utcai részleg

**Introduction:** A pancreatobiliaris maljunctio (PBM) egy ritka anatómiai eltérés, amelyben az epe- és a hasnyálmirigyevezetékek kórosan találkoznak, lehetőséget biztosítva a pancreasnedv és az epe keveredésére, ami súlyos következményekkel járhat.

**Aims:** Az esetismertetés célja, hogy felhívja a figyelmet a rendellenesség klinikai jelentőségére és nehéz kezelésére.

**Case description:** Egy 7 éves kislányt vizsgáltunk 2024 májusában akut hasi panaszok miatt. Kórelőzményében nem szerepelt jelentős betegség. Tünetei köldök körüli fájdalom és hányinger voltak. A laboratóriumi vizsgálatok emelkedett hepatikus és pancreatikus enzimeket igazoltak (ALP: 374 U/L; GOT: 255 U/L; GPT: 518 U/L; GGT: 274 U/L; amiláz: 586 U/L; lipáz: 2937 U/L). Hasi ultrahang során intra- és extrahepatikus epeúttágulat, megnagyobbodott epehólyag, choledochus szűkület és PBM gyanúja merült fel. Mágneses rezonancia cholangiopancreatographia choledocholithiasist, a papillában beékelődött követ, tágult epe- és Wirsung-vezeték, valamint peripancreaticus folyadékot mutatott. Endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia (ERCP) során PBM C típusa igazolódott, és epeúti stent beültetésére került sor. A kontroll ERCP alkalmával a choledochus szűkülete perzisztált, ezért szekvenciális tágitás céljából újabb stentet helyeztünk be. Multidiszciplináris munkacsoport döntése értelmében a malignus transzformáció megelőzésére műtétre ütemeztük be.

**Conclusion:** A PBM diagnózisa gyermekkorban kihívást jelent, mivel a tünetek nem specifikusak, és a hasnyálmirigy- és epeúti érintettség összetett patomechanizmussal jár. Az eltérés felismerése kiemelten fontos, mivel kezeletlenül visszatérő pancreatitishez, epeúti szövődményekhez és hosszú távon akár malignus transzformációhoz vezethet. Az időben végzett képző vizsgálatok, valamint a megfelelő endoszkópos és sebészeti beavatkozások döntő jelentőségűek a szövődmények megelőzése érdekében. Esetünk rávilágít arra, hogy a PBM endoszkópos kezelése minimál invazív lehetőség ugyan, de hosszú távú megoldásként a műtét szükségessége nem vethető el.

### 37. A LACTOBACILLUS REUTERI GASTRUS KIEGÉSZÍTŐ KEZELÉS HATÉKONYSÁGA A 14 NAPIG TARTÓ HELICOBACTER PYLORI ERADIKÁCIÓRA (RETROSPEKTÍV VALÓS ÉLET-ADAT TANULMÁNY)

Gelley A.<sup>1</sup>, Kéri N.<sup>2</sup>, Hardy V.<sup>3</sup>, Birinyi P.<sup>4</sup>

1. Budai Irgalmasrendi Kórház Gastroenterológiai Ambulancia; 2. Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika; 3. Budai Irgalmasrendi Kórház Belgyógyászati Osztály; 4. Mikszáth Gyógyszertár

**Bevezetés:** Évek óta vannak próbálkozások a Helicobacter pylori eradikáció sikerességének javítására a probiotikumok kiegészítő alkalmazásával. Az már korábban nyilvánvalóvá vált, hogy az eradikáció sikerességét részben a bizmut kezelés, valamint a korábbi egy hetes terápiás időtartam emelése, akár kétszeresére tovább javította. Olyan biztos áttörő sikert, mely a beteg és az ellátó rendszer számára is megnyugtató, várhatóan végleges gyógyulást jelentene, a mikrobiom hatékony modifikációja nélkül nem lehet elérni. A valós élet adatok feldolgozása nélkülözhetetlen munka,

hiszen a kezelési tapasztalatok tudják biztosítani a legjobb kezelési protokollokat.

**Módszerek:** Real World Data (RWD) retrospektív kutatásunkat az Egészségügyi Tudományos Tanács - Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (ETT-TUKEB) részére benyújtott kutatási protokollt az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) 39499-5/2022 számon engedélyezte. A Helicobacter pylori eradikált betegek adatait a Budai Irgalmasrendi Kórház Gasztroenterológiai Ambulanciáján 2019. év óta folyamatosan gyűjtjük. A sikerrátát értékelésére az eradikációs kezelést 6 héttel követő kontroll <sup>14</sup>C izotóp-kilégzési tesztek és a széklet Helicobacter pylori antigén vizsgálatok eredményét a kórházi informatikai rendszerünkben rögzített eradikációs kezelésekkal vetjük egybe. Részletes adatainkból jelenleg kiemeljük azokat a 14 napos első (2x40 mg Emozul, 2x1000 mg Duomox/Ospamox, 2x500 mg Fromilid, 4x1 Ulcamed), vagy második vonalbeli (2x40 mg Emozul, 4x500 mg Tetracyclin, 4x1 caps. Bismuthi et metronidasoli) eradikációs kezeléseket, ahol 1x1 rágótabletta Lactobacillus Reuteri Gastrus probiotikum kiegészítő kezelést alkalmaztunk.

**Eredmények:** Az elmúlt 6 évben 40 páciensnél végeztünk Lactobacillus Reuteri Gastrus kiegészítéssel Helicobacter pylori eradikációt, 16 esetben első vonalbeli+ bizmut-citrát, és 24 esetben 2. vonalbeli kezeléssel. 39 esetben az eradikáció sikeres volt. Egy esetben sikertelen, de egy hónapos utólagos egyedüli dupla dózisú Lactobacillus Reuteri Gastrus kezelés végül ebben az esetben is sikerre vezetett.

**Következtetés:** Retrospektív Real Word Data vizsgálatunk adatai alapján a Lactobacillus Reuteri Gastrus kiegészítés ajánlható a mindkét vonalbeli Helicobacter pylori eradikáció sikerességének javítására.

### 38. EFFICACY OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND GUIDED WALLED-OFF PANCREAS NECROSIS DRAINAGE – SEMS VS LAMS

Gieszinger G.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>

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

**Introduction:** Walled-off pancreas necrosis (WOPN) is a highly morbid, late complication of acute necrotizing pancreatitis. WOPN is most effectively managed by endoscopic ultrasound (EUS)-guided drainage with metal or plastic stents, with or without necrosectomy.

**Aims:** Our aim was to assess the efficacy and safety of EUS-guided WOPN drainage performed by biflanged self-expanding metal stent (SEMS, 45x14 mm) or electrocautery-enhanced lumen apposing metal stent (LAMS, 10x15 mm) at the University of Szeged.

**Methods:** A retrospective review was conducted of patients with symptomatic WOPN underwent EUS-guided drainage at our department between September 2017 and March 2025. The technical and clinical success (complete resolution of symptoms and significant reduction in size of WOPN [ $<50\%$  of original size and  $<5$  cm in largest diameter at 4-week follow-up]); the use of nasocystic drain and necrosectomy; number of reinterventions; adverse events rate (AEs); and hospital stay were analysed.

**Results:** 31 patients (14 male, 17 female,  $60.5 \pm 15.3$  years) underwent EUS-guided WOPN drainage performed by SEMS (18 patients) or LAMS (13 patients). The procedure took place  $55.2 \pm 37.1$  days from the start of the symptoms. The indications of the drainage were infection (58.1%) and

organ failure (16.1%), intractable pain (93.5%), organ compression (90.3%). The size of the WOPN was 11.1x8.2 ( $\pm 4.4 \times 2.5$ ) cm, it was located  $2.3 \pm 3.1$  mm from the gastric wall and the thickness of the WOPN wall was  $3.6 \text{ mm} \pm 0.9$  mm. The proportion of solid debris was  $44.2 \pm 24.6$  %. The drainage was performed from the stomach in 30 cases (96.8 %), and in 1 patient from the bulbous (3.2%). The technical and clinical success rates were 94.4% (17/18) and 83.3% (15/18) for SEMS vs 100% (13/13) and 92.3% (12/13) for LAMS. Bacteriology sample was collected from 80.6% of patients (25/31), the most common pathogen was *Pseudomonas aeruginosa*. A nasocystic drain was implanted in 38.7% of procedures (12/31), the drain was kept in for  $13.7 \pm 7$  days. Necrosectomy was performed in 48.4% of patients (15/31), on average 2.2 times 12.7 days after the drainage. The patients spent  $20.8 \pm 20.6$  days in hospital. The implanted stent was removed  $52.7 \pm 28.4$  days after the drainage. In 9.7% (3/31) endoscopic reintervention was required. 9.7% of patients required additional percutaneous drainage and 2 patients underwent surgery (6.5%). There were no significant difference in the analysed parameters (nasocystic drain, necrosectomy, hospital stay, stent removal time, AEs, reintervention) between the two types of stents. Complication occurred in 3.2% (1/31 – perforation during necrosectomy). The mortality rate was 0% (0/31). The LAMS was more costly (3.052.699 vs 227.330 Ft), however, it took much shorter time to insert the LAMS as compared to the SEMS.

**Conclusion:** EUS-guided drainage is a successful resolution with low complication rate for treating WOPN. SEMS and LAMS have similar technical, clinical success as well as AEs and reintervention rate. The type of stent used for drainage should consider device availability, costs, and personal and local experience.

### 39. LIRAGLUTIDDAL SZERZETT TAPASZTALATAINK OBES, GYULLADÁSOS BÉLBETEGEKBEN

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

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház-Gasztroenterológiai osztály

**Introduction:** A liraglutid és a semaglutid, illetve most már a tirzepatid obesitológiai indikációval írható készítmények. Azonban kevés adat áll rendelkezésre ezen gyógyszerek alkalmazhatóságáról gyulladásos bélbetegségeknél (IBD).

**Aims:** Célunk az volt, hogy segítsük a fogyni vágyó obes IBD betegek súlycsökkenését.

**Methods:** Vizsgálatunkba 2024.január 1-től vontuk be a klinikai remisszióban lévő IBD betegeket, akiknek a BMI-je  $>30.1$  volt, és az állapotukat prospektíven követtük.

**Results:** Ezen időszak alatt 18 beteget vontunk be. A betegek 78%-a nő volt, 22%-uk férfi. A betegek átlag életkora az injekció kezdetekor 38,3 év volt. Az átlag BMI 34,5. A betegek mindegyike biológiai kezelésben részesült. Korábban mindenki kapott szteroid kezelést is, de a liraglutid kezdetekor senki. A betegek 88%-a most is kezelésben részesül. Jelenleg az átlag BMI 31,2. Az egyik beteg hányinger miatt kérte a gyógyszer cseréjét, a másik beteg anyagi okok miatt kényszerült abbahagyni.

**Conclusion:** A fenti eredmények alapján liraglutid biztonságos IBD betegek számára is. Relapsus senkinél nem alakult ki és a betegek 88%-nál súlycsökkenés tapasztalható. További betegek bevonása és a betegek hosszútávú követése tervezett.

### 40. IBD TRANZÍCIÓ A GYAKORLATBAN – EGY JÓ GYAKORLAT ELSŐ LÉPÉSEI

Golovics P.<sup>1</sup>, Müller K.<sup>2</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Pálkás D.<sup>1</sup>, Szentannay J.<sup>2</sup>, Gombos E.<sup>2</sup>, Szabó A.<sup>2</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, Karoliny A.<sup>2</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház-Gasztroenterológiai Osztály; 2. Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet - Gasztroenterológiai Osztály

**Introduction:** A nemzetközi irodalmi adatok alapján a tranzíciós gyakorlat a gyermek és felnőtt orvosok között biztosítja, a gyermekkori gyulladásos bélbetegségben (IBD) szenvedő betegek hosszútávú biztonságos kezelési stratégiáját és megakadályozza, hogy a nagykorúság elérésével a kezelések megszűnjenek és a beteg elveszen.

**Aims and methods:** Célul tűztük ki, hogy 2023 februártól kezdődően, rendszeres tranzíciós megbeszélések keretében történjen a betegek átvétele. Ezen megbeszélések keretében nemcsak beteg átadás történik, hanem egyeztetünk azon 16-17 éves betegekről, akiknél terápia váltás, műtét merül fel.

**Results:** 2023 február óta 23 beteget vettünk át, 65%-uk Crohn-beteg (CD) és 35%-uk colitis ulcerosában (UC) szenved. Három beteget ambuláns összefoglalóval vettünk át, míg 20 betegnél tranzíciós ülés történt. Az átadást követően dóziseskalációra 5 esetben került sor, terápia váltásra pedig 4 esetben. Az átvett betegeknek, ezidáig nagy hasi műtetre nem volt szükségük. Jelenleg egy beteg nem folytatta kórházunkban a kezelést és nem volt EESZT-ben megjelenése máshol sem.

**Conclusion:** A szoros kooperáció a gyermek és felnőtt gyógyászok között ebben az érzékeny életkorban kifejezetten fontos. A jól átadott fiatal felnőttek hosszútávú kimenetelei jelentősen javulnak, azzal szemben, mint azok a fiatalok, akik az ország különböző részeiből, nem tranzícióval érkeztek ambulanciánkra.

### 41. EVOLUTION OF EPIDEMIOLOGICAL STAGES OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN HUNGARY – TRENDS OF AGE AND GENDER SPECIFIC INCIDENCE AND PREVALENCE FROM A POPULATION-BASED COHORT BETWEEN 1977–2018

Gonczi L.<sup>1</sup>, Angyal D.<sup>1</sup>, Balogh F.<sup>3</sup>, Ilias A.<sup>1</sup>, Lakatos L.<sup>4</sup>, Lakatos P.<sup>2</sup>

1. Department of Medicine and Oncology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Division of Gastroenterology and Hepatology, McGill University Health Centre, Montreal, Canada; 3. Department of Gastroenterology, Central Hospital of Northern Pest-Military Hospital, Budapest, Hungary; 4. Department of Gastroenterology, Ferenc Csolnoky Hospital, Veszprém, Hungary

**Introduction:** The evolution of inflammatory bowel disease (IBD) occurs across four epidemiological stages: emergence, acceleration in incidence, compounding prevalence and prevalence equilibrium, as put forward by Kaplan. et al. (2020). Newly industrialized countries are in the acceleration in Incidence stage, which is associated with rapidly rising incidence and low prevalence, while the Western world is in the compounding prevalence stage: stable incidence and rapidly increasing prevalence.

**Aims:** The Veszprém IBD cohort is one of the very few well-established prospective, population based inception cohorts worldwide, capable of deriving reliable epidemiological data from. Our aim was to analyze total, age and gender specific incidence and prevalence rates of Ulcerative Colitis (UC) and

Crohn's Disease (CD) patients over the past four decades (1977-2018).

**Methods:** Data of 946 CD and 1,370 UC patients were analyzed. Patient inclusion was between January 1, 1977 and December 31, 2018. Both in-hospital and outpatient records were collected and comprehensively reviewed at diagnosis and during clinical follow-up. The source of age- and gender-specific demographic data for statistical analysis was derived from the results of a national population census (Hungarian Central Statistical Office). Prevalence rates were calculated in 1991, 2001, 2011 and 2015.

**Results:** In UC, adjusted mean incidence rate increased from 4.06 (CI95%: 2.47-6.66) /10<sup>5</sup> person-years in 1977-1991 to 13.31 (CI95%: 10.71-17.50) /10<sup>5</sup> in 1997-2001. The following years show a plateau and later decrease in UC incidence: 11.16 (CI95%: 8.18-15.23) /10<sup>5</sup> in 2007-2011 and 10.92 (CI95%: 7.98-14.96) /10<sup>5</sup> in 2012-2018. In CD patients, adjusted mean incidence rate increased from 1.44 (CI95%: 0.64-3.27) /10<sup>5</sup> person-years in 1977-1991 to the high of 10.59 (CI95%: 7.70-14.57) /10<sup>5</sup> in 2007-2011 and did not show further elevation in 2012-2018 (9.46 (CI95%: 6.76-13.27) /10<sup>5</sup> person-years).

Evolution of age specific prevalence rates of UC patients show a steady increase of total prevalence from 60.05 (CI95%: 52.07-68.42) /10<sup>5</sup> persons in 1991 to 317.62 (CI95%: 299.62-336.70) /10<sup>5</sup> in 2015, with already flattening curves in the elderly UC patients. Prevalence of CD patients also increases steadily from 17.35 (CI95%: 13.62-22.18) /10<sup>5</sup> persons in 1991 to 230.58 (CI95%: 215.31-246.94) /10<sup>5</sup> in 2015, yet without a saturation of age specific curves in the elderly.

**Conclusion:** Incidence rates of UC patients plateaued around the 2000s and show slight decrease afterwards, while incidence of CD may start to show a plateau phase after the 2010s. Prevalence rates of both UC and CD show a steady increase, thus Hungary is in the 3rd epidemiological phase of compounding prevalence regarding UC and CD patients, and we already see saturation of prevalence rates in elderly UC patients (transition to 4th stage). Factors associated to the slightly more advanced epidemiological stage of UC are potentially that the peak incidence is later in UC compared to CD and the raise in UC incidence preceded that of CD, both resulting in faster increase and plateauing in age specific prevalence rates.

#### 42. DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF INTRACYSTIC CARCINOEMBRYONIC ANTIGEN (CEA) VERSUS GLUCOSE IN DIFFERENTIATION OF MUCINOUS AND NON-MUCINOUS PANCREATIC CYSTS

Gyimesi G.<sup>1,4</sup>, Keczer B.<sup>2</sup>, Rein P.<sup>2</sup>, Horváth M.<sup>3</sup>, Szűcs Á.<sup>2</sup>, Marjai T.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>2</sup>, Hritz I.<sup>3</sup>

1. School of Doctoral Studies, Semmelweis University, Budapest, Hungary.; 2. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary.; 3. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Division of Interventional Gastroenterology, Semmelweis University, Budapest, Hungary.; 4. Department of Gastroenterology, Spital Thurgau AG, Münsterlingen, Switzerland.

**Introduction:** Pancreatic cysts have various potential for malignant transformation. Differentiating mucinous from non-mucinous cysts is crucial to make the right decision about further management, since mucinous cysts carry the risk of malignancy. Using endoscopic ultrasound (EUS) guided fine needle aspiration to determine intracystic carcinoembryonic antigen (CEA) levels is the recommended method for

identifying mucinous cysts, although intracystic glucose assessment has also proved to be an effective tool.

**Aims:** This study aimed to compare the diagnostic performance of intracystic glucose and CEA in distinguishing between mucinous and non-mucinous pancreatic cystic lesions.

**Methods:** We prospectively collected and analyzed the data of 91 consecutive patients who underwent endoscopic ultrasound (EUS)-guided fine-needle aspiration (FNA) with cytological analysis and measurement of intracystic CEA and glucose levels. The cyst type was classified based on radiological and EUS morphology, string sign, CEA, cytological and histological findings in resected cases. The diagnosis was established retrospectively, blinded for glucose level in cases without definitive cytology or histology. We calculated the sensitivity, specificity, the positive- and negative predictive value of glucose and CEA respectively, and compared the two methods.

**Results:** The sensitivity of intracystic glucose versus CEA proved to be 96.2% vs. 69.2% in identifying mucinous cysts, while the specificity of glucose was shown to be 79.5%, compared to 100% for CEA.

**Conclusion:** Intracystic glucose is a sensitive, easily accessible biomarker in identifying mucinous pancreatic cysts, however, the specificity is lower compared to CEA. The measurement of intracystic glucose level could help in decision-making in daily clinical practice.

#### 43. TOFACITINIB TERÁPIA MELLETTI MÁJENZIMELTÉRÉSEK IBD-BEN: KLINIKAI JELENTŐSÉG ÉS TERÁPIÁS KÖVETKEZMÉNYEK

Halász R.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Gálfalvi N.<sup>1</sup>, Fábrián A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** Gyulladásos bélbetegségben (IBD) szenvedő páciensek körében gyakori a májenzimeltérések jelenléte, mely az általános okok mellett felvethet IBD-hez társuló immun-mediált májbetegséget és az IBD terápia mellékhatásaként kialakuló májtotoxicitást is. Az emelkedett májenzimértékek jelenléte dóziscsökkentést vagy a terápia felfüggesztésének szükségességét vonhatja maga után.

**Módszerek:** Retrospektív, keresztmetszeti vizsgálatunkban az SZTE Gasztroenterológiai Centrum IBD szakrendeléseiben megjelenő, tofacitinib terápiaiban részesülő betegek körében vizsgáltuk a májenzim és vércéltérési értékek jelenlétét a terápia indításakor, a terápia alatt és annak felfüggesztésekor. Vizsgáltuk a tofacitinib terápia leállításának okát, annak esetleges összefüggését a kezelés során fellépő mellékhatásokkal, májenzimeltérésekkel. Májenzimeltérések alatt a GOT-GPT, és/vagy a GGT-ALP normálértékének felső határát meghaladó értéket tekintettük. Szignifikáns emelkedés alatt a GPT normálértékének legalább háromszoros emelkedését értettük.

**Eredmények:** A vizsgált populációban 75 tofacitinib terápiaiban részesülő beteg adatait tekintettük át, (nő/férfi 62,7/37,3 %, átlagéletkor 37,7 +/- 11,7 év). A tofacitinib terápia indikációját 95%-ban aktív UC, 5%-ban pouchitis jelentette. Terápiaindításkor 14,4 %-ban állt fenn májenzimeltérés, melynek 45%-ában PSC, 36%-ában egyéb krónikus májbetegség is kimutatható volt. Az észlelt májenzimeltérések 18%-át újonnan észleltük. Szignifikáns GPT eltérés a transzamináz-emelkedések 9%-át jelentette. A terápia végén 13%-ban állt fenn transzamináz emelkedés, szignifikáns GPT eltérés 1 esetben jelent meg a betegség

fellángolásához társulóan. A tofacitinib a vizsgált betegek 63%-ában került leállításra, mely indikációját primer rezisztencia (20%), hatásvesztés (35%), mellékhatás fellépése (5,3%) vagy egyéb indok (2,7%) képezte. Májenzimeltérés nem képezte a tofacitinib leállításának indikációját.

**Megbeszélés:** Vizsgált beteganyagunkban a tofacitinib terápiában részesülő IBD-s betegek körében 14%-ban volt jelen transzamináz emelkedés a terápia indításakor, mely arány a terápia alatt közel azonos maradt, és elmaradt az irodalomban leírt kb. 28-34%-is előfordulási gyakoriságtól. A terápia alatt már fennálló májbetegség talaján sem jött létre szignifikáns májenzimemelkedés, és nem képezte a terápia leállításának indikációját egy esetben sem. Az eredmények összevetése tervezett az upadacitinib terápiában részesülő IBD-s betegpopulációval.

#### 44. PSC DIAGNÓZISÁNAK NEHÉZSÉGEI

Haragh A.<sup>1</sup>

1. Kaposvár

**Bevezetés:** A primer sclerotizáló cholangitis idült cholestasissal járó krónikus májbetegség, mely az epeutakat és a májparenchymát egyaránt érinti. Intra és extrahepaticus epeutakban gyulladás, majd fibrosis és hegesedés alakul ki. Az epeúti szűkületek következményes epepangáshoz, recidiváló cholangitishez és végül cirrrosishoz vezetnek. A betegek 70%-a fiatal és középkorú férfi. 90%-ban társul IBD, elsősorban colitis ulcerosa. A kóreredet háttere multifaktoriális. Genetikai és környezeti tényezők kölcsönhatása, a bél mikrobiom diverzitásának csökkenése az immunrendszer kóros válasza és az epesavakkal szembeni védelem csökkenése állnak a betegség hátterében. A PSC a colorectalis carcinoma, a cholangiocarcinoma, a hepatocellularis carcinoma, az epehólyag carcinoma és a pancreas carcinoma kockázatát is fokozza. Kiemelten fontos a protokollaris követés.

**Cél:** Az előadás célja, hogy a diagnosztika áttekintésével betegellátás során a felismeréshez szükséges diagnosztikus lehetőségeket helyesen válasszuk meg. A megfelelő diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai módszereket alkalmazva a megjelenési formák korán felismerhetők. A társult betegségek keresésével és a kezelés mielőbbi elkezdésével a progresszió lassulása és az életminőség javulása érhető el.

**Módszer:** A diagnosztikai és differenciál diagnosztikai módszerek áttekintése az aktualis ajánlások és irodalmi adatok alapján. A kórisme felállítása több pilléren alapszik. A klinikai tünetek és a gyanúkteltő laboratorumi eltérések jelentik az első diagnosztikus lépések elkezdését. A szokványos cholestatikus laborparamétereken kívül autoantitestek vizsgálata pANCA, ANA, AMA, SMA ajánlott. HLA-B8, HLA-DR3, HLA-Drw2a vizsgálata elvégezhető nem rutinszerűen. A genetikai összefüggés viszont más autoimmun betegségekben, myastenia gravisban és autoimmun hepatitisben is megjelenik. Keressük az 1. típusú diabetes mellitus, hyperthyreosis, autoimmun hepatitis, overlap syndroma klinikai megjelenését és igazoló vizsgálatait végezzük el. A kórismében a legfontosabb tényezők ez epeutak eltérései. Hasi UH után további képkeltő diagnosztikus lépésként az ERCP helyett az első választandó képkeltő eljárás az epeutak ábrázolására az MRCP. Az MRCP-nek kiemelt jelentősége van a az epeúti szűkületet okozó másodlagos eltérések kizárására. Ha az MRCP nem egyértelmű vagy kontraindikált akkor ERCP javasolt. Jellegzetes radiológiai kép leggyakrabban többgócú szűkületek és tárgulatok, hegesedések, saccularis eltérések ábrázolódnak. Ha az

ERCP sem kórjelző májbiopszia végzendő. A szöveti kép jellegzetes a folyamat progressziójának megfelelő szakaszokra osztható. A társult betegségek keresése kiemelten fontos. Széklet kalprotectin meghatározás. Colonoscopia során elvégzett 4 quadrans biopszia elvégzése kötelező. Döntő a PSC elkülönítése más kórképektől. A choledocholithiasis, PBC, Autoimmun hepatitis, Autoimmun pancreatitis, AIDS, Eosinophil cholangitis, Caroli syndroma, vascularis trauma fordulhat elő. A követés kiemelten fontos: IBD vel szövődött PSC-ben évente colonoscopia és biopszia. Hasi UH évente. Cirrrosis esetén fél évente. Ha szükséges CT és máj MR akár Primovist érzékenyített máj MR. 1-2 évente MRCP és CA 19-9 meghatározás. Osteoporosis, malnitritio, autoimmun betegségek ismételt keresése szükséges. A kezelési lehetőségek több irányúak. Epesav alapú UDCA, norUDCA terápia. Mikrobióta diverzitásának fokozása. Immunmodulációs kezelési lehetőségek. MRCP során ábrázolódott domináns epeúti szűkületek tágitása ERCP során ballontágitással, ha lehetséges stentimplantáció nélkül antibiotikum védelemben. Ha szükséges 1x10Fr vagy 2x7Fr átmeneti stentimplantáció szóbajön. Zajló cholangitis esetén nasobiliaris drain alkalmazása lehetséges. Szűkületekből kolecystológia és/vagy endobiliaris biopszia javasolt különösen megelőző labor és klinikum rosszabodása esetén. Egyetlen kuratív lehetőség a májtranszplantáció elvégzése end stage májbetegségben, recidiv cholangitis, súlyos nem befolyásolható viszketés és epeúti daganat gyanuja esetén. Posttranszplantációs recidiva gyakori főleg IBD- vel társult esetekben.

Colonoscopus követés során elvégzett szövettani vizsgálatok alapján colectomia mérlegelése.

**Konklúzió:** A megfelelő sorrendben elvégzett diagnosztikus vizsgálatok lehetővé teszik a korai diagnózist és a stadiumnak megfelelő kezelési protokoll elindítását. A protokollaris surveillance szignifikánsan javítja a beteg túlélését és eljutását a kuratív lehetőséget nyújtó májtranszplantációig.

#### 45. HYPERTRIGLYCERIDEMIA IS A DOSE-DEPENDENT RISK FACTOR OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Havelda L.<sup>1,2</sup>, Szalai E.<sup>1,3</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Dobszai D.<sup>1,4</sup>, Veres D.<sup>1,5</sup>, Sipster E.<sup>1,6</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Bucur M.<sup>1</sup>, Molnár A.<sup>1</sup>, Vámosy K.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,4,7</sup>, Szentesi A.<sup>1,4</sup>, Kóli T.<sup>1</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 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 Internal Medicine and Haematology, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 7. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** The prevalence of type 2 diabetes (T2DM) has more than doubled in the past 20 years and most of these T2DM cases are preventable if risk factors are eliminated in time. Hypertriglyceridemia (HTG) may be a potential but modifiable risk factor of T2DM, and it also has a high prevalence.

**Aims:** We aimed to investigate the dose-dependent effect of HTG on the development of T2DM.

**Methods:** We carried out a systematic search in three databases (MEDLINE, Embase, and CENTRAL) on the 9<sup>th</sup> of November, 2023. We investigated adult population with different triglyceride levels and triglyceride-related indexes (exposure). The outcome of interest was the development of T2DM. Pooled hazard (HR), odds ratios (OR) and mean differences (MD) with 95% confidence intervals (CI) were calculated using a random-effect model. The risk of bias was assessed with the Quality In Prognosis Studies (QUIPS) tool. The protocol was registered in PROSPERO under the number CRD42023471288.

**Results:** We identified 31,098 articles and included 101 in our meta-analysis. We found that those who had HTG had more than a 1.5-fold higher risk (HR: 1.73 [1.31;2.29]) of the development of T2DM. Those who had their TG level between 1.7-2.3 mmol/L had a 42% higher risk (HR: 1.42 [1.13; 1.79]), while those who had a TG level above 2.3 mmol/L had an even higher risk for T2DM (HR: 1.82 [1.18; 2.87]) compared with patients with TG levels below 1.7 mmol/L. When investigating hypertriglyceridemic-waist phenotype, from the different phenotype groups, only those with increased waist circumference had a significantly higher risk in both sex groups (female: HR: 2.86 [1.59; 5.14], male: HR: 3.31 [1.57.7.27]).

**Conclusion:** HTG is a dose-dependent risk factor of T2DM. Elevated waist circumference may have an even more important role in T2DM development than HTG.

#### 46. BIOLÓGIAI TERÁPIA - JOBB ÉLETMINŐSÉG. IBD CENTRUM MŰKÖDÉSE VÁROSI KÓRHÁZBAN

Hegede G.<sup>1</sup>, Mályi K.<sup>1</sup>, Hamvas J.<sup>1</sup>

1. Budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház és Rendelőintézet

**Introduction:** A Budapesti Péterfy Sándor utcai Kórház és Rendelőintézetben jelentős szakmai hagyománya van az IBD kezelésének. Az országban működő 17 centrum között kórházunkban 2009 óta működik IBD centrum, amelyet jeles elődök hoztak létre akik oroszlánrészt vállaltak a országos IBD centrumok létrejöttében, és tudományos munkájuk révén a nemzetközi szakmai körökben is (ECCO) jelentős szerepet vállaltak.

**Aims:** A biológiai terápia célja az IBD-s betegekben szteroidmentes remisszió elérése és lehetőség szerint annak fenntartása.

**Methods:** Részlegünkön 3 orvos és IBD nővér vesz részt a betegek ellátásában. Szakmai protokollok alapján alkalmazzuk a biológiai terápiát, a jelenleg érvényben levő hivatalos szabályozás alapján.

**Results:** Jelenleg összesen 184 beteget gondozunk. A terápia betegszám szerinti megoszlása: adalimumab: 92, infliximab: 20, ustekinumab: 50, vedolizumab: 19 tofacitinib: 3 beteg. A biológiai terápia jövőjét az újabb készítmények (guselkumab, mirikizumab, upadacitinib, bekerülése a tételes elszámolásba, a kombinációban való alkalmazás, hatáscsökkenés/vesztés monitorizálás a gyógyszer szint és blokkoló antitestek szérumban kimutatása, ezáltal egyénre szabott biológiai terápia kialakítása jelenti.

**Conclusion:** Elődeink szakmai örökségét igyekszünk tovább gyarapítani városi kórház adta lehetőségeken belül. Munkánkban bemutatjuk beteganyagunkat, eredményeinket, és szólnunk amindennapok nehézségeiről is.

#### 47. SINGLE-CENTER EXPERIENCE WITH ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF DEMARCATED PANCREATIC WALLED-OFF PANCREATIC NECROSIS (WOPN)

Hegyi J.<sup>1</sup>

1. Semmelweis University, INSTITUTE OF PANCREATIC DISEASES/CENTRE FOR TRANSLATIONAL MEDICINE

**Introduction:** The revised Atlanta Classification delineates the local complications of acute pancreatitis, categorizing them as acute (peri)pancreatic fluid collections (PFCs), acute necrotic collections, pancreatic pseudocysts, and walled-off pancreatic necrosis (WOPN). Various endoscopic interventions are employed for the management of WOPN, notably including direct transluminal endoscopic necrosectomy (DEN) following the placement of an endoscopic ultrasound-guided (EUS) lumen-apposing metal stent (LAMS). This study aims to assess the clinical outcomes and safety profile of DEN in patients diagnosed with pancreatic WOPN.

**Aims:** This single-center retrospective analysis encompasses patients with pancreatic WOPN who underwent DEN at Semmelweis University between October 1, 2021, and October 1, 2024. Three seasoned specialists in EUS and endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) performed the procedures. Comprehensive data on patient demographics, procedural specifics, and follow-up outcomes were collected, with adverse events classified according to the AGREE criteria.

**Results:** We successfully placed LAMS in 31 patients (61% female, mean age 66.3 years, SD 9.4). The primary indications for intervention included the dimensions of WOPN, exacerbation of gastric outlet obstruction, and signs of infection. The mean dimensions of WOPN were recorded as 98 mm in the anteroposterior direction (SD 35.6), 90 mm laterolateral (SD 44), and 88 mm craniocaudal (SD 27.4), with a predominant occurrence in the head of the pancreas (60%). Alcohol consumption emerged as the leading etiological factor for WOPN in 92% of male patients, whereas biliary causes were identified in 67% of female patients.

We conducted 83 DEN procedures across the 31 patients (51 males and 32 females). The average number of DEN sessions was three for both male and female groups (range: 2-6). The technical success rate achieved was 100%, accompanied by a clinical success rate of 97%. One patient succumbed to the condition; however, three of the surviving 30 required intensive care due to multiorgan failure. To enhance the resolution of infection between DEN sessions, we employed 7 Fr/250 cm nasocystic tubes for irrigation of the WOPN with a saline solution in all patients, with no adverse events reported as a result of this intervention.

**Conclusion:** DEN can be performed safely in experienced medical centers and demonstrates a high success rate in treating infected WOPN, effectively alleviating symptoms and decreasing enzyme levels. The predominant etiology of WOPN formation in male patients is attributed to alcohol consumption, while biliary factors are more prevalent in female patients.

#### 48. MICRONUTRIENT AND VITAMIN DEFICIENCY IN COELIAC DISEASE

Holczer M.<sup>2</sup>, Peresztegi M.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Szirmay B.<sup>4</sup>, Jakabfy-Csepregi R.<sup>4</sup>, Balaskó M.<sup>3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Lemes K.<sup>5</sup>, Máth B.<sup>6</sup>, Bajor J.<sup>1</sup>

1. Pécsi Tudományegyetem, KK, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar; 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar Transzlációs Medicina Intézet; 4. Pécsi Tudományegyetem,

KK, Laboratóriumi Medicina Intézet; 5. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika; 6. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** Malabsorption is the classical manifestation of coeliac disease (CD), which results in mineral and vitamin deficiencies. On a gluten free diet, with the regeneration of the villous structure, malabsorption in most cases eliminates and deficiencies resolve.

**Aims:** We aimed to compare the iron parameters, Ca and vitamin levels of newly diagnosed coeliac patients with treated coeliac patients (on a gluten-free diet for at least 1 year) and with a healthy control group.

**Methods:** We conducted a nested, cross-sectional, multicenter study at three university clinics (PTE, SZTE, SOTE) as part of our prospective ARCTIC study. The following parameters were determined in all groups: serum iron level, transferrin, transferrin saturation, ferritin, Ca, vitamin D, vitamin B12, and folic acid levels. Descriptive statistical analysis and univariate comparative analysis were performed. For continuous variables, we presented either the mean and standard deviation (SD) or the median and interquartile range (IQR), as appropriate. For categorical variables, frequencies and percentages were calculated. Group comparisons were conducted using the Welch Two-Sample t-test or the Kruskal-Wallis rank sum test for continuous variables and the Chi-squared test or Fisher's exact test for categorical variables.

**Results:** A total of 285 subjects participated in the study, including 44 newly diagnosed CD, 177 treated CD, and 64 non-CD healthy control subjects. We found iron deficiency in 15,91% of newly diagnosed CD patients but it was significantly lower only in comparison to the treated CD patients' group ( $p=0.046$ ). Surprisingly, the transferrin levels were highest in the newly diagnosed CD group, with the value of 3.27 g/L, which was significantly higher than both the control group (2.86 g/L,  $p<0.001$ ) and the treated CD group (2.84 g/L,  $p<0.001$ ). In contrast, transferrin saturation was lowest in the newly diagnosed CD group, with a mean of 19%, whereas the control group had 24% ( $p<0.036$ ) and the treated CD group had 25%. ( $p=0.002$ ). Ferritin levels also showed significant differences, the newly diagnosed CD group had the lowest results with a mean of 38 ug/L, compared to the control group (66 ug/L,  $p=0.003$ ) and the treated CD group (75 ug/L,  $p<0.001$ ). Regarding the vitamin and mineral levels, vitamin B12 deficiency was present in newly diagnosed CD patients in 9%, folic acid deficiency in 29,27%, vitamin D deficiency in 22,73%, and Ca deficiency in 2,27%. Vitamin B12 levels were highest in treated CD patients with a level of 441 ng/L, which was significantly higher than in the newly diagnosed CD group (382 ng/L,  $p=0.031$ ). Folic acid was the lowest also in the newly diagnosed CD group with a mean of 10 ug/L, lower than the control group, with 16 ug/L ( $p=0.005$ ), and the treated CD group with 15 ug/L ( $p=0.022$ ). The vitamin D level was the highest in the treated CD group with a mean of 82 nmol/L, whereas both the control group (70 nmol/L,  $p=0.008$ ) and the newly diagnosed CD group (73 nmol/L,  $p=0.030$ ) had significantly lower values. Calcium levels were the lowest in the newly diagnosed CD group, with a mean of 2.36 mmol/L, lower than the control group (2.44 mmol/L,  $p<0.001$ ) and the treated CD group (2.43 mmol/L,  $p<0.001$ ).

**Conclusion:** Newly diagnosed CD patients had significantly lower transferrin saturation, ferritin, folic acid, vitamin D, and calcium levels compared with both treated CD patients and healthy controls. On a long-standing GFD, these differences

disappear. These results reinforce the importance of early nutritional assessment and intervention in CD management.

#### 49. ASSESSMENT OF THE PREVALENCE OF DGBI (DISEASES OF GUT-BRAIN INTERACTION) AND THE SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL HEALTH STATUS IN PATIENTS WITH INFERTILITY

Inczei O.<sup>1</sup>, Ambrus I.<sup>2</sup>, Vágvolgyi A.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Dávid A.<sup>1</sup>, Ács Z.<sup>1</sup>, Ignácz B.<sup>1</sup>, Körmendi F.<sup>1</sup>, Kalmár Z.<sup>1</sup>, Zádori J.<sup>3</sup>, Róka R.<sup>1</sup>

1. Department of Medicine, University of Szeged; 2. Family Medicine Department, University of Szeged; 3. Reproduction Medicine Centre, Obstetrics and Gynecology Department, University of Szeged

**Introduction:** Recent shifts in the nutritional and overall health status of the reproductive-age population have coincided with an increasing prevalence of infertility. Gastrointestinal diseases may influence reproductive function, and associated psychological factors could be linked to disruptions in the gut-brain axis. Oxidative stress resulting from intestinal microinflammation may negatively impact fertility, while imbalances in the gut microbiome could also play a role in reproductive health.

**Aims:** This study aims to assess the prevalence of diseases of gut-brain interaction (DGBI) and to examine psychological, lifestyle, and comorbidity data among infertile couples.

**Methods:** Participants starting artificial reproduction therapy were asked to complete a questionnaire assessing their infertility and general medical history, functional abdominal complaints, psychological status, and lifestyle factors.

**Results:** A total of 595 patients were included in the study (46.7% male). The age range for female participants was 22–44 years, while male participants ranged from 24–59 years. The mean BMI was 27.3 kg/m<sup>2</sup> (range: 16–49), with 1.5% of individuals having a BMI below 18.5 kg/m<sup>2</sup> and 28% classified as obese (BMI >30 kg/m<sup>2</sup>). A significant difference in BMI was observed between male and female participants ( $p < 0.0001$ ).

Self-reported celiac disease was present in 0.8% of patients, known gallstones in 0.8%, and known inflammatory bowel disease (IBD) in 0.7% (all cases being Crohn's disease). Symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) were reported by 8% of participants.

Three patients indicated a prior diagnosis of irritable bowel syndrome (IBS); however, based on the symptom questionnaire, none currently met the Rome IV diagnostic criteria. According to these criteria, 21% of patients were classified as having DGBI. The prevalence of epigastric pain syndrome, postprandial distress syndrome, and IBS were 0%, 4%, and 2.1%, respectively. The prevalence of functional bloating, functional diarrhea, and functional constipation was 7%, 8%, and 7%, respectively.

Patients with DGBI exhibited significantly higher rates of significantly higher rate of psychological test responses outside the normal range compared to GI symptom-free subjects. However, no significant difference in BMI was observed between the two groups. Notably, patients diagnosed with endometriosis and polycystic ovary syndrome (PCOS) were significantly more likely to meet the diagnostic criteria for DGBI.

The prevalence of depression, anxiety, and somatization symptoms did not differ between patients with and without endometriosis or PCOS. However, in the presence of DGBI, both men and women exhibited significantly higher depression, anxiety and somatization scores compared to the GI symptom-free population.

**Conclusion:** The prevalence of DGBI in our study population is consistent with previous literature. However, pain-related disorders, such as epigastric pain syndrome and IBS, exhibited a prevalence that fell below the expected range. Conversely, functional diarrhea, constipation, and bloating were found to be more prevalent in this patient population. Our findings highlight the need for celiac disease screening among patients with infertility. Additionally, obesity and metabolic disorders were common in patients undergoing infertility treatment, though these conditions did not appear to affect DGBI prevalence. The association between psychological comorbidities, endometriosis, PCOS, and DGBI symptoms warrants further investigation. Additional research is needed to elucidate the pathophysiological mechanisms underlying these observations.

## 50. THE HYBRID ALLELE 1 OF CARBOXYL-ESTER LIPASE (CEL-HYB1) ELEVATES THE RISK OF PANCREATIC CANCER IN HUNGARY: A CASE-CONTROL STUDY

Irlanda G.<sup>1</sup>, Berke G.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi E.<sup>1</sup>

1. Institute for Translational Medicine, University of Pécs Medical School, Pécs, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary.

**Introduction:** Carboxyl-ester lipase (CEL) is one of the main pancreatic lipases secreted by acinar cells and its role is to hydrolyze and absorb cholesterol and lipid soluble vitamins. Genetic variations in the *CEL* gene are associated with pancreatic diseases, namely a hybrid allele variant (*CEL-HYB1*) created by the recombination of *CEL* and its pseudogene *CELP* has been linked to the development of chronic pancreatitis in the German, French, and Hungarian population. Despite the misfolding phenotype the variant exhibits, the *CEL-HYB1* allele was not associated with pancreatic cancer in German, Norwegian and US cohorts.

**Aims:** To investigate the role of *CEL-HYB1* and its haplotypes in a large Hungarian pancreatic cancer cohort.

**Methods:** In collaboration with the Hungarian Pancreatic Study Group, we screened the 548 bp region where the *CEL-CELP* recombination takes place by melting curve analysis in 384 pancreatic cancer patients and 618 healthy controls. To confirm the presence of *CEL-HYB1* allele and determine its haplotypes, PCR and Sanger sequencing were used.

**Results:** The *CEL-HYB1* allele was identified in 11 pancreatic cancer patients (11/384, 2.87%) and five healthy controls (5/618, 0.81%) resulting in an odds ratio of 3.62 (95% CI 1.25 - 10.49,  $p=0.018$ ).

**Conclusion:** The *CEL-HYB1* allele is significantly associated with pancreatic cancer in Hungary. The ongoing haplotype analysis will shed more lights onto the role of *CEL-HYB1* in this patient population.

## 51. EVALUATION OF CHARACTERISTICS OF FECAL URGENCY IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS

Ivány E.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,6</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Resál T.<sup>2</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Horvát B.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Sarlós P.<sup>3</sup>, Palatka K.<sup>4</sup>, Iliás Á.<sup>5</sup>, Gónczi L.<sup>5</sup>

1. Center for Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Albert Szent-Györgyi Medical Center, University of Szeged; 2. Military Hospital, Central Hospital of Northern Pest; 3. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Department of Gastroenterology, University of Debrecen Clinical Centre, University of Debrecen; 5. Department of Internal Medicine and Oncology,

Faculty of Medicine, Semmelweis University; 6. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group

**Background:** Bowel urgency is one of the most bothersome symptoms of ulcerative colitis (UC). The Urgency Numerical Rating Scale (U-NRS) measures the degree of faecal urgency experienced over the past 24 hours by patients with UC on a scale of 0-10. We assumed that the scale has a large variance, as patients evaluate their own symptoms differently. The urge may be different quality for two patients with the same score. The score on the U-NRS may be influenced by the individual's specific perception of symptoms (degree of pain, speed of urge). The objective of our study was to investigate the possible components of urgency using the U-NRS.

**Methods:** Patients with UC older than 18 years treated at our departments for at least 3 months and having complaints were enrolled in our study. The patients filled out our non-validated questionnaire with questions about fecal urgency (U-NRS), pain level, speed of urge, incontinence and lifestyle characteristics associated with incontinence. Statistical analysis was performed using SPSS program.

**Results:** 205 patients were enrolled, median age was 40 years, the mean of disease duration was  $11.8 \pm 9.4$  years. The mean U-NRS score was  $3.2 \pm 3.2$ , 64 patients (31%) had 0 score and 8 (4%) had 10 score. 12% of the patients ( $n=24$ ) felt most difficult to hold mucus, 38% ( $n=77$ ) stool and 31% ( $n=63$ ) other secretions. 9% ( $n=19$ ) had urge with every stool in the last 24 hours, 35% ( $n=71$ ) had less than half of defecations. Patient reported outcome (PRO2) had a significant but weak correlation with U-NRS ( $T_b=0.348$ ,  $p=0.000$ ). The speed of urge defined more the level of urgency than the pain level ( $R^2=0.798$ ,  $F(1, 203)=803.86$ ,  $p<0.001$ ,  $\beta=0.894$  vs  $R^2=0.805$ ,  $F(2, 202)=417.98$ ,  $p<0.001$ ,  $\beta=0.117$ ). The duration of faeces holding in the last 7 days had significant connection to U-NRS ( $R^2=0.211$ ,  $F(1, 203)=54.432$ ,  $p<0.001$ ,  $\beta=-0.46$ ). Patients using public restroom at least once during the last week had significantly higher score on U-NRS than other patients ( $4.6 \pm 3.1$  vs  $2.4 \pm 3$ ,  $p<0.0001$ ). The usage of diapers was also significantly more often in patients with higher U-RNS score ( $5.2 \pm 3.2$  vs  $2.9 \pm 3.1$ ,  $p<0.0001$ ). Faecal leakage both during the day and night was significantly higher with higher U-NRS score ( $p<0.0001$  for both).

**Conclusion:** Urgency is more defined by the speed of urge than the pain. Using public restroom, usage of diapers and faecal leakage are associated with higher U-NRS. Bowel urgency greatly affects the daily life of UC patients, therefore, it has to be taken into count in therapy managing.

## 52. COMPARISON OF FAECAL PLASMINOGEN ACTIVATOR INHIBITOR TYPE 1 (PAI-1) AND CALPROTECTIN DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC POTENTIAL IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES AND OTHER GASTROINTESTINAL DISORDERS

Jóárt B.<sup>1,2,3</sup>, Kajári L.<sup>1,2</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1,4</sup>, Kata D.<sup>5</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Földesi I.<sup>5</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>, Farkas K.<sup>1,4</sup>

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

**Introduction:** Inflammatory Bowel Diseases (IBD) require lifelong treatment and patient monitoring. Current predictors of relapse and therapeutic success have limitations, mostly invasive, time-consuming, and expensive. The faecal biomarker can help in disease activity and therapeutic response monitoring by simple and non-invasive way. Faecal Calprotectin (FC) is the gold-standard, but it has many disadvantages. We previously described that the correlation between the faecal Plasminogen activator inhibitor type 1 (PAI-1) (FP) level and the endoscopic activity and therapeutic response promote that it could be used as a novel non-invasive faecal biomarker in IBD diagnosis.

**Aims:** To observe the exact faecal biomarker potential, we aimed to define the FP level of IBD patients and subjects with other gastrointestinal (GI) diseases and compare it with the FC.

**Methods:** Faecal samples were collected from 84 patients with IBD (CD-active: 12, CD-inactive: 10, UC-active: 9, UC-inactive: 10) and other GI diseases [colorectal cancer (CRC): 10, diverticulosis (DIV): 9, irritable bowel syndrome (IBS): 5, Polyp: 10] and 9 healthy subjects. ELISA method was applied to define FP level and it was validated for stool samples by us. In our previous study, 0.68 ng/g PAI-1 level was defined as the cut-off value. For FC observation diagnostic FC ELISA kit (Orgentec) was used. FC cut-off value was 50 mg/g. ROC analysis was applied to define Youden-index, accuracy, specificity, and sensitivity of the measured values.

**Results:** FP level was significantly higher in patients with active IBD compared to inactive IBD and healthy subjects. No significant differences were observed between CD-active and UC-active groups. In addition, FP concentrations were significantly increased in active IBD patients compared to inactive IBD, CRC, DIV, IBS, Polyp, and healthy subjects. However, FC showed the same pattern as FP, except at the inactive IBD and DIV. In these groups, there were no significant differences compared to the active IBD subjects. ROC analysis defined high specificity (88.9%) and moderate sensitivity (47.6%) values (TP: 10, FP: 7, FN: 11, TN: 56, PPV: 0.588, NPV: 0.836) at the FP measurements. Nevertheless, at FC levels 34.9% specificity and 95.2% sensitivity were measured (TP: 20, FP: 41, FN: 1, TN: 22, PPV: 0.328, NPV: 0.957). Calculated Youden-index was higher at the FP (0.37) compared to the FC (0.3). On the other hand, the accuracy of the FP is 78.6% and the FC is 50%. Based on the results of all FP levels measured (N=299) so far, the calculated values were specificity: 78%, sensitivity: 62%, PPV: 0.63, NPV: 0.78, Youden-index: 0.4, accuracy: 72.3% at cut-off: 0.68 ng/g.

**Conclusion:** Our results suggest that the FP level selectively increased in the active IBD and discriminated more specifically from the other GI diseases compared to the FC. However, the sensitivity was lower, but it was improved by the increasing patient numbers at the pooled FP levels. Thus, the FP level could be useful in the diagnosis of IBD independently or combined with FC.

### 53. CHARACTERIZATION OF THE CYTOKINE LEVELS WITH PREDICTIVE VALUES IN TOFACITINIB-TREATED MODERATE TO SEVERE ULCERATIVE COLITIS PATIENTS: RESULTS OF A PROSPECTIVE COHORT STUDY

Jóárt B.<sup>1,2,3</sup>, Resál T.<sup>1</sup>, Kajári L.<sup>1,2</sup>, Bacsur P.<sup>1,4</sup>, Molnár T.<sup>1,2,3</sup>, Gémes N.<sup>5</sup>, Kemény Á.<sup>6</sup>, Szebeni G.<sup>5</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Farkas K.<sup>1,4</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. University of Szeged, Albert Szent-Györgyi Medical School, Department of Medicine, Szeged, Hungary; 2. ELKH-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling

and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 4. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary; 5. HUN-REN Biological Research Centre, Laboratory of Functional Genomics, Szeged, Hungary; 6. University of Veterinary Medicine Budapest, Department of Physiology and Biochemistry, Budapest, Hungary

**Introduction:** There are several strategies to treat Ulcerative colitis (UC), but their effectiveness is still far from the optimal. JAK/STAT signalling pathway is a promising therapeutic target and Tofacitinib (TOFA) is the first approved drug for the treatment of moderate-severe UC. TOFA is a non-selective JAK inhibitor small molecule that maintains the remission for a long period. However, there is no information about potential predictive markers for the efficient TOFA therapy in UC patients.

**Aims:** Therefore, we aimed to assess the mucosal expression of JAK/STAT and cytokine levels in patients with TOFA treatment to identify predictive markers.

**Methods:** UC-diagnosed patients were involved in this study. Clinical indexes were determined, and blood tests plus colonoscopy were performed before the admission of TOFA, and after the 12-week follow-up period. RNA and total protein were isolated from colonic biopsies. qRT-PCR analysis was applied for the following targets: STAT1, STAT3, JAK1, JAK2, JAK3 and TYK2. Mucosal protein level of TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-1b, IL-4, IL-17A, IFN- $\gamma$  and PAI-1 were determined by Multiplex ELISA.

**Results:** A total of 49 patients with UC were involved in this prospective study. 75.5 % of the population reached the 12 weeks follow-up. 63.3 % of the subjects had therapeutic response to the TOFA treatment. However, 32.6 % showed endoscopic and 69.4 % showed clinical remission. Whereas 24.5 % of the patients had primary non-response and 36.7 % had loss of response. The serum CRP level, pMayo and eMayo scores decreased significantly in the responder group. At the qRT-PCR analysis, the expression of STAT1 and JAK2 decreased significantly after the effective TOFA treatment. The mucosal protein level of IL-6, IL-1b, IFN- $\gamma$ , IL-17A and PAI-1 significantly decreased after the therapy in the responder group. On the other hand, the concentration of IL-6, IL-4 and PAI-1 were significantly lower in the responders at the baseline. Moderate correlations were observed between the pMayo scores and level of TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-1b, IL-17A. But only weak correlations were defined among the eMayo scores and the examined cytokines. However, the strongest correlations were defined between the mucosal PAI-1 level and pMayo ( $r=0.55$ ) and eMayo ( $r=0.52$ ). The serum CRP level showed moderate correlations among the measured cytokine concentrations.

**Conclusion:** Our result suggests, that TOFA treatment was effective in more than 60% of patients and clinical remission was achieved in nearly 70%. The reduced mucosal protein level of IL-6, IL-4 and PAI-1 could be a potential predictive marker for the effective TOFA therapy. However, the PAI-1 levels have the most powerful correlation to the Mayo scores and CRP.

#### 54. INFLAMMATORY BOWEL DISEASES-RELATED FIBROSIS MODELLING BY DEVELOPMENT OF PRIMARY HUMAN FIBROBLAST CELL CULTURES

Kajári L.<sup>1,2,5</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3,5</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1,4</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1,4</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,3,5</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3,5</sup>

1. University of Szeged, Szent-Györgyi Albert Medical School, Department of Medicine, Szeged, Hungary; 2. ELKH-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-USZ Molecular Gastroenterology Research Group, Szeged, Hungary; 4. HCEMM-USZ Translational Colorectal Research Group, Szeged, Hungary; 5. University of Szeged, National Academy of Scientist Education, Szeged, Hungary

**Introduction:** Inflammatory Bowel Diseases (IBD) are chronic immune-mediated diseases of the gastrointestinal tract. Fibrosis is frequent in IBD driven by inflammatory cytokines. During fibrosis, extracellular matrix proteins accumulate in the tissue, causing the disruption of the epithelial barrier and stenosis, ultimately causing malabsorption and intestinal motility issues. This can eventually lead to further serious complications, strictures, fistulas, or ileus. Drugs that target fibrosis are not available; in these cases, only surgical intervention can be used. There is no relevant primary *in vitro* cell culture model for intestinal fibrosis modelling.

**Aims:** Therefore, we aimed to establish and optimize human primary fibroblast cell culture from intestinal biopsies of control and IBD patients. We characterized and compared the fibrosis phenotype and gene expression as well.

**Methods:** Human primary fibroblast cell cultures were generated from colonic biopsy samples by enzymatic digestion. The cells, when placed in suitable media, attach to the bottom of the vessel and proliferate; reaching 90% confluence, the cultures were passaged. For the phenotype analysis, immunofluorescent staining was used. Targeted proteins: COL1A1 (Collagen type 1 alpha 1), TGF- $\beta$ 1 (Transforming growth factor beta), PAI-1 (Plasminogen activator inhibitor type 1),  $\alpha$ -SMA (Alpha smooth muscle actin), and PHH3 (Phosphohistone H3). To study the gene expression, RNA was isolated, and qRT-PCR technique was used for the following target genes: COL1A1, ACTA2 (Actin alpha 2), TGF- $\beta$ 1, FN1 (Fibronectin 1), PAI-1, H3C4 (H3 clustered histone 4). We evaluated the collected data and performed statistical analysis.

**Results:** We can successfully generate and maintain human colon primary fibroblast cell cultures from colonic biopsies of healthy and Crohn's disease origins. Morphological differences were observed between control and diseased patient samples. In the protein examinations, the fluorescent intensity of fibrotic markers (COL1A1, TGF- $\beta$ 1, PAI1) and the mitosis marker PHH3 were significantly higher in the CD samples, indicating that the cells maintained fibrotic phenotype and the diseased fibroblasts had a higher proliferation rate. The myofibroblast marker,  $\alpha$ -SMA, didn't show a significant difference. Interestingly, no significant differences were noted between the two groups in the targeted genes examined by qRT-PCR measurements.

**Conclusion:** In conclusion, we can generate primary human intestinal fibroblast cell cultures and maintain them to passage number 3, approximately a month long. Fibrotic markers and morphological differences distinguish the diseased samples from the healthy subjects; therefore, it could be useful for *in vitro* fibrosis modelling in the future. On the other hand, the gene expression analysis doesn't discriminate between the two groups at passage number 3.

To continue with our work, we will observe the fibrotic properties in earlier passage numbers.

#### 55. A MÁJELZSIROSODÁS SÚLYOSSÁGÁNAK KAPCSOLATA A METABOLIKUS KOCKÁZATI TÉNYEZŐKKEL ANYAGCSERE-ASSZOCIÁLT ZSÍRMÁJBETEGSÉGBEN

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

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Klinika; 3. Ráckevei Város Szakorvosi Rendelőintézet

**Introduction:** Az anyagcsere eltérésekkel összefüggő zsírmájbetegség a krónikus májbetegségek leggyakoribb oka. Az elhízás, a dyslipidaemia és a 2-es típusú cukorbetegség terjedésével egyre nő a betegség prevalenciája. A metabolikus kockázati tényezők a lefolyás, a kimenetel, illetve az extrahepaticus szövődmények (szív-érrendszerei, daganatos) szempontjából is meghatározóak.

**Aims:** Vizsgálatunk célja a metabolikus kockázati tényezők (túlsúly/elhízás, hypertonia, 2-es típusú diabetes mellitus/IGT, hypertrigliceridaemia, emelkedett LDL-koleszterinszint) szerepének tanulmányozása volt a májelzsírosodás súlyosságában.

**Methods:** A Semmelweis Egyetem hepatológiai ambulanciáin gondozott 146 nem alkoholos zsírmájbeteg (férfi: 78, nő: 68, BMI= 29,4 $\pm$ 4,7 kg/m<sup>2</sup>) esetén vizsgáltuk a klinikai adatok, a rutin laboratóriumi paraméterek (GOT:37,1 $\pm$ 25,3 U/l, GPT:47,7 $\pm$ 38,2 U/l, összbilirubin:14,3 $\pm$ 7,4 $\mu$ mol/l, albumin:43,9 $\pm$ 5,0 g/l, protrombinidő: 1,1 $\pm$ 0,6) és a metabolikus tényezők (MT) kapcsolatát (nincs MT: MT0, 1 tényező jelenléte MT1 - 5 tényező jelenléte MT5) a májelzsírosodás mértékével. A májelzsírosodás kvantitatív meghatározása mágneses rezonancia képalkotás protonszűrűségű zsírfrakció (MRI-PDFF) méréssel, és kvantitatív UH-vizsgálattal (tissue attenuation imaging TAI, tissue scattering imaging TSI) történt. A betegek májtömörségét 2D shear-wave elasztográfiával, és APRI-pontszámmal határoztuk meg.

**Results:** Az MRI-PDFF mérések alapján a betegek 34,3%-ának grade 1, 7,5%-ának grade 2, 23,3%-ának grade 3 májelzsírosodása volt. Shear-wave elasztográfiás mérésekkel átlagos májtömörségértékük 8,2 $\pm$ 5,9 kPa (IQR 18,6 $\pm$ 8,2%), átlagos APRI-pontszámuk 83,96% volt. A betegek 66%-a (96/146) volt legalább túlsúlyos, 30%-a (44/146) 2-es típusú cukorbeteg, 65%-a (95/146) hypertóniában szenvedett. A metabolikus tényezők számának növekedésével nagyobb fokú steatosist igazoltunk az MRI-PDFF (MT0: 5,0 $\pm$ 5,7; MT1: 10,3 $\pm$ 8,3; MT2: 10,1 $\pm$ 7,4; MT3: 11,2 $\pm$ 8,3; MT4: 14,7 $\pm$ 11,5; MT5: 15,3 $\pm$ 8,2 %) és TAI mérésekkel (MT0: 67,7 $\pm$ 19,1; MT1: 74,8 $\pm$ 10,7; MT2: 88,9 $\pm$ 15,1; MT3: 85,0 $\pm$ 12,9; MT4: 86,9 $\pm$ 16,7; MT5: 89,8 $\pm$ 8,9 dB/cm/MHz). Szignifikáns különbség az MT0 és MT4 csoportok között volt kimutatható MRI-PDFF meghatározással. A regresszióanalízis szignifikáns összefüggést mutatott a metabolikus kockázati tényezők száma és az MR-PDFF-fel (p=0,025), illetve a TAI-val (p=0,048) meghatározott steatosis súlyossága között. A TSI vizsgálatok eredményei (MT0: 91,3 $\pm$ 7,7; MT1: 101 $\pm$ 10,7; MT2: 103 $\pm$ 10,3; MT3: 105 $\pm$ 5,9; MT4: 103 $\pm$ 9,8; MT5: 104 $\pm$ 4,0) tendenciájukban sem mutattak korrelációt a metabolikus tényezők száma és a steatosis súlyossága között.

**Conclusion:** A metabolikus tényezők számának növekedése összefüggést mutatott a májelzsírosodás

fokozódásával. A tényezők nemcsak a zsírmáj kialakulását befolyásolják, hanem a betegség lefolyását és a halálozást is meghatározhatják anyagcsere-asszociált zsírmájbetegségben. A hagyományos ultrahangvizsgálat során elvégezhető kvantitatív zsírmáj-mérés szerepének megítélése a nagykockázatú cerebro-cardiovascularis egyének kiválasztásában további vizsgálatot igényel.

#### 56. A CLDN2-MORC4 LOCUS HASNYÁLMIRIGY-GYULLADÁSSAL ÖSSZEFÜGGÉST MUTATÓ RS7057398 MUTÁCIÓJÁNAK ANALÍZISE A MAGYAR POPULÁCIÓBAN

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

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged, Magyarország; 2. Magyar Molekuláris Medicina Kiválóági Központ (HCEMM)- Szegedi Tudományegyetem, Transzlációs Pancreatológiai Kutatócsoport, Szeged, Magyarország; 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, Pécs, Magyarország; 4. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ, Budapest, Magyarország; 5. Semmelweis Egyetem, Pancreas Betegségek Intézete, Budapest, Magyarország; 6. Szegedi Tudományegyetem, Interdiszciplináris Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválóági Központ, Transzlációs Hasnyálmirigy Kutatócsoport, Szeged, Magyarország

**Introduction:** A CLDN2-MORC4 locus X kromoszómán elhelyezkedő rs7057398 mutációja néhány közelmúltban megjelent közlemény és egy metaanalízis alapján hajlamosít krónikus hasnyálmirigy-gyulladásra. A mutáció maga azonban igen messze helyezkedik el a locust alkotó mindkét (CLDN2 és MORC4) géntől, melyek fehérje termékének jelenlegi tudásunk szerint funkcionálisan nincs köze a krónikus pancreatitis kialakulásához. A mutációhoz közelebbi CLDN2 gént alapul véve a mutáció elnevezése c.-26930 T>C.

**Aims:** Az rs7057398 mutáció gyakoriságának vizsgálata alkoholos és nem-alkoholos pancreatitisben szenvedő magyar betegekben és kontrollokban.

**Methods:** Vizsgálatunkban 139 nem-alkoholos (NACP) és 161 alkoholos krónikus hasnyálmirigy-gyulladásban (ACP) szenvedő beteg, valamint 509, a Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport (HPSG) által toborzott kontroll vett részt. A DNS-mintákban az rs7057398 mutáció státuszát hagyományos PCR amplifikációt követő Sanger szekvenálással vizsgáltuk.

**Results:** Az rs7057398 mutáció „C” allélja jelentős halmozódást mutatott krónikus pancreatitisben szenvedő betegekben ( $p < 0.0001$ , OR: 1.96, 95% CI: 1.6-2.4), különösen az alkoholos csoportban ( $p < 0.0001$ , OR: 2.56, 95% CI: 1.98-3.3). A nőket külön csoportosítva látszik, hogy itt a „C” allél szignifikáns halmozódása csak alkoholos krónikus pancreatitisben igaz ( $p < 0.005$ , OR: 2.5, CI: 1.3-4.8), melyet ugyanebben a kizárólag nőket tartalmazó csoportban megerősít a genotípus megoszlás alakulása is (domináns modell:  $p = 0.017$ , OR: 3.55, 95% CI: 1.3-10, recesszív modell:  $p = 0.049$ , OR: 3.01, 95% CI: 1.01-9.01)

**Conclusion:** Az X kromoszóma CLDN2-MORC4 locusában található rs7057398 mutáció hajlamosít krónikus pancreatitis kialakulására, mely összefüggés különösen igaz alkoholos etiológiájú krónikus pancreatitisben.

#### 57. HUNGARIAN SINGLE CENTER DATA ANALYSIS OF ANTICOAGULANT THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS-RELATED SPLANCHNIC VENOUS THROMBOSIS

KHAN S.<sup>1,2</sup>, Mir W.<sup>1,2</sup>, Mariyappan D.<sup>1,2</sup>, Kaushik T.<sup>1,2</sup>, Banfalvi Z.<sup>1,2</sup>, Lee J.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>

1. Institute of pancreatic diseases, Semmelweis University; 2. Center for translational medicine, Semmelweis University

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) is a common inflammatory disease of the pancreas, ranging from mild, moderate to severe forms. Splanchnic Venous Thrombosis (SVT) is a common complication of AP with an incidence rate of 2-25%, usually develops within one to two weeks after onset. Anticoagulant therapy for treating and preventing pancreatitis related-SVT remains unclear due to insufficient data in literature.

**Aims:** The aim is to study and analyze the anticoagulant therapy of pancreatitis-related SVT patients at the Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University.

**Methods:** At the Institute, we analysed 1,141 patients with AP admitted between January 1, 2022, and February 21, 2024. Using the international classification code for diseases, we identified 45 cases of pancreatitis-related thrombosis. Data were extracted from E-Med Solution and EESZT. Following inclusion and exclusion criteria, 19 patients were excluded, leaving 26 cases for detailed analysis.

**Results:** Out of 1,141 patients, 26 were diagnosed with pancreatitis-related SVT. Among these, 19 (73%) were male and 7 (27%) were female and 19 patients experienced moderate acute pancreatitis (AP), while 7 had severe AP. Mean age of the patient population was 48.3 years (SD 13.5), with male patients 44.7 years (SD 10.2) and female patients 58 years (SD 16.2). Average length of hospitalization was 14.5 days (SD 10.4). The splenic vein (SpV) was the most affected vessel, involved in 11 patients, followed by Superior Mesenteric Vein (SMV) in 3 patients, portal vein (PV) in 2 patients and 10 patients with two or more vessels involved of SpV, SMV, and PV.

In 26 patients, 24 received low molecular weight heparin (LMWH), while 2 received direct oral anticoagulants (DOAC) during hospitalization. After discharge, 7 patients continued with LMWH, and 18 received DOAC. One patient did not receive any anticoagulation treatment after discharge due to spontaneous recanalization. Of the 26 patients, 17 (65%) showed recanalization after receiving LMWH (57%) and DOAC (68%) therapy after discharge.

**Conclusion:** Based on our data, DOAC is a better anticoagulant in AP-related SVT compared with LMWH, which has a higher recanalization rate and improves the quality of life of patients. But there is a critical gap in our understanding of the effectiveness and safety of low molecular weight heparin and direct oral anticoagulants treatments in pancreatitis related-SVT, hence further prospective studies needed to provide the best care for the patients.

## 58. MODELING PRESSURE-INDUCED PANCREATIC INFLAMMATORY PROCESSES USING HUMAN APICAL-OUT ORGANIDS

Kiss A.<sup>1,2,3</sup>, Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Lázár G.<sup>4</sup>, Groma G.<sup>5</sup>, Kagan F.<sup>6</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Internal Medicine, University of Szeged, Hungary; 2. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Hungary; 3. HCEMM-SZTE Molecular Gastroenterology Research Group, University of Szeged, Hungary; 4. Department of Surgery, University of Szeged, Hungary; 5. HUN-REN-SZTE Dermatological Research Group, University of Szeged, Hungary; 6. Max Planck Institute for Multidisciplinary Sciences, Germany

**Introduction:** Pancreatic inflammation is often triggered by sustained intraductal pressure, commonly due to gallstones or endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). In mouse models, transient pressure disrupts tight junction integrity via calcineurin. Another key regulator of pressure-induced epithelial responses is the mechanosensitive Ca<sup>2+</sup> channel PIEZO1, which detects cell elongation, increases Ca<sup>2+</sup> influx, and regulates cell proliferation and apoptosis. However, studying these processes *in vitro* remains challenging, limiting the development of targeted therapies for post-ERCP and gallstone-induced pancreatitis.

**Aims:** To overcome these limitations, we aimed to utilize apical-out pancreatic organoids (hPOCs) to model pressure-related disease mechanisms *ex vivo*.

**Methods:** hPOCs were generated from pancreatic tissue of three cadaver donors. Polarity switching was induced by Matrigel removal. Conventional and apical-out hPOCs were analyzed by RNA sequencing and live-cell fluorescent imaging. Gene expression changes in response to 1  $\mu$ M PIEZO1 activator (YODA1) were assessed by qRT-PCR.

**Results:** Polarity switching led to reduced PIEZO1 expression and decreased intraluminal pressure, resulting in downregulation of cytoskeletal and cell cycle-related genes (ACTB, VCL, LPXN, LMNA, cyclins) as well as pro-inflammatory cytokines (CXCL1-3, CXCL8).

Heatmap analysis of transcriptomic data revealed distinct gene expression patterns between apical-in and apical-out organoids. Apical-in organoids exhibited upregulation of cell cycle and cytoskeletal genes, suggesting increased proliferation, while apical-out organoids showed a quiescent phenotype with reduced proliferative activity.

Gene Ontology (GO) analysis confirmed that apical-in organoids were enriched in pathways related to chromosome segregation, mitotic progression, and microtubule organization, whereas apical-out organoids had lower expression of these genes.

Volcano plot analysis of differentially expressed genes identified significant upregulation of MKI67, CENPF, ASPM, and UHRF1 in apical-in organoids, indicative of a proliferation-driven state. Conversely, apical-out organoids showed enrichment in DUOX2, NUPR1, VNN2, and GBP2, genes associated with oxidative stress and inflammatory response, supporting the hypothesis that apical-in organoids reflect a pressure-induced, inflammation-like state.

Furthermore, polarity switching resulted in enhanced Cl<sup>-</sup> efflux via CFTR and ANO1, likely due to the absence of sustained intraluminal pressure. Pharmacological activation of PIEZO1 by YODA1 reversed the downregulation of pro-inflammatory cytokines in apical-out hPOCs, suggesting that PIEZO1 mediates the inflammatory phenotype observed in conventional organoids.

**Conclusion:** Our results suggest that conventional apical-in pancreatic organoids mimic a pressure-induced inflammatory state, driven by PIEZO1-dependent signaling. In contrast, apical-out organoids, which lack sustained luminal pressure, provide a more physiological model for studying epithelial homeostasis. This platform offers new opportunities for investigating pressure-induced pancreatitis and developing targeted therapeutic strategies.

## 59. DIAGNOSTIC UTILITY OF PANCREATIC AND BILE DUCT BRUSHING DURING ERCP: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Kollányi G.<sup>1,5</sup>, Makolli A.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Demeter D.<sup>1,3</sup>, Bagherizadeh M.<sup>4</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Erőss B.<sup>2</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Institute for Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 3. Central Hospital of Northern-Pest, Military Teaching Hospital; 4. Semmelweis University; 5. Central Hospital of Southern-Buda, St. Imre Teaching Hospital

**Introduction:** Pancreatic cancer is a highly lethal disease, often diagnosed at an advanced stage due to the lack of early detection methods. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) with brush cytology is commonly used to obtain samples from the bile duct (BD) and pancreatic duct (PD), yet its diagnostic accuracy remains debated.

**Aims:** This study aimed to assess the pooled sensitivity of BD and PD brushing in detecting pancreatic cancer compared to histology.

**Methods:** A systematic search was conducted in three major medical databases on November 05, 2024. We included studies comparing BD and/or PD brushing to a control group of patients diagnosed with pancreatic cancer mainly based on histology, but radiological follow-up, laparotomy, or other accepted diagnostic methods were included as well. A random-effects meta-analysis was performed to calculate the pooled sensitivity of each technique, with results presented as percentages and 95% confidence intervals (CI).

**Results:** Our systematic search identified 8375 articles, of which 64 met the inclusion criteria for the final analysis. This included 45 studies assessing BD brushing and 19 studies evaluating PD brushing. The pooled sensitivity for PD brushing was 55.8% (95% CI: 50.3% – 61.2%) with moderate heterogeneity ( $Q = 24.84$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0.129$ ). The pooled sensitivity for BD brushing was 40.9% (95% CI: 35.6% – 46.4%) with significant heterogeneity ( $Q = 121.03$ ,  $df = 44$ ,  $p < 0.001$ ). Subgroup analyses were conducted to explore potential variations in diagnostic accuracy. However, data on the safety and adverse events associated with BD and PD brushing were limited among the included studies.

**Conclusion:** BD and PD brushing during ERCP provide valuable diagnostic yield in detecting pancreatic cancer. Despite BD brushing showing lower sensitivity and high heterogeneity among studies, both methods remain useful diagnostic tools. These findings support the integration of brush cytology in ERCP procedures to improve early pancreatic cancer detection, ultimately aiding in better clinical decision-making.

## 60. INVESTIGATING THE MODIFIED ENDOCRINE FUNCTION CAUSED BY CHRONIC PANCREATITIS IN A MOUSE MODEL

Kosztá G.<sup>1</sup>, Ébert A.<sup>1</sup>, Gajdos T.<sup>2</sup>, Erdélyi M.<sup>2</sup>, Ormos R.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,5,6</sup>, Venglovecz V.<sup>1,3,4</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary; 2. Department of Optics and Quantum Electronics, University of Szeged,

Hungary; 3. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary; 5. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Hungary; 6. Institute for Pancreatic Disorders, Semmelweis University, Hungary

**Introduction:** Chronic pancreatitis is known to heighten the risk of developing diabetes, although the precise mechanisms remain unclear. The **aim** of this study was to examine the function of the endocrine pancreas in a mouse model of chronic pancreatitis, particularly focusing on the expression of the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) chloride channel, which is believed to be involved in insulin secretion from beta cells.

**Methods:** Chronic pancreatitis was induced in FVB/N mice through intraperitoneal injections of cerulein. After the progression of the disease, we conducted intraperitoneal glucose tolerance tests (GTT) and enzyme-linked immunosorbent assays (ELISA). Pancreatic tissues were freshly dissected and either fixed in paraformaldehyde for pathological analysis or enzymatically processed for islet isolation. The islets were then dispersed, and the cells were stained for CFTR, insulin, and glucagon, which were visualized using direct stochastic optical reconstruction microscopy.

**Results:** The glucose tolerance test results after four weeks of disease progression indicated a reduced glucose tolerance along with a diminished and prolonged insulin response to glucose administration. Following two weeks of disease progression, CFTR expression in beta cells was found to be reduced, but it increased beyond control levels by the third week, which coincided with the worsening glucose intolerance. Inflammation was observed to modify the composition of islet cells, leading to an increase in  $\alpha$ -cell mass and a decrease in  $\beta$ -cell mass.

**Conclusion:** The regeneration processes associated with chronic pancreatitis resulted in an elevated expression of CFTR in beta cells, which appears to correspond with increased basal insulin secretion and diminished glucose tolerance. This research received funding from the CFRD-SRC Grant (SRC007) and the National Research, Development and Innovation Office (SNN134497).

## 61. SÜRGŐSSÉGI GASZTROSZKÓPIA IDEJE FELSŐ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSBEN

Kovács B.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>1</sup>, Morár A.<sup>1</sup>, Kozma M.<sup>1</sup>, Csókay B.<sup>1</sup>, Lalák K.<sup>1</sup>, Mártonfalvi Z.<sup>2</sup>, Solymosi N.<sup>3,4</sup>, Papp V.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Sürgősségi Endoszkópos C.<sup>1</sup>, Imecz J.<sup>1</sup>, Fenyves B.<sup>6</sup>, Varga C.<sup>6</sup>, Szijártó A.<sup>5</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet; 3. Állatorvostudományi Egyetem, Bioinformatikai Központ; 4. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék; 5. Semmelweis Egyetem, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 6. Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Orvostani Klinika

**Introduction:** Felső gasztrointesztinális vérzésben (GIV) a sürgősségi gasztroszkópia elvégzése varix eredetű (V) vérzésben 12 órán belül, nem varix eredetű (NV) vérzésben

24 órán belül javasolt. Ezen ajánlások hazai gyakorlatban való követése nem ismert.

**Aims:** Célunk a sürgősségi osztályra érkezés és az endoszkópia között eltelt idő ("door to endoscopy time", DET) elemzése, valamint az ezt befolyásoló tényezők azonosítása a GIV alcsoportokban.

**Methods:** A Semmelweis Egyetem Sürgősségi Orvostani Klinikájának Sürgősségi Endoszkópos Részlegén 2022. január 1. és 2023. december 31. között felső GIV miatt sürgősségi gasztroszkópián átesett betegek klinikai adatait, 30 napos halálozását vizsgáltuk retrospektív kohort elemzésben. Az NV pácienseket a Forrest osztályozás alapján magas (MNV) és alacsony (ANV) kockázatú csoportokra osztottuk. A vizsgált csoportokban a DET- t Welch-próbával, haemoglobin szinttől való függését (hgb) lineáris regresszióval elemeztük (szignifikancia:  $p < 0,05$ ).

**Results:** 654 betegből 126 varix, 528 nem-varix vérző esetet (MNV: 99, ANV: 429) azonosítottunk. Az újravérzés aránya 5,4% (V: 12,7%, MNV: 10,1%, ANV: 2,1%), a 30 napos mortalitás 19,7% (V: 24,8%, MNV: 22,6%, ANV: 17,6%) volt. Az átlagos DET 7,28 óra ( $SD \pm 6,04$ ) volt (V:  $5,87 \pm 3,77$ , MNV:  $6,33 \pm 4,04$ , ANV:  $7,92 \pm 6,83$ ). DET tekintetében ANV-MNV ( $p = 0,003$ ) és ANV-V ( $p < 0,0001$ ) között szignifikáns különbség mutatkozott, míg MNV-V között nem ( $p = 0,37$ ). A teljes populációban a DET szignifikáns összefüggést mutatott tachycardiával ( $p = 0,01$ ), haematemesisrel ( $p < 0,0001$ ), syncopeval ( $p = 0,009$ ) és alacsony hgb-értékkel ( $p = 0,029$ ), de nem mutatott összefüggést a 30 napos mortalitással ( $p = 0,501$ ) és az újravérzéssel ( $p = 0,462$ ). A V alcsoportban a DET haematemesisrel ( $p = 0,011$ ) és tachycardiával ( $p = 0,039$ ); MNV esetén kávézaccszerű hányással ( $p = 0,026$ ); ANV esetén haematemesisrel ( $p = 0,002$ ) és syncopeval ( $p = 0,019$ ) mutatott kapcsolatot. A NV csoport esetén ANV-ben az ESGE ajánlásokkal szinkronban a 6 órán túl elvégzett endoszkópia alacsonyabb mortalitással járt, mint a 6 órán belüli (15,6%-19,8%), MNV-ben azonban ez nem volt megfigyelhető (27,5%-18,9%).

**Conclusion:** A DET szignifikánsan eltért az ANV-MNV és ANV-V csoportok között. Az átlagos DET szignifikánsan rövidebbnek bizonyult tachycardia, haematemesis, syncope és csökkent hemoglobin érték esetén, nem mutatott azonban összefüggést a 30 napos mortalitással és az újravérzéssel.

## 62. A METABOLIKUS EREDETŰ ZSÍRMÁJ BETEGSÉG ÉS A 2-ES TÍPUSÚ CUKORBETEGSÉG SZÖVŐDMÉNYEINEK KAPCSOLATA

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

1. Ráckeve Város Szakorvosi Rendelőintézet; 2. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 3. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Központ, Budapest

**Introduction:** Az anyagcsere-asszociált májelszérosodás (MAFLD) az egyik leggyakoribb idült májbetegséggé vált világszerte. Progressziója során steatohepatitis, fibrosis, cirrhosis, valamint hepatocellularis carcinoma is kialakulhat. A MAFLD nemcsak a májeredetű, hanem az extrahepaticus (pl.: cardiovascularis, daganatos) szövődmények fokozott kockázatát is jelenti. 2-es típusú diabetes mellitus (T2DM) esetén 70%-os az előfordulása. A zsírmájbetegséggel szövődött T2DM esetén is magasabb a halálozás, illetve fokozott a szív-érrendszeri betegségek, és a diabeteses retinopathia és nephropathia kialakulásának kockázata.

**Aims:** Munkacsoportunk T2DM-es és MAFLD-os betegekben retrospektív módon tanulmányozta a

cardio/cerebrovascularis (CCVD) események előfordulását a májzsírosodás súlyosságával összefüggésben.

**Methods:** A Semmelweis Egyetem hepatológiai ambulanciáin gondozott 146 fő, nem alkoholos zsírmájbeteg (férfi:78, nő:68, BMI=29,4±4,7 kg/m<sup>2</sup>) közül 45 fő 2-es típusú cukorbetegségben is szenvedett (férfi:20, nő: 25, BMI=30,38±5,3 kg/m<sup>2</sup>). Esetükben vizsgáltuk retrospektív módon a CCVD események előfordulását (szívinfartus/coronariasclerosis, stroke/TIA, alsó végtagi ischaemia). A klinikai adatok feldolgozása, a rutin laboratóriumi paraméterek mellett, a fibrosist nem invazív módon, pontszámmal (FIB-4, APRI) és shear-wave elasztográfiával határoztuk meg. A steatosis kvantitatív meghatározását kvantitatív UH-vizsgálattal (tissue attenuation imaging TAI, tissue scattering imaging TSI), valamint mágneses rezonancia képalkotás proton-sűrűségű zsírfrakció (MRI-PDFF) mérésével végeztük.

**Results:** A diabeteses betegek közül 32 beteg kórelőzményében nem szerepelt (T2DM-CCVD), 13 betegnél bekövetkezett legalább egy (11 betegnél: 1, 2 betegnél: 2) CCVD esemény (T2DM+CCVD): 11 szívinfartus/coronariasclerosis, 3 stroke/TIA, 1 alsó végtagi ischaemia. Szignifikáns különbséget a T2DM-CCVD és a T2DM+CCVD csoportok között a rutin laboratóriumi paraméterek közül egyedül a gamma-glutamil transzferáz aktivitás mutatott (GGT: 84,5±125,42 vs. 42,5±28,42 U/l, p<0,05). A májtömörség vizsgálata szintén szignifikáns különbséget igazolt a szövődmény nélküli és szövődményes csoport között (8,05±7,8 kPa vs. 20,8±7,8 kPa, p<0,05). A májelszírosodás mértéke sem ultrahang (TAI:0,87±0,13 vs. 0,83±0,11 db/cm/MHz, p=0,91; TSI: 105,135±12,55 vs. 104,215±15,63, p=0,467), sem MR vizsgálattal nem mutatott szignifikáns különbséget (10,20±0,09 vs. 12,50±0,085%, p=0,91).

**Conclusion:** T2DM betegek retrospektív feldolgozása során a CCVD szövődmények előfordulása összefüggött a májfibrózis mértékével, de nem függött össze a májelszírosodásuk súlyosságával kis esetszámú tanulmányunkban. A kapcsolatot pontos megítélésére további vizsgálatok szükségesek.

### 63. PREDIKTÍV ÉS PROGNOZTIKUS KOCKÁZATBECSLŐ PONTRENDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA FELSŐ TÁPCSATORNAI NEM VARIX EREDETŰ VÉRZÉSEKBE

Kozma M.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>1</sup>, Csókay B.<sup>1</sup>, Lalák K.<sup>1</sup>, Morár A.<sup>1</sup>, Kovács B.<sup>1</sup>, Mártonfalvi Z.<sup>2</sup>, Solymosi N.<sup>3</sup>, Papp V.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Imecz J.<sup>5</sup>, Fenyves B.<sup>5</sup>, Varga C.<sup>5</sup>, Sziártó A.<sup>6</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>, Patai A.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Intervenció Gasztroenterológiai Tanszék; 2. Semmelweis Egyetem, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet; 3. Állatorvostudományi Egyetem, Bioinformatikai Központ; 4. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Komplex Rendszerek Fizikája Tanszék; 5. Semmelweis Egyetem, Sürgősségi Orvostani Klinika; 6. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** Számos kockázatbecslő pontrendszer érhető el a nem varix eredetű felső tápcsatornai vérzésben (NVGIV) szenvedő betegek rizikóbecslésére.

**Aims:** Kutatásunk célja a rendelkezésre álló pontrendszerek (Forrest, CANUKA, Glasgow-Blatchford Score (GBS), HARBINGER, NLR, RDW, Rockall (előzetes és komplett) hatékonyságának összehasonlítása adverbis kimenetek predikciójában NVGIV-ben.

**Methods:** A Semmelweis Egyetem Sürgősségi Orvostani Klinikájának Sürgősségi Endoszkópos Részlegén 2022. január 1. és 2023. december 31. között urgens gastroscopiában részesülő betegek adatait retrospektív kohort analízis keretén belül dolgoztuk fel. Statisztikai elemzéshez ROC analízist használtunk, létrehozva az egyes AUROC értékeket.

**Results:** Összesen 528 NVGIV-ben szenvedő beteg adatait regisztráltuk, közülük 99 fő (61 férfi, 38 nő, átlagéletkor: 72 év) magas rizikójú, 429 fő (246 férfi, 183 nő átlagéletkor: 70 év) alacsony rizikójú volt. A kórházi újrávérzés gyakorisága 3,6% (n=19/528), a 30-napos összhalálozás 17,8% (n=94/528) volt. 51 beteg hiányzó adatok miatt kizárásra került, így a pontrendszereket 477 fő adatain vizsgáltuk. Az endoszkópos intervenció szükségességének becslésére generált AUROC értékek: Forrest: 0,91, CANUKA: 0,57, GBS: 0,58, NLR: 0,55, RDW: 0,46, Rockall (előzetes): 0,53, Rockall (komplett): 0,69, HARBINGER: 0,57; a kórházi újrávérzés gyakoriságára: Forrest: 0,65, CANUKA: 0,67, GBS: 0,55, NLR: 0,50, RDW: 0,51, Rockall (előzetes): 0,54, Rockall (komplett): 0,70, HARBINGER: 0,67; vörösvértest-transzfúzió szükségességére: Forrest: 0,64, CANUKA: 0,79, GBS: 0,80, NLR: 0,51, RDW: 0,68, Rockall (előzetes): 0,62, Rockall (komplett): 0,66, HARBINGER: 0,64; műtét vagy intervenció radiológiai beavatkozás szükségességére: Forrest: 0,77, CANUKA: 0,62, GBS: 0,56, NLR: 0,64, RDW: 0,46, Rockall (előzetes): 0,57, Rockall (komplett): 0,72; 30 napos halálozásra: Forrest: 0,53, CANUKA: 0,70, GBS: 0,65, NLR: 0,67, RDW: 0,60, Rockall (előzetes): 0,70, Rockall (komplett): 0,70, HARBINGER: 0,62 voltak.

**Conclusion:** A GBS és CANUKA pontrendszerek hatékonyak lehetnek a vörösvértest-transzfúzió szükségességének becslésében, míg a CANUKA és Rockall pontrendszerek megfontolandók a 30 napos halálozás becslésében. A további vizsgált pontrendszerek a vizsgált kimenetek predikciójában az ESGE irányelvek szerint alulteljesítenek (AUROC ≤ 0,8).

### 64. A WILSON-KÓROS BETEGEK HEPATOLÓGIAI GONDOZÁSA A GYERMEKVÁLLALÁS, VÁRANDÓSSÁG ÉS SZOPTATÁS IDŐSZAKÁBAN

Krolopp A.<sup>1,2</sup>, Bánhidi C.<sup>1</sup>, Németh D.<sup>1</sup>, Svébis M.<sup>1</sup>, Szalay E.<sup>1</sup>, Folhoffer A.<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 genetikai betegség, amelyet az ATP7B gén mutációja következtében toxikus mértékben felhalmozott réz okoz. Szerteágazó hepatológiai és neuropszichiátriai tünetek képében jelentkezik. A legújabb adatok alapján, prevalenciája magasabb, mint ahogy korábban gondolták. Időben megkezdett terápiával, a betegek jelentős hányadában jó életminőség, akár tünetmentes állapot érhető el.

Mivel egyre fiatalabb életkorban kerül a kórállapot felismerésre, ezért a termékenység, a terhesség lefolyásával és kimenetelével kapcsolatos ismeretek fontosak, mind a páciensek, mind az orvosok számára.

**Cél:** Jelen munkánkban, egy speciális élethelyzet, a gyermekvállalás, várandósság, szoptatás időszakát, ezek legfontosabb kérdéseit, feladatait foglaljuk össze. A nem kezelt betegek várandóssága során a szakirodalom számos kockázatot, például a gyakoribb vetéléssel végződő terhesség és súlyosabb szövődményeket is leírt, azonban a megfelelő gyógyszeres kezeléssel és rendszeres kontrollal, mára már biztonságos a Wilson betegek terhessége is.

**Betegek, módszerek:** négy nőbeteg esetét ismertetjük, akik várandósságuk idején a klinika hepatológiai gondozása alatt álltak. Eleinte, a Wilson-kórban szenvedő páciensünk gyermekvállalási szándékát több szülész szakorvos is ellenezte, sőt szülészeti gondozását kezdetben nem is vállalták. A következő időszakban azonban, több általunk gondozott beteg egyensúlyban lévő, jól beállított Wilson-kórral vállalt gyermekeket. A terhességük szövődményektől mentesen és a szoptatás időszaka is rendben zajlott, egészséges újszülöttnek adtak életet.

**Eredmények:** Gyermekeik közül legtöbben, a betegség öröklődése szerint várható módon, csupán heterozigóta formában hordozzák a Wilson-kórt okozó mutációt. Néhány esetben azonban a Wilson-kór a megszületett gyermek esetében is igazolódott, vagyis két egymást követő generációban is megjelent a fenotípus. Ennek magyarázata, hogy a gyermek az édesapától is örökölt egy patogén mutációt. E különleges helyzetnek a háttérében sokszor a családon belüli rokonság állt.

**Összefoglalás:** Esetbemutásainkkal azt szemléltetjük, hogy az egyensúlyban lévő, jól beállított gyógyszeres kezelésben részesülő Wilson-kóros betegek nyugodtan vállalhatnak gyermekeket. Gyakoribb kontroll, a gyógyszer dózisának megfelelő csökkentése vagy módosítása szükséges. Egyes terápiák mellett a szoptatás is megengedett és javasolt.

## 65. EPEÚTI KALANDOZÁSOK, AVAGY AZ ERCP LEARNING CURVE VIZSGÁLATA A MINŐSÉGI MUTATÓK TÜKRÉBEN

Kui B.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Lemes K.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

**Introduction:** A minőségi mutatók folyamatos követése alapvető elvárás a tápcsatornai endoszkópiát végző gasztroenterológusok felé. Ez kiemelten fontos az operatív endoszkópiában, így az endoszkópos retrográd cholangiopancreatográfia (ERCP) során is. ERCP során alapvető elvárás az adekvát antibiotikum használat (>90%), normál anatómiai viszonyok között a sikeres papilla kanülálási ráta (>95%), az 1 cm-nél kisebb epeúti kövek eltávolítása (>90%), distalis epevezeték elzáródás esetén a sikeres stent behelyezési ráta (>95%), valamint a post-ERCP-s pancreatitisek 10% alatti aránya.

**Aims:** SZTE Gasztroenterológiai Tercier Centrumunkban célul tűztük ki, hogy saját ERCP learning curve-öt vizsgáljuk a minőségi mutatók tükrében.

**Methods:** 2022. decembertől 2024. májusig kezdetben felügyelettel, majd 2024. júniustól 2025. márciusig önállóan végzett ERCP vizsgálatok minőségi mutatóit vizsgáltuk, klinikánk expertjeihez, illetve nemzetközi standardokhoz viszonyítva.

**Results:** Az alap endoszkópiák megfelelő skillj-einek elsajátítását követően 2022. decembertől kezdett ERCP vizsgálatokat elvégezni fiatal gasztroenterológus kollégánk. Körülbelül 100 vizsgálat történt ezen 18 hónap alatt. Kezdetben a kanülálási ráta 30%, míg a sikeres stent behelyezés aránya 28% volt distalis epevezeték szűkületben, az 1 cm-nél kisebb epeúti kövek eltávolítása 35% körül mozgott, felügyelettel végezve a vizsgálatokat. A learning curve második felében 2024. júniustól 2025. márciusig körülbelül szintén 100 vizsgálat történt, nagyrészt önállóan. Az ekkor végzett vizsgálatok során a kanülálási ráta a 90%-ot elérte, míg a sikeres stent behelyezés aránya 92% volt, az 1 cm-nél kisebb epeúti kövek eltávolítása 88%

körül mozgott. A post-ERCP-s pancreatitisek aránya mindvégig 10% alatt mozgott.

**Conclusion:** ERCP vizsgálatok learning curve-je során mért minőségi mutatók hasonló eredményeket szolgáltattak, mint amit a nemzetközi irodalmi adatok mutattak.

## 66. A CFTR GÉN P.V470M GYAKORI POLIMORFIZMUSÁNAK VIZSGÁLATA ALKOHOLOS KRÓNIKUS PANCREATITISBEN

Kun A.<sup>1,2</sup>, Stefanovics R.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,5,6</sup>, Németh B.<sup>1,2</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged, Magyarország; 2. Magyar Molekuláris Medicina Kiválósági Központ (HCEMM)- Szegedi Tudományegyetem, Transzlációs Pancreatológiai Kutatócsoport, Szeged, Magyarország; 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet, Pécs, Magyarország; 4. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ, Budapest, Magyarország; 5. Semmelweis Egyetem, Pancreas Betegségek Intézete, Budapest, Magyarország; 6. Szegedi Tudományegyetem, Interdiszciplináris Kutatásfejlesztési és Innovációs Kiválósági Központ, Transzlációs Hasnyálmirigy Kutatócsoport, Szeged, Magyarország

**Introduction:** A CFTR gén különféle patogén mutációi homozigóta vagy compound heterozigóta formában felelősek a cisztás fibrózis kialakulásáért, mely betegség részjelenségeként hasnyálmirigy elégtelenség és krónikus hasnyálmirigy gyulladás alakulhat ki. Az egyes CFTR patogén mutációk, melyek önmagukban nem alakítanak ki cisztás fibrózist, heterozigóta formában hajlamosíthatnak krónikus pancreatitis kialakulására. Ismertek továbbá a CFTR génnek olyan gyakori polymorfizmusai, melyek a cisztás fibrózis kialakulását nem befolyásolják, azonban krónikus pancreatitis kialakulásában betöltött szerepük tisztázatlan. Ilyen gyakori CFTR polymorfizmus többek között a c.1408G>A (p.V470M).

**Aims:** A CFTR c.1408G>A (p.V470M) mutáció gyakoriságának vizsgálata alkoholos pancreatitisben szenvedő magyar betegekben és kontrollokban.

**Methods:** Vizsgálatunkban 153 alkoholos krónikus hasnyálmirigy-gyulladásban (ACP) szenvedő beteg, valamint 201, a Magyar Hasnyálmirigy Munkacsoport (HPSG) által toborzott kontroll vett részt. A DNS-mintákban a V470M mutáció státuszát hagyományos PCR amplifikációt követő Sanger szekvenálással vizsgáltuk.

**Results:** A CFTR c.1408G>A (p.V470M) mutáció „A” allélja halmozódást mutatott alkoholos krónikus pancreatitisben szenvedő betegekben (p 0.002, OR 1.7, 95% CI 1.2-2.4), Genotípus megoszlás vizsgálata megerősíti az „A” allél halmozódását alkoholos krónikus pancreatitisben (domináns modell: p 0.09, OR 1.5, 95% CI 0.96-2.2, recesszív modell: p 0.0007, OR 3.97, 95% CI 1.8-8.8). Megjegyzendő, hogy a vizsgált polymorfizmus genotípus megoszlása alkoholos krónikus pancreatitisben nem követte a Hardy-Weinberg eloszlást.

**Conclusion:** Előzetes eredményeink alapján a CFTR gén c.1408G>A (p.V470M) polymorfizmusa hajlamosíthat krónikus pancreatitis kialakulására. Mivel a V470M polymorfizmus alapvetően nem számít betegséget okozó mutációnak (<https://cftr2.org/> adatbázisa alapján), nagyobb elemszám vizsgálata szükséges eddigi eredményeink pontosítása céljából.

## 67. TAPADÓ KOAGULUM VIZSGÁLATA PEPTIKUS FEKÉLYVÉRZÉSBEN RETROSPEKTÍV KOHORSZ VIZSGÁLATBAN: MI TÖRTÉNIK A VÉRÖG ELTÁVOLÍTÁSA UTÁN?

Lalák K.<sup>1</sup>, Csókay B.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>, Vilmos F.<sup>1</sup>, Morár A.<sup>1</sup>, Kovács B.<sup>1</sup>, Kozma M.<sup>1</sup>, Mártonfalvi Z.<sup>1</sup>, Solymosi N.<sup>1</sup>, Papp V.<sup>1</sup>, Horváth M.<sup>1</sup>, Hagymási K.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Péter Z.<sup>1</sup>, Székely H.<sup>1</sup>, Imecz J.<sup>1</sup>, Fenyves B.<sup>1</sup>, Varga C.<sup>1</sup>, Sziártó A.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. SEMMELWEIS EGYETEM, Sebészeti Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika

**Introduction:** A peptikus fekélyvérzés a felső tápcsatornai, nem varix eredetű vérzések gyakori oka. A magas kockázattal rendelkező esetekben endoszkópos kezelés javasolt. Tapadó koagulummal rendelkező peptikus fekély (Forrest IIb) esetén a vérrög eltávolítása javasolt.

**Aims:** Célunk a sürgősségi endoszkópia során Forrest IIb fekélyvel diagnosztizált betegek lefolyásának elemzése volt.

**Methods:** A Semmelweis Egyetem Sürgősségi Orvostani Klinikáján 2022 és 2023 között felső tápcsatornai vérzés miatt sürgősségi endoszkópián átesett betegeket vontuk be egy retrospektív kohorsz elemzésbe. Szükség esetén endoszkópos kezelést alkalmaztunk, a Forrest-osztályozás alapján.

**Results:** 92 betegnél találtunk (56 férfi, 36 nő, átlagéletkor 74 év) magas kockázatú peptikus fekélyvérzést. Az endoszkópia során 33 betegnél (35,8%) diagnosztizáltak Forrest IIb fekélyt. Az újrávérzések aránya 10,8% (n=10/92), a 30 napos mortalitás 21,7% (n=20/92) volt. A 33 tapadó koagulomot tartalmazó esetből 25 esetben (75,8%) megkísérelték az eltávolítást, ez 8 esetben sikertelen volt. Abban a 17 esetben (51,5%), ahol az eltávolítás sikeres volt, az alapjául szolgáló fekélyt négy esetben (23,5%) Forrest Ib-re, magasabb rendű fekélyre, míg 13 esetben (76,5%) alacsonyabb rizikójú fekélyre minősítették: 5 esetben (29,4%) Forrest IIc-re, 8 esetben (47,1%) Forrest III-ra. Az endoszkópiát követő kezelés során a 33 beteg közül 6 esetben (18,1%) jelentkezett újrávérzés. A koagulom eltávolítása 4 betegnél aktív vérzéshez vezetett (Forrest Ib), egy betegnél további kezelésre volt szükség az ismételt endoszkópia során. Abban a 13 esetben, ahol alacsonyabb kockázatú fekély alakult ki, 3 betegnél (21,4%) volt szükség ismételt endoszkópos kezelésre; míg abban a 8 esetben, ahol koagulom eltávolítás nem történt meg, 2 betegnél volt szükség ismételt endoszkópos kezelésre. Endoszkópos vérzéscsillapítást 5 esetben sikerült elérni, egy betegnél volt szükség műtetre. A 30 napos utánkövetés során 12 beteg (36,3%) halt meg, amelyekből egy eset volt összefüggésben a tápcsatornai vérzéssel (3%).

**Conclusion:** A peptikus fekélyvérzésben és tapadó koagulumban szenvedő betegek kis csoportjánál tapasztalt eredményeink alapján az endoszkópos eltávolítás megkísérelhető és elvégezhető. Függetlenül a fekélyalap későbbi állapotától sikeres endoszkópos vérzéscsillapítás érhető el. Az újrávérzés és a mortalitás kockázata azonban magasabb a más magas rizikójú betegekéhez képest.

## 68. ENDOSZKÓPOS ULTRAHANG VEZÉRELT RADIOFREKVENCIAI ABLÁCIÓ (EUH-RFA): ÚJ LEHETŐSÉG A HASNYÁLMIRIGY NEUROENDOKRIN TUMOROK KEZELÉSÉBEN – ELSŐ HAZAI ESETEK.

Lassú P.<sup>1</sup>, Szita I.<sup>1</sup>, Szegedi É.<sup>2</sup>, Tarpay Á.<sup>2</sup>, Dubóczki Z.<sup>3</sup>, Szmola R.<sup>2</sup>

1. Csolnoky Ferenc Kórház, Gasztroenterológiai Részleg, Veszprém; 2. Országos Onkológiai Intézet, EUH-ERCP labor, Budapest; 3. Országos Onkológiai Intézet, Hasi Sebészeti Osztály, Budapest

**Bevezetés:** A neuroendokrin eredetű tumorok a hasnyálmirigy összes daganatának 2-5%-át teszik ki, szövettani szempontból jól vagy rosszul differenciált formákat, valamint a mitotikus index és Ki-67 proliferációs ráta alapján három grádust különböztetünk meg, amelyek jelentősen befolyásolják a prognózist és a terápiás döntéseket. A hasnyálmirigy neuroendokrin tumorok (Pan-NET) diagnosztikájában az endoszkópos ultrahang (EUH) a finomtű biopsziás mintavétellel eddig is kulcsszerepet játszott, azonban mára onkoterápiás modalitásként lépett elő ebben a betegcsoportban.

**Módszerek:** Tanulmányunkban bemutatjuk a 2024 januárja óta, az Országos Onkológiai Intézet EUH-ERCP laborjában, endoszkópos ultrahang vezérelt radiofrekvenciás ablációs terápiában részesülő betegek adatait, taglalva a módszer indikációs köreit és a beteg kiválasztás szempontjait. Az ablációs beavatkozást minden esetben 19 G átmérőjű 10 mm-es hűtött RFA tűvel 1-3 szúrásból 50W/15 sec energia leadásával (Taewoong Viva Combo generátor) végeztük.

**Eredmények:** A vizsgált időszakban összesen 17 betegnél diagnosztizáltunk Pan-NET-et, melyek közül 4 eset bizonyult EUH-RFA terápiára alkalmasnak. A legfontosabb szelekciós kritériumok a tumor elhelyezkedése és mérete (átlagosan 14,25 mm; 9-17 mm), biológiai viselkedése (G1), a kontraindikációk hiánya, valamint a betegspecifikus tényezők voltak (átlag kor: 63,5 év; 55-74 év). A beavatkozáson átesetteknél nem észleltünk korai szövődmenyt, egy alkalommal került sor a beavatkozást követően 72 órával hasi fájdalom miatti betegfelvételre, amely iv. antibiotikus kezelés mellett gyorsan szűnő szűrcsatorna irritációnak bizonyult. Az onkológiai utánkövetés során készült képalkotó vizsgálatokon három páciensnél (hasi CT 5-12 hónapnál) a tumor méretében teljes vagy részleges (>50%) regresszió mutatkozott, egy páciensnél a kontroll vizsgálat még folyamatban van.

**Konklúziók:** Korai tapasztalataink alapján az EUH-RFA terápia biztonságosan és hatékonyan alkalmazható a Pan-NET kezelésében. Kuratív céllal a 20 mm-nél kisebb, jól differenciált tumorok esetében, illetve palliatív céllal a magas műtéti kockázatú betegeknél alkalmazható, alacsony szövődmenyrátával rendelkező, hatékony terápiás lehetőség.

## 69. INCREASED RISK OF PANCREATIC CANCER AFTER ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Lee J.<sup>1</sup>, Creanga-Marariu I.<sup>1</sup>, Németh J.<sup>1,4</sup>, Gagyí E.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,5</sup>, Szalai E.<sup>1,6</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Papp R.<sup>1</sup>, Bunduc S.<sup>1,8,9</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,7</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 2. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 3. Institute for Translational Medicine, University of Pécs; 4. Medical School, Semmelweis University; 5. Institute of Biophysics and Radiation Biology, Semmelweis University; 6. Department of Restorative Dentistry and Endodontics, Semmelweis University; 7. Translational Pancreatology Research Group, University of Szeged; 8. Carol Davila University of Medicine and Pharmacy; 9. Digestive Disease and Liver Transplant Center, Fundeni Clinical Institute

**Introduction:** Despite advancements in diagnostics and treatment, pancreatic cancer (PC) remains one of the deadliest forms of cancer. Understanding the burden of PC in the AP population and quantifying the associated risk is

essential for constructing necessary surveillance strategies and improving early detection. The magnitude and modifiers of the association between acute pancreatitis (AP) and pancreatic cancer (PC) are unclear.

**Aims:** This systematic review and meta-analysis quantified the occurrence of PC in AP, the risk of PC following AP, and the impact of specific risk factors.

**Methods:** The systematic search was conducted in PubMed, EMBASE, and CENTRAL from inception until October 11<sup>th</sup>, 2023 (PROSPERO: CRD42023470350). Eligible studies included adult populations reporting on the association between AP and PC. Primary outcomes included prevalence, incidence, and risk of PC in individuals with a history of AP, including a subset analyses of specific risk factors. Meta-analyses were performed using random-effects models to calculate pooled rates, odds ratios (OR), hazard ratios (HRs), and the corresponding 95% confidence intervals (CI).

**Results:** A total of 49 studies were included, and 34 were eligible for meta-analyses. The prevalence of PC among AP patients was 3% (95%CI: 1–6%). The analysis, stratified by follow-up duration, revealed an increased risk of PC in AP versus no AP population: <24 months: HR=53.27 (95%CI: 11.60-244.58), 24-60 months: HR=3.19 (95%CI: 2.21-4.60), and >60 months: HR=1.94 (95%CI: 1.63-2.32). AP patients with subsequently diagnosed chronic pancreatitis (CP) showed significantly increased odds of developing PC (OR=3.54; 95%CI: 1.05–11.92). We found no evidence for increased odds for PC in AP with diabetes, smoking, and alcoholic and gallstone etiologies.

**Conclusion:** Patients with AP have a high prevalence and risk of PC. Although the risk decreases with time, it is higher than in the general population long term. CP may further elevate this risk, highlighting the need for targeted surveillance strategies in high-risk populations.

## 70. ÚJONNAN DIAGNOSZTIZÁLT CÖLIÁKIÁS BETEGEK TESTÖSSZETÉEL PARAMÉTEREINEK VIZSGÁLATA 1 ÉVES GLUTÉNMENTES DIÉTÁT KÖVETŐEN PROSPEKTÍV, MULTICENTRIKUS, ESET-KONTROLL VIZSGÁLAT (ARCTIC STUDY)

Lemes K.<sup>1</sup>, Lénárt Z.<sup>1</sup>, Lada S.<sup>1</sup>, Peresztegi M.<sup>5</sup>, Vereczkei Z.<sup>3</sup>, Papp V.<sup>4</sup>, Dakó S.<sup>4</sup>, Dakó E.<sup>4</sup>, Bajor J.<sup>2</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum; 2. Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, I.sz. Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 4. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 5. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar; 6. Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

**Bevezetés:** A cöliákia a populáció 1%-át érintő, női predomanciát mutató krónikus autoimmun kórkép. Jelentőségét fokozza, hogy terápiáját kevés kivételtől eltekintve önmagában a gluténmentes diéta jelenti. A cöliakiás betegek testösszetétel mutatói és vérzsír paraméterei a felszívódási zavar következtében különbözhetnek az átlagpopulációtól, ugyanakkor egyre gyakoribb, hogy a diagnózisakor normál testsúlyú vagy túlsúlyos a beteg. Ezen állapot a glutén mentes diéta bevezetését követően további kóros testösszetétel változással járhat.

**Céltűzés:** Prospektív, multicentrikus, eset-kontroll vizsgálatunk során (ARCTIC study) az újonnan diagnosztizált cöliakiás, gluténmentes diétában még nem részesülő betegek metabolikus (vérzsír) értékeit és

testösszetétel paramétereit vizsgáltuk és hasonlítottuk össze az egészséges átlagpopuláció, illetve a vizsgálatba bevonott egyanezen betegek 1 éve tartó gluténmentes diéta után mért azonos mutatóival.

**Módszer:** Tanulmányunk első részében három egyetemi centrum frissen diagnosztizált cöliakiás betegeit vontuk be. Laboratóriumi paraméterek közül a total koleszterin, LDL és HDL és triglicerid szintek mérésére került sor. Míg az InBody 770-es BIA (Bioelektromos Impedancia Analízis) készülékkel történt testösszetétel vizsgálat során a testtömeg index (BMI: Body Mass Index) mellett a szervek közötti zsírtérület (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 kiemelten meghatározásra.

**Eredmények:** 2022.december és 2024. július között összesen 43 újonnan diagnosztizált cöliakiás beteg (36 nő (84 %), 7 férfi (16 %)) és 38 átlag populációhoz tartozó egyén (kontroll csoport; 33 (87 %) nő, 5 férfi (13 %) került bevonásra. 2024. decemberig 18 cöliakiás beteg (17 nő-1 férfi) 1 éves kontroll vizsgálata történt meg. Az átlag összkoleszterin és LDL értékek cöliakiás betegekben alacsonyabbnak bizonyultak az egészséges 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 diéta naív betegek 53,84 %-ban, míg a kontroll csoport 9 %-ában a normál értéknél alacsonyabb volt. A diétát megkezdett betegek LDL értékei közel hasonló (2,34 vs. 2,31), a koleszterin (3,65 vs. 3,95) és HDL (1,09 vs. 1,64) értékek viszont már növekedést mutattak az egy éves kontroll során a kiindulási paraméterekhez képest. Az átlag derék- csípő körfogat aránya közel azonos volt (0,89 vs. 0,88). A testösszetétel mutatók közül hasonló átlag BMI értéket (23,26 vs. 23,9) kaptunk, ellenben a diéta naív betegek között nagyobb számban fordult sovány kategóriájú (22%), míg az 1 éve diétázók között már ezen állapot megszűnését észleltük. Az átlag vázizom tömeg SMM (23,5 kg vs. 23,8 kg) közel azonos, míg a zsírtmentes testtömeg FFM (41,0 kg vs. 42,7 kg), a testzsír százalék PBF (29,6 % vs. 31,6 %) és a szervek közötti zsírtérület VFA (95,15 cm<sup>2</sup> vs. 102 cm<sup>2</sup>) és a testzsír tömeg BFM (19,69 kg vs. 21,16 kg) értékek az 1 éve diétázó cöliakiás betegeink esetében magasabbnak bizonyultak.

**Konklúzió:** Vizsgálatunkban a diéta naív cöliakiás betegek között nagyobb arányban fordult elő sovány beteg az átlag populációhoz képest, ellenben az 1 éve glutén mentes diétán lévő betegek között már az alultápláltság megszűnése látható a testzsír százalék, szervek közti zsírtömeg, testzsír tömeg és az átlag testsúly emelkedésének következtében. A vérzsír paraméterek változásai kedvezőtlen testösszetétel paraméterek mellett prognosztikai szempontból jelentőséggel bírhatnak kardiiovaszkuláris rizikó szempontjából. Fontosnak tartjuk minden újonnan diagnosztizált cöliakiás betegnél a diagnózisakor, illetve éves kontroll során is a részletes testösszetétel elemzés elvégzését. A betegek gondozása során cél az optimális testösszetétel elérése - megtartása és a metabolikus eltérések negatív változásának megelőzése, illetve a már fennállók visszafordítása, melyben segítséget a mediterrán gluténmentes étrend bevezetése jelenthet. A fent ismertetett eredmények még a vizsgálatok további folytatását igénylik.

## 71. GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK A HEPATOLÓGIAI AMBULANCIÁN

Lénárt Á.<sup>1,2</sup>, Szabó A.<sup>2</sup>, Palatka K.<sup>1,2</sup>, Élthes Z.<sup>1,2</sup>, Pályu E.<sup>1,2</sup>, Antal-Szalmás P.<sup>3</sup>, Papp M.<sup>1,2</sup>

1. Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Klinika; 2. Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Belgyógyászati Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék; 3. Debreceni Egyetem, Laboratóriumi Medicina Intézet

**Introduction:** A gyulladásos bélbetegségek (IBD) leggyakoribb gasztrointesztinális traktuson kívül jelentkező, ún. extraintesztinális manifesztációi (EIM), illetőleg szövődményei közé sorolhatók a máj- és epeúti betegségek, melyek a betegek akár 50%-át is érinthetik. [1-3] Ezek egy része benignus és csak obszervációt igényel, míg mások progresszívek, májelégtelenséghez vezetnek és májtranszplantációt tesznek szükségessé. Az IBD-ben szenvedő betegek 20-30%-ban észlelhetők májenzim eltérések [4, 5], melynek hátterében állhatnak a betegséghez társuló hepatobiliáris autoimmun kórképek, a betegség által kiváltott metabolikus és fiziológiai eltérések, (leggyakrabban a zsírmáj [SLD]), illetve a betegség gyógyszeres kezelésének következményei. [6] Ezen kórképek nem minden esetben különíthetők el élesen egymástól, illetőleg akár együttesen is előfordulhatnak. A metabolikus diszfunkcióval társuló zsírmájbetegség (MASLD) és ennek következtében kialakult májfibrózis IBD-ben gyakrabban fordul elő. Az IBD-MASLD betegek karakterisztikája azonban eltér a kizárólag MASLD-ben szenvedőktől. Felmerül, hogy a krónikus gyulladás maga, a metabolikus faktoroktól független patomechanizmus útján tartja fenn a MASLD kialakulását elősegítő és a fibrózis progressziójának irányába ható folyamatokat [7].

**Aims and Methods:** Klinikánkon az IBD betegek multidiszciplináris ellátásába az IMID munkacsoport mellé becsatlakozott a hepatológia is. 2023. szeptemberétől minden IBD beteg esetén, ha májbetegség gyanúja merül fel a klinikai, laboratóriumi vagy képalkotó leletek alapján, hepatológiai konzílium történik. Jelen tanulmányban a klinikánkon gondozott, biológiai kezelésben részesülő, hepatobiliáris betegség fennállásának gyanúja miatt hepatológiai konzultáción résztvevő IBD betegek adatait dolgoztuk fel. A májbetegség kivizsgálása a nemzetközi irányelvek szerint történt különféle képalkotó és laboratóriumi vizsgálatokkal, mint biokémia (májenzimek és májműködési paraméterek, valamint szénhidrát- és lipidháztartás, vas- és rézanyagcsere meghatározás), autoimmun májszerológia és vírusszerológia. Minden esetben történt máj- és lép elasztográfiás vizsgálat (vibrációkontrollált tranziens elasztográfia, VCTE, Fibroscan) a májfibrózis stádiumának, a steatosis és a portális hipertenzió fokozatának megállapítására. Krónikus kolesztázis esetén minden alkalommal hasi MR/ MRCP-t is végeztünk az IBD-hez társuló primer szklerotizáló kolangitisz (PSC) diagnosztikája céljából. Megfelelő indikáció fennállása esetén pedig a májbíopszia is elvégzésre került.

**Results:** 2024. január 1. és december 31. között Biológiai Terápiás Ambulanciánkon 908 beteg esetén (Crohn-betegség: 673, colitis ulcerosa: 233) 4978 ellátási esemény történt. Hepatológiai ambulanciánkon ezidáig 53 beteget vizsgáltuk (CD=32, UC=21). A betegek medián életkora 41 év volt. 48 beteg részesült vagy részesül jelenleg is biológiai kezelésben, 5 beteg pedig kismolekula terápián van. 24 beteg részesült tartós kortikoszteroid kezelésben, 6 beteg terápiája a betegség lefolyása során metotrexátot is tartalmazott. 21 beteg már többvonalbeli kezelésként kapja az aktuális terápiáját.

Krónikus vagy fluktuáló májenzimemelkedést 45 esetben találtunk. A májenzim emelkedés és hepatológiai kivizsgálás kezdete között eltelt idő széles tartományban mozgott (3,6 – 231 hó). Az elvégzett hasi ultrahangokon 37 esetben került SLD leírásra, A máj VCTE vizsgálat során a CAP érték alapján 26 esetben igazolódott valamilyen mértékű steatosis (S1-3). Az SLD és a  $\geq 1$  társuló kardiometabolikus tényező jelenléte alapján 20 esetben volt kimondható MASLD diagnózisa. Wilson-kór szűrését 11 betegnél tartottuk indokoltnak, elsősorban az olyan fiatal betegekénél (< 35 év), ahol SLD nem társult kardiometabolikus eltérésekkel és gyógyszerhatás sem merült fel az SLD okaként. A lipcsei kritériumok alapján végzett szűrés során azonban ezidáig pozitív diagnózis nem született. 11 esetben merült fel gyógyszerindukálta májkárosodás (DILI) vagy autoimmun szerű hepatitis (DI-ALH) lehetősége. A májenzim emelkedés hátterében coeliakia egyetlen esetben sem igazolódott. Az autoimmun májszerológiában 26 esetben volt eltérés (ebből többszörös 16), azonban autoimmun hepatitis, primer biliaris kolangitisz, vagy variáns szindróma nem igazolódott. A máj autoantitestek jelenléte egyrészt lehet nem specifikus módon a MASLD/ MASH következménye, vagy akár fals pozitív eredmény a biológiai terápia során kialakuló heterofil antitestek jelenléte miatt. Az immunometriai vizsgálatok természetüknél fogva érzékenyek a heterofil antitestek, azaz a vizsgálat antitestjeit megkötő endogén antitestek interferenciájára. A heterofil antitestképződés jelensége pedig ismert a módosított monoklonális egér antitestek terápiás használatához kapcsolódóan. Primer szklerotizáló kolangitisz 10 esetben igazolódott. Krónikus vírushepatitis (HBV, HCV) minden beteg esetén kizárásra került. A májbetegség 6 esetben társult szignifikáns fibrózissal ( $\geq 9$  kPa).

**Conclusion:** A gyulladásos bélbetegségek multidiszciplináris ellátásába, amennyiben a klinikai, laboratóriumi vagy képalkotó vizsgálatok során hepatobiliáris betegség fennállásának lehetősége merül fel, a beteg kivizsgálása során minden esetben szükséges a hepatológus bevonása a társuló extraintesztinális szövődmények időben történő azonosítása és kezelése céljából, elősegítve az egyénre szabott betegellátási és gondozási rendszer kialakítását. A klinikai képpel nem egyező laboratóriumi eredmények megnehezítik az orvosi döntéshozatalt. A biológiai terápiában részesülő IBD betegek esetén felmerül a heterofil antitest blokkoló reagensek szükségességének bevezetése a májbetegségek szerológiai diagnosztikája kapcsán a heterofil antitestek okozta interferencia kiküszöbölésére segítve az egészségügyi döntéshozatalban, csökkentve a diskrepanás eredmények számát, illetve a túldiagnosztizálás okozta költségeket, felesleges beteg terheket.

## 72. CARDIAC INVOLVEMENT IN ACUTE PANCREATITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF CLINICAL OUTCOMES

Lillik V.<sup>1,2</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Veres D.<sup>1,3</sup>, Ferdinandy P.<sup>1,4</sup>, Bodó E.<sup>1</sup>, Pourastegar 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 disease with a rising incidence and high mortality, particularly in severe cases. Cardiac abnormalities, including heart failure and arrhythmias, are frequently observed during and after AP-related hospitalizations. Despite the known association between AP and cardiac complications, the bidirectional relationship between cardiac changes and AP outcomes remains poorly understood.

**Aims:** This study aims to systematically review and meta-analyze the bidirectional associations between cardiac abnormalities and AP outcomes, focusing on mortality, severity, and post-discharge complications.

**Methods:** A systematic search was conducted on November 5, 2023, across MEDLINE, Embase, and Cochrane CENTRAL, with additional backward and forward citation searches completed on February 19, 2024. The study protocol was registered on PROSPERO (CRD42023479679, CRD42023479674). Observational studies and randomized controlled trials (RCTs) assessing cardiac abnormalities in AP patients, including atrial fibrillation (AF), repolarization changes, and QTc prolongation, were included. Data on mortality and AP severity were analyzed using odds ratios (OR) and mean differences (MD) with 95% confidence intervals (CI) in a random-effects model. The PRISMA 2020 guideline and Cochrane Handbook were followed for study selection and data extraction. The risk of bias was assessed using the Quality In Prognosis Studies (QUIPS) tool.

**Results:** Thirty-two studies involving 5.3 million patients were included, with 1.3 million AP patients analyzed for specific cardiac abnormalities. Patients with AF had nearly threefold higher odds of in-hospital mortality compared to those without AF (OR: 2.69; CI: 1.34–5.38). Severe and moderately severe AP [(M)SAP] tripled the odds of ECG repolarization changes compared to mild AP (OR: 2.75; CI: 1.19–6.36). No significant association was found between (M)SAP and QTc prolongation (OR: 2.25; CI: 0.63–8.03). Pre-existing chronic heart failure (CHF) was associated with a threefold increased odds of mortality (OR: 3.43; CI: 1.96–5.98). According to the systematic review, although data were limited, echocardiographic parameters, such as pericardial effusion and cardiac dysfunction, were associated with worse AP outcomes. Elevated cardiac laboratory markers, including creatine kinase-MB (CK-MB), were associated with higher mortality and longer hospital stays.

**Conclusion:** This study highlights the significant bidirectional relationship between cardiac abnormalities and AP outcomes. Patients with AF face a 2.7-fold increased odds of in-hospital mortality, while those with pre-existing CHF have a 3.4-fold higher odds of mortality in AP. Additionally, (M)SAP is associated with three times higher odds of ECG repolarization changes compared to mild AP. These findings underscore the importance of routine cardiology screening in AP patients during hospitalization. Future research should focus on longitudinal studies to better understand the long-term cardiovascular complications following AP and to develop targeted interventions to reduce mortality and improve outcomes. Implementing early cardiac assessment and monitoring in AP patients, particularly those with pre-existing cardiac conditions, could significantly improve clinical management and reduce mortality rates.

#### 74. CARDIOVASCULAR COMORBIDITIES AND COMPLICATIONS IN ACUTE PANCREATITIS: ASSOCIATIONS WITH IN-HOSPITAL AND ONE-YEAR MORTALITY - A SINGLE-CENTER REGISTRY ANALYSIS

Lilik V.<sup>1,2</sup>, Marosi K.<sup>1</sup>, Obeidat M.<sup>1</sup>, Szentesi A.<sup>1,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,3,4,5</sup>, Nagy R.<sup>1,6,7</sup>

1. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 2. First Department of Internal Medicine, Szent György University Teaching Hospital of Fejér County, Székesfehérvár, Hungary; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Szeged, Hungary; 6. Heim Pál National Pediatric Institute, Budapest, Hungary; 7. on behalf of the Hungarian Pancreatic Study Group

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) is a common gastrointestinal disorder with significant morbidity and mortality in severe cases. Pre-existing comorbidities and newly developed complications, like heart failure may influence outcomes in AP patients.

**Aims:** This study aimed to evaluate the impact of pre-existing and newly developed cardiac conditions on in-hospital and post-discharge mortality in patients with acute pancreatitis.

**Methods:** A single-center registry analysis of the Hungarian Pancreatic Study Group Acute Pancreatitis Registry was conducted at Semmelweis University, Budapest, Hungary, involving 1,316 patients diagnosed with acute pancreatitis between 2021-2024. Data on pre-existing chronic heart failure (CHF), atrial fibrillation (AF), stroke history, and newly developed acute heart failure (AHF) were collected. Electrocardiogram (ECG) findings, including QTc prolongation, were also analyzed. In-hospital mortality and post-discharge mortality within one year were assessed. Odds ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) were calculated to quantify the strength of associations.

**Results:** Of the 1316 patients, 45% were female, the average age was 55.8 (range: 18-95) years, 8% had severe, 25% had moderate, and 65% had mild AP. Regarding cardiovascular background, pre-existing CHF and stroke history did not show a significant association with increased in-hospital mortality in AP (OR: 1.85, 95% CI: 0.63-5.44 and OR: 1.21, 95% CI: 0.36-4.02, respectively). Although AP patients with pre-existing AF had four-fold higher odds of in-hospital mortality (OR: 4.01, 95% CI: 1.92-8.34). Assessing in-hospital cardiovascular alterations, newly discovered AF was not significantly associated with increased in-hospital mortality (OR: 4.40, 95% CI: 0.97-20.02). Moreover, QTc prolongation on ECG was not significantly associated with in-hospital mortality (OR: 2.10, 95% CI: 0.61-7.25) or post-discharge mortality within one year after AP (OR: 1.65, 95% CI: 0.20-13.74). However, AP patients with newly developed AHF had a 25-times higher odds of in-hospital mortality (OR: 25.81, 95% CI: 12.13-54.98) and a 4-times higher odds for

post-discharge mortality within one year (OR: 4.93, 95% CI: 1.01-24.26).

**Conclusion:** Pre-existing AF and newly developed AHF are significantly associated with increased in-hospital mortality in patients AP, moreover, newly developed AHF is also associated with increased post-discharge mortality within one year. These findings highlight the importance of cardiac monitoring and management in AP patients to improve outcomes.

#### 75. ÁRAMLÁSI CITOMETRIA ALKALMAZÁSA A KERINGŐ TUMOR SEJTEK MEZENCHYMÁLIS ÉS EMBRIONÁLIS TULAJDONSÁGAINAK KARAKTERIZÁLÁSRA

Linkner Tamás 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. Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest; 2. Biológiai Fizika Tanszék, Eötvös Lóránd Tudományegyetem, Budapest

**Bevezetés:** A keringő tumor sejtek leszakadnak az elsődleges tumor szövetéről és a keringésbe lépve a test távoli területeit is elérhetik ahol metasztázisokat képezhetnek. A tumor sejtek áteshetnek epitheliális-mezenchymális átalakuláson (EMT) amely során elveszítik adhéziós tulajdonságukat és felvesznek egy mobil, mezenchymális fenotípust. A keringő tumorsejtek kimutatása nagy diagnosztikai potenciállal bír. Detektálásuk specifikus markereken alapul mint például a cytokeratin vagy vimentin melyek kulcsmolekulák az EMT-nek. További marker lehet a SOX9 ami fontos szerepet játszik az tumorsejt összejszerű tulajdonságainak kialakulásában és terápia rezisztencia potenciált hordoz.

**Célkitűzés:** Munkánk célja egy olyan módszer kifejlesztése és optimalizálása ami alkalmas keringő tumorsejtek vagy epitheliális-mezenchymális illetve embrionális átalakuláson áteső sejtek kimutatására perifériális vérből.

**Anyagok és Módszerek:** Mágneses sejtelválasztási módszert (autoMACS Pro, Miltenyi) alkalmaztunk a CD45 pozitív immunsejtek vérből történő kiszűrésére. Továbbá áramlási citometriát használtunk a fluoreszcens antitestekkel jelölt keringő tumor sejtek kimutatására. Kolorektális karcinómás betegek perifériális vérére elemeztük. Négy páciensnél grade II-es illetve grade III-as adenokarcinómát diagnosztizáltak. Az adatokat egészséges kontrollokhöz hasonlítottuk.

**Eredmények:** CD45 pozitív immunsejt depleciót követően 5CTC/100000 leszámolt sejtet azonosítottunk, mint cytokeratin pozitív entitás. Továbbá 50CTC/100000 Vimentin pozitív sejtet detektáltunk. Ezen kívül SOX9 pozitív sejtek (6CTC/100000) is kimutathatóak voltak a páciensek véréből. Ez az eredmény mezenchymális állapotú és összejszerű tulajdonságokkal rendelkező tumor sejtek jelenlétére utal a betegek vérében.

**Konklúzió:** Összefoglalásképpen elmondható, hogy a mágneses elválasztás egy alkalmas módszer keringő tumor sejtek feldúsítására teljes vérben. Továbbá az áramlási citometria egy rendkívül fontos technika a keringő tumor sejtek és embrionális átalakuláson átesett tumor összejségek kimutatására. Reményeink szerint ezen sejtek szortolásával megteremethetjük egy a daganatos betegek diagnosztikai vizsgálatára alkalmas módszer alapjait.

## 76. PROGRESSION-FREE AND OVERALL SURVIVAL DATA OF PATIENTS WITH BCLC A-B-C STAGES OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA - DATA FROM A NORTH-EAST HUNGARIAN CENTER

Lombay B.<sup>1</sup>, Molnár R.<sup>1</sup>, Petrovai Z.<sup>1</sup>, Szabó L.<sup>1</sup>, Oross E.<sup>2</sup>, Büdi L.<sup>2</sup>

1. 2nd Department of Internal Medicine and Gastroenterology, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary; 2. Center of Clinical Oncology and Radiotherapy, Borsod County Central Teaching Hospital, Miskolc, Hungary

**Introduction:** Hepatocellular carcinoma (HCC) is a common complication of liver cirrhosis, regardless of its origin (alcoholic, viral, autoimmune, or other). Male sex and type 2 diabetes are also known as HCC risk factors. HCC has a poor prognosis: at the same time, new immune checkpoint inhibitor drugs (ICI) combined with other therapies improved the survival data. Nevertheless, the stage of tumor-free hepatic tissue also can influence the survival chances; slight Hungarian data is available in this topic.

**Aims:** To evaluate the median progression-free and overall survival time for patients with HCC and to determine the most influencing factors of the expected survival period.

**Methods:** From 2016-2024, we retrospectively analyzed the data of 170 HCC patients (123 male/47 female). We registered the baseline demographic, anamnestic and laboratory (including diabetes) data and classified the patients according to BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) and Child-Pugh stages. We investigated the influence of baseline parameters and various therapeutic modalities, regarding clinically and/or radiologically progression-free (PFS) and overall (OS) survival times.

**Results:** HCC patients had a male predominance. The median of PFS and OS in patients who underwent surgical (curative) resection and/or had at least three months of oncological treatment been as follows (in months): BCLC-A: 12 (2-73) and 21 (4-84); BCLC-B: 5 (3-48) and 16 (4-54); BCLC-C 3,5 (2-22) and 4,5 (3-29). Factors that influenced the PFS and OS significantly: Child-A vs. Child B-C stages of liver disease at baseline (13.3 vs. 6.87,  $p<0.001$  and 20.37 vs. 11.31,  $p=0.002$ ); unifocal vs. multifocal HCC (16.09 vs. 6.96,  $p<0.001$  and 22.06 vs. 13.69,  $p=0.001$ ); surgical resection (21.15 vs. 7.70,  $p<0.001$  and 31.11 vs. 12.79,  $p<0.001$ ). Median OS was significantly longer in patients with HCV associated HCC (18.20 vs. 11.04,  $p<0.05$ ). Longer OS had a slight positive correlation with higher (!) age in stage A and higher albumin levels in stages A and C. Shorter OS was in slight correlation with higher AFP (alpha-fetoprotein) and INR levels in stage B. The available non-surgical treatment modalities (local trans arterial chemoembolization, systemic multikinase inhibitor or ICI and their combinations) did not result in significant differences, regarding PFS or OS times.

**Conclusion:** Both median PFS and OS times were much shorter than expected for each BCLC stage in our HCC patients. Early diagnosis and surgical resection in stage A, as well as the more personalized oncological treatment in stages B and C may result in better outcomes. Viral eradication in HCV caused HCC and optimal treatment for co-existing liver cirrhosis and/or liver failure by experienced gastroenterologists is also important.

## 77. METHYLENE BLUE AS A POTENTIAL NEW DRUG IN THE TREATMENT OF ALCOHOL INDUCED HEPATITIS

Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Horváth Z.<sup>1,2</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Molnár T.<sup>1,2</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Maléth J.<sup>1,2,3</sup>

1. University of Szeged, First Department of Medicine; 2. USZ-Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, Szeged, Hungary; 3. University of Szeged, Department of Public Health

**Introduction:** Alcoholic hepatitis (AH) is a severe and potentially fatal complication of alcoholic liver disease. Previous studies have shown that ethanol and fatty acids impair cystic fibrosis transmembrane conductance regulator (CFTR) function, contributing to disease progression. Additionally, we have demonstrated that ethanol and fatty acids disrupt the interaction between CFTR and plasma membrane  $\text{Ca}^{2+}$ -ATPase (PMCA), potentially worsening hepatic damage. Previously Berrocal et al. described that MB reverses the inhibitory effect of Tau on PMCA, suggesting that its beneficial effect is based on the preservation of endogenous  $\text{Ca}^{2+}$ -ATPase activity. Methylene blue is known for its antioxidant and mitochondrial protective properties, which can also influence intracellular  $\text{Ca}^{2+}$  regulation. Based on these findings, we hypothesize that potentiating PMCA with methylene blue (MB) could have a protective effect in AH.

**Aims:** This study investigates the effect of MB on AH severity and explores its underlying protective mechanisms in mouse liver organoid (MLO) cultures.

**Methods:** The effects of MB were assessed in MLOs using microfluorimetric measurements on an inverted fluorescence microscope. Polarized ion channel expression was analyzed via immunofluorescence (IF) labeling. Gene expression changes were evaluated using qPCR, while mitochondrial membrane potential was assessed with TMRM and JC-10 staining. Cytotoxicity was determined using the CellTiter-Glo® 3D assay.

**Results:** Fluorescent  $\text{Ca}^{2+}$  measurements revealed a significant potentiating effect of MB on PMCA activity following EtOH and PA exposure in MLOs. Mitochondrial membrane potential measurements confirmed MB's protective role in maintaining mitochondrial function. Gene expression analysis showed no significant changes in CFTR, PMCA4, or ORAI1 expression between EtOH-PA and MB-treated groups. IF staining of PMCA4 demonstrated a more defined apical localization in EtOH-PA + MB-treated groups.

**Conclusion:** Our findings highlight MB's potential as a protective agent in AH by enhancing PMCA activity, preserving mitochondrial function, and promoting PMCA4's apical localization. While no significant changes were observed in CFTR, PMCA4, or ORAI1 gene expression, our analyses suggest that MB may mitigate hepatic damage. These results support MB as a promising therapeutic candidate for alcohol-induced liver injury.

## 78. COMPARISON OF THE EFFICACY OF DIFFERENT ARTIFICIAL INTELLIGENCE BASED POLYP DETECTION SYSTEMS ON THE PDR DURING SCREENING COLONOSCOPY, A PROSPECTIVE, RANDOMIZED, CONTROLLED STUDY

Madácsy L.<sup>1</sup>, Finta Á.<sup>1</sup>, Szalai M.<sup>1</sup>, Göbl J.<sup>1</sup>

1. Endokapszula Magánorvosi Centrum, Székesfehérvár

**Introduction:** Detection and removal of all polyps is essential in colonoscopies to prevent colorectal cancer formation. Different type of artificial intelligence (AI)-based polyp detection systems (CADE) were proved to be effective in several prospective randomized trials to improve polyp detection rate (PDR), but data about direct prospective comparison of their individual efficacy is still limited.

**Aims and methods:** In the present study we aimed to compare the effectiveness of different types of CADE

systems in the detection of polyps during colonoscopies. Two hundred outpatients referred for screening colonoscopy were consecutively enrolled to the present study, and randomised to three different type of CAde augmented colonoscopy or a control group without any AI support. We applied three different types of AI based CAde systems, the Fujifilm integrated CAD module, the EndoAngel and the MagetiQ Eye Colo company independent CAde systems. All of these CAde systems has got a CE clearamce for routine colonoscopic applications.

**Results:** There were 50 patients in each group, without significant demographic differences. When we compared the PDR in the three applied CAde system augmented coponoscopy groups no significant differences were detected, (29.5% vs. 30.2% vs 32.6%), respectively! However, all systems depicted significantly higher PDR as compared to control group without AI support (24.1%),  $p=0.03$ . The mean number of polyps were also higher in CAde augmented groups:  $0.46\pm0.89$  (mean $\pm$ SD) vs. controls  $0.38\pm0.80$ ,  $p=0.04$ . No significant differences were depicted between the groups as we compared the colonoscope withdrawal times: with or without CAde  $620.3\pm216.4$  sec. vs.  $590.9\pm206.1$  sec.

**Conclusion:** Real-time CAde assisted colonoscopy proved to be an effective tool during the everyday clinical practice to improve the detection of colonic polyps. New company indepemdent CAde systems has a similar advantage to improve PDR compared to standard colonoscopy without AI support.

## 79. A COLORECTALIS ENDOSZKÓPOS POST-POLYPECTOMIÁS ÉS POST-NEOPLASTICUS KÖVETÉSRŐL SZÓLÓ IRÁNYELVEK BETARTÁSÁNAK VIZSGÁLATA

Magyar D.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>2</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>, Rutka M.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>3</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológia Centrum; 2. SZTE SZAKK Patológia Intézet; 3. SZTE Sebészet

**Introduction:**A colorectalis polypok, valamint malignitást mutató elváltozások reszekcióját követően az irányelvek pontos utasítást nyújtanak az endoszkópos surveillance megfelelő időzítéséről, amely hozzájárulhat az endoszkópos laboratóriumok terhelésének, valamint a metachron és synchron daganatok előfordulásának csökkentéséhez.

**Aims:**A centrumunkban végzett kolonoszkópos post-polypectomiás (PPS), és post-neoplasticus (PNS) surveillance szabályosságának vizsgálata.

**Methods:**Obszervációs egycentrumos vizsgálatunkban retrospektív módon értékeltük az ESGE és az NCCN aktuális irányelvei alapján a Szegedi Tudományegyetem Gasztroenterológiai Centrumában 3 hónapos periódus alatt PPS és PNS indikációval végzett kolonoszkópos beavatkozások időzítését. Az értékeléshez leíró statisztikát alkalmaztunk.

**Results:**A 46 PPS kolonoszkópián átesett betegnél átlagosan  $37,85\pm41,00$  hónapos követési periódust vizsgáltunk. Ahol az adatok rendelkezésre álltak, a surveillance három lépcsőjét nyomon követtük, így összesen 104 kolonoszkópiát vizsgáltunk, melyek közül 51 esetben (49,04%) adott írásos utasítást az orvos a követésről, amely mindössze 20 esetben (39,22%) felelt meg a guideline-nak. A polypectomiás utánpótlás időzítését 58 esetenél tudtuk vizsgálni, 21 ezek közül (36,21%) az irányelvek szerint történt, nem-követendő polypok észlelésekor (N=12) minden esetben történt ismételt endoszkópia, átlagosan

$43,86\pm28,77$  hónap elteltével. A 20 mm-t meghaladó méretű polypok piece meal mucosectomiáját követően a 18-ból 11 esetben (61,11%) történt megfelelő időben a 3-6 hónapon belüli korai ismételt kolonoszkópia, a 12 hónapos első surveillance közel hasonló arányban (57,14%) zajlott. Colorectalis carcinoma sebészeti, endoszkópos, illetve onkológiai kezelését követően 36 betegnek történt a megadott periódusban PNS kolonoszkópia, a 86 vizsgált endoszkópia időzítése 27 esetben (31,40%) felelt meg a követelményeknek.

**Conclusion:**Kutatásunk rávilágít a kolonoszkópos post-polypectomiás és post-neoplasticus követési gyakorlat hibáira. A daganat surveillance és az endoszkópos terhelés optimalizálása érdekében az irányelvekhez való adherencia növelése elengedhetetlen.

## 80. A SZÉKLETVÉR ÉS A SZŰRŐ KOLONOSZKÓPIA EREDMÉNY KÖZÖTTI KORRELÁCIÓ VIZSGÁLATA – KÉTCENTRUMOS TANULMÁNY

Magyar D.<sup>1</sup>, Fábíán A.<sup>1</sup>, Szántó F.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Bősze Z.<sup>1</sup>, Vasas B.<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>, Rutka M.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAKK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum; 2. SZTE SZAKK Patológia Intézet

**Introduction:**Magyarországon a tünetmentes 50-70 éves populáció körében 2019-ben kezdődött a kolorektális szűrőprogram, amelynek célja a premalignus léziók korai detektálása, és kezelése. A kétlépcsős szűrés első lépése a fekális immunkémiai teszt (FIT), amelynek nem-negatív eredménye esetén javasolt a szűrő kolonoszkópia elvégzése.

**Aims:**A FIT és a szűrő kolonoszkópos vizsgálat eredménye közti korreláció vizsgálata, valamint a FIT cut-off érték optimalizálása.

**Methods:**Obszervációs kohorszvizsgálatunkba 2019-2022 között, két endoszkópos központban (Szegedi Tudományegyetem és Bács-Kiskun Vármegyei Oktatókórház) szűrő kolonoszkópián átesett (jelenlegi FIT cut-off érték 17,00 µg/g) betegeket vontunk be. A FIT értékeket (SENTIFIT® mérési tartomány: 4,30 µg/g – 170 µg/g) és a szűrő kolonoszkópiák eredményét a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ által működtetett Országos Szűrési Regiszter kommunikációs moduljának adatbázisából nyertük ki, kiegészítő adatgyűjtésre a helyi kórházi informatikai rendszerek keresztlátását. A FIT értékek (maximum és átlagos FIT érték) és a szűrő kolonoszkópiák eredménye közti korrelációt ROC analízissel vizsgáltuk.

**Results:**A vizsgálati periódus alatt 771 szűrősen átesett egyén adatait dolgoztuk fel. A FIT teszt és az endoszkópia között átlagosan  $1,91\pm1,53$  hónap telt el. A kolonoszkópia 137 esetben (17,8%) negatív eredményű volt; 190 esetben (24,6%) csupán nem-neoplasztikus léziókat detektáltak. Premalignus eltérés az esetek 54,1%-ában (N=421) igazolódott, ebből 174 esetben advanced adenoma (22,6%) és 23 esetben kolorektális karcinóma (3,0%). A maximális és az átlagos FIT érték átlagértéke  $79,85\pm56,63$  µg/g, illetve  $54,23\pm44,08$  µg/g volt. ROC analízis alapján a görbe alatti terület (AUC) viszonylag alacsony volt a neoplasztikus léziók (premaligus és malignus léziók), valamint a maximális FIT érték (AUC=0,567), illetve az átlagos FIT érték (AUC=0,580) közti korreláció felmérésekor. Az advanced neoplasiák (advanced adenoma és karcinóma) és a maximális FIT érték (AUC=0,600) közti korreláció vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy a jelenlegi cut-off érték 20,00 µg/g-ra, 30,00 µg/g-ra, illetve 40,00 µg/g-re emelése esetén a szenzitivitás és specificitás 92,0% és 9,0%, 78,1% és 30,0%,

illetve 70,2% és 40,5%-ra változna, a szűrő kolonoszkópiák száma pedig 7,3%-kal, 27,9%-kal, illetve 38,0%-kal csökkenne. A karcinóma jelenlétének azonosítására alkalmas optimális cut-off érték a maximális FIT esetén 129,70 µg/g (AUC=0,766), az átlagos FIT esetén 91,09 µg/g (AUC=0,812) lenne.

**Conclusion:** Bár a FIT alkalmazásával hatékonyan növelhető a szűrő kolonoszkópiához való adherencia, önmagában nem képes differenciálni a premalignus lézióval rendelkező és nem-rendelkező egyéneket. A cut-off érték növelésével a specificitás növelhető, és a felesleges kolonoszkópiák száma csökkenthető lehet, ez ugyanakkor a szenzitivitás csökkenését vonhatja maga után. Mindazonáltal egy másodlagos, magasabb cut-off érték meghatározása előnyös lehet a magas malignitási rizikóval rendelkező populáció azonosítására. Ezen magas rizikójú betegek szemiurgens kolonoszkópos vizsgálatra kerülésével a betegségprogresszió esélye csökkenthető lehet.

## 81. RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE ETHIOLOGY OF ABDOMINAL BLOATING AND DISTENSION. EXOCRINE PANCREAS INSUFFICIENCY WITHOUT DIARRHEA IS AN UNDERDIAGNOSED CAUSE

Márczisz F.<sup>1</sup>, Czimmer J.<sup>1</sup>

1. 1st Department of Internal Medicine, Clinical Centre, University of Pécs

**Introduction:** Chronic abdominal bloating and distension affect 16-31% of the population and incur significant healthcare costs and decrease quality of life (QOL). There are no reliable statistical data about exact causes and prevalence. One possible cause is exocrine pancreas insufficiency (EPI) which is typically investigated in patients with diarrhea, it increases general morbidity, decreases QOL and life expectancy. EPI is underdiagnosed based on the AGA 2023 review.

**Aims:** To analyze possible ethiological causes of chronic abdominal bloating and distension.

**Methods:** Documentation of patients with abdominal bloating and distension at a gastroenterology outpatient clinic was analyzed to evaluate possible ethiological causes of symptoms following an extended protocol compared to AGA (2023) suggested approach. Exclusion criteria were malignant diseases and inflammatory bowel diseases.

**Results:** Retrospective analysis of 101 patients with chronic abdominal bloating and distension (age mean  $\pm$  SD: 52  $\pm$  17 years, females 83%, males 17%) was performed. Among other minor causes chronic gastritis was diagnosed in 56,44% (n=57), exocrine pancreas insufficiency in 39,60% (n=40), lactose intolerance in 11,88% (n=13), postprandial distress syndrome in 12,87% (n=13), irritable bowel disease in 10,89% (n=11), food allergy is 5,94% (n=6), celiac sprue in 1,98 (n=2). In 75,25% of the patients (n=76) more than one possible causes for bloating or distension were detected.

**Conclusion:** Abdominal bloating and distension is caused by heterogeneous etiologies and are multifactorial in many cases, making successful diagnostics difficult. Our findings showed a significant ratio of exocrine pancreatic insufficiency among patients with bloating and distension without diarrhea. Our data suggest the need for a more efficient, cost-effective diagnostic protocol.

## 82. HUNGARIAN SINGLE CENTER DATA ANALYSIS OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS-RELATED SPLANCHNIC VENOUS THROMBOSIS

Mariyappan D.<sup>1,2</sup>, Mir W.<sup>1,2</sup>, Kaushik T.<sup>1,2</sup>, Khan S.<sup>1,2</sup>, Banfalvi Z.<sup>1,2</sup>, Lee J.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>

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

**Introduction:** Acute Pancreatitis (AP) is a common gastrointestinal disease with an incidence of 34 per 100,000 and mortality of up to 30% in its severe form. Frequently, AP is complicated locally and systemically. Splanchnic Venous Thrombosis (SVT) is a well-known local vascular complication of AP involving the portal vein (PV), the splenic vein (SV), and the superior mesenteric vein (SMV) in combination or alone.

**Aims:** The aim is to study and analyze pancreatitis-related SVT patients' epidemiological data and characteristics at the Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University.

**Methods:** From the Institute of Pancreatic Diseases, out of a total of 1141 patients hospitalized with AP between 1st January 2022 and 21st February 2024, we found 45 patients' data with pancreatitis-related thrombosis using the international code for diseases. We extracted the individual data of 45 patients from E-Med Solution and EESZT and further analyzed it. 19 patients were excluded based on inclusion and exclusion criteria.

**Results:** From the total of 1,141 patients, 26 were with pancreatitis-related SVT. Among these, 19 (73%) were male and 7 (27%) were female. Regarding the severity, 19 patients experienced moderate acute pancreatitis (AP), while 7 had severe AP. The most common etiologies were alcohol consumption (41%), biliary (14%), and hypertriglyceridemia (14%). The average age of the patient population was 48.3 years (SD 13.5), with male patients averaging 44.7 years (SD 10.2) and female patients averaging 58 years (SD 16.2). The average length of hospitalization was 14.5 days (SD 10.4). The average BMI of the patient population was 28.4 kg/m<sup>2</sup> (SD 4.8). Of 7 severe AP patients, 6 were males with alcoholic etiology, an average BMI of 28.9 kg/m<sup>2</sup> (SD 3.2) and higher on admission mean Procalcitonin of 1.1 ng/mL (SD 1.23) (Vs 0.81 ng/mL (SD 2.08)).

The splenic vein (SpV) was the most affected vessel, involved in 11 patients (42%), followed by superior mesenteric vein (SMV) in 3 patients (11%) and portal vein (PV) in 2 patients (7%) and 10 patients (38%) with two or more vessels involved of SpV, SMV, and PV. Of the 26 patients, 17 (65%) showed recanalization after receiving LMWH (57%) and DOAC (68%) therapy after discharge. The splenic vein recanalized the highest (68%) among the vessels.

**Conclusion:** In our analysis, Splenic Vein was the most involved vessel among the splanchnic veins and also the vessel with highest recanalization after anticoagulant therapy. Our data clearly anticoagulant therapy has a better outcome in patients with acute pancreatitis related SVT. Therefore, dynamic changes of SVT should be closely monitored, and antithrombotic therapy should be rapidly initiated to prevent the further extension of thrombosis and subsequent complications. Unfortunately, major guidelines on the management of AP are silent on this aspect.

## 83. GROOVE PANCREATITIS-ESETTANULMÁNY

Mester G.<sup>1</sup>, Cserepes B.<sup>2</sup>, Ligeti E.<sup>3</sup>, Lakatos L.<sup>1</sup>, Sándor G.<sup>4</sup>, Berki C.<sup>4</sup>

1. Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház Belgyógyászati Centrum; 2. Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház Képző és Tanulmányi Centrum; 3. Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház Patológiai Osztály; 4. Veszprém Vármegyei Csolnoky Ferenc Kórház Sebészeti Centrum

**Bevezetés:** A groove pancreatitis a krónikus pancreatitis ritka formája, mely a pancreasfej és a duodenum közötti paraduodenalis szöveteket érinti, cysticus elváltozásokat okoz az érintett szövetekben, így a duodenum falában is, mely sokszor megvastagodott. A betegség szegmentális formájában a gyulladás a pancreasfejet is érinti. Etiológiai tényező lehet pancreas szövet jelenléte a duodenum falában, Brunner mirigy hyperplasia, rendszeres alkohol fogyasztás, dohányzás és egyéb okok is, melyek végül pancreasnedv szivárgáshoz vezetnek a pancreaticoduodenalis groove-ba, ott gyulladást és fibrosist okozva. Jellemző klinikai tünetek: felhasi fájdalom (79%), fogyás (47%), hányinger/hányás (36%), akut pancreatitis epizódok (31%). A leginkább specifikus képalkotó diagnosztikai jel a duodeno-pancreaticus területen vagy a duodenum falában észlelt cysticus elváltozás (70-77%), de a kórkép elkülönítése a pancreasfej carcinomától nehéz. A betegség konzervatív és endoszkópos kezelése általában kevésbé sikeres, de sebészi resectio után az esetek 70%-ában teljes, 22% -ban részleges gyógyulás várható.

**Esetismertetés:** A szerzők 53 éves férfi betegük kórtörténetét ismertetik, akinek az anamnézisében, dohányzás, rendszeres alkohol fogyasztás szerepel. Eleinte enyhe felhasi fájdalmak voltak, mérsékelt fogyással, akkor duodenitis merült fel enyhe stenosisal, PPI adására állapota átmenetileg javult. Egy évvel később erős felhasi fájdalmak, 12 %-os testtömegvesztés, időszakos hányinger/hányás miatt vizsgáltuk. Gasztroszkópia duodenitist és stenosiszt véleményezett a duodenum felső szarván gyomor ürülési zavarral. CT vizsgálat pancreasfeji malignus térfoglalás gyanúját vette fel. Tumor markerek normális tartományban voltak. A súlyos panaszok, tünetek illetve malignitás gyanúja miatt műtéti kezelés mellett döntöttünk. Whipple műtétet végeztünk, a pylorus beszűrsége miatt az antrum szintjében resecáltuk a gyomrot. A specimen szövettani vizsgálata krónikus gyulladás és fibrosis jeleit mutatta a pancreas és a groove területén. A groove-ban és a duodenum falában is besűrűsödött váladékkal telt cystosus képlet látható.

**Eredmény:** A beteg egy évvel a műtét után tünet- és panaszmentes, teljes értékű fizikai munkát végez.

**Konklúzió:** A groove pancreatitis a krónikus pancreatitis ritka formája, melyre a pancreasfej tumor differenciál diagnosztikája során gondolnunk kell, a CT vizsgálat specifikus jelei segíthetnek. Műtéti resectiotól tünet- és panaszmentesség várható.

#### 84. OTTHONI PARENTERÁLIS TÁPLÁLÁS ALKALMAZÁSA MALIGNUS BETEGSÉG OKOZTA BÉLELÉGTENLÉSGEBEN – ÚJ INDIKÁCIÓ A PALLIATÍV ELLÁTÁSBAN?

Mohácsi G.<sup>1</sup>, Zsilák-Urbán M.<sup>1</sup>, Lada S.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Tajti M.<sup>1</sup>, Czákó B.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum, Szeged, Magyarország

**Introduction:** A bélelégtelesség olyan állapot, amely során a bél csökkent felszívóképessége miatt az enterális táplálás nem biztosít elegendő tápanyagot. Onkológiai betegek esetében a daganat progressziója, sebészeti beavatkozások és kemoterápia következtében alakulhat ki olyan állapot, amely enterális úton nem teszi lehetővé az adekvát tápanyagbevitelt. Ez rövidíti a túlélést, rontja az életminőséget és az onkológiai kezelés hatékonyságát. Az otthoni parenterális táplálás (OPT) fontos terápiás lehetőség az ilyen betegek számára, de korlátozott adatok állnak

rendelkezésre kivitelezhetőségéről, hatékonyságáról és a túlélésre gyakorolt hatásáról.

**Aims:** Vizsgálatunk célja a malignus bélelégtelességben szenvedő betegek OPT-kezelésének hatékonyságának és a túlélésre gyakorolt hatásának értékelése, különös tekintettel a tápláltsági állapot változásaira és a szövődmények előfordulására.

**Methods:** Retrospektív obszervációs vizsgálatot végeztünk 17, malignus bélelégtelességben szenvedő beteg bevonásával (2015–2025). Az OPT hatékonyságát antropometriai paraméterek (testtömeg, BMI, vázizomtömeg), biokémiai markerek (albuminszint, limfocitaszám, CRP) és tápláltsági mutatók (NRI=Nutritional Risk Index, GNRI=Geriatric Nutritional Risk Index, PNI=Prognostic Nutritional Index) segítségével elemeztük. A túlélést Kaplan-Meier analízissel és Cox-regresszióval vizsgáltuk.

**Results:** A betegek átlagéletkora  $59,1 \pm 11,9$  év volt, 82,3%-uk nő volt. Az OPT indikációja az esetek 29,4%-ban ( $n=5$ ) 1-es típusú rövidbél-szindróma, 11,8%-ban ( $n=2$ ) 2-es típusú rövidbél-szindróma, míg 58,8%-ban ( $n=10$ ) tumor okozta mechanikus bélobstrukció volt. A GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) kritériumok alapján a betegek 64,7%-a alultáplált volt. A medián túlélés 9 hónap volt. Az OPT során az átlagos testtömeg, a BMI, a vázizomtömeg és az ECW arány nem változott szignifikánsan. A Cox-regresszió nem mutatott szignifikáns összefüggést az NRI, GNRI és PNI értékek és a túlélés között. Azonban a magasabb Glasgow Prognostic Score (GPS) érték rosszabb prognózissal társult. Szövődmények összesen négy alkalommal jelentkeztek: egy esetben a port nem vezetett, egy alkalommal bőrelhalás következett be, míg két esetben kanül fertőzés lépett fel.

**Conclusion:** Az OPT hatékony és megfelelő oktatás során alacsony kockázatú módszer a bélelégtelességben szenvedő onkológiai betegek tápláltsági állapotának fenntartására. Bár a túlélés prediktív faktorai nem bizonyultak szignifikánsnak, a betegspecifikus táplálási stratégiák kidolgozása kulcsfontosságú. További prospektív vizsgálatok szükségesek az OPT hosszú távú hatásainak értékelésére.

#### 85. EXPLORING THE THERAPEUTIC POTENTIAL OF PAI-1 INHIBITION IN CHRONIC PANCREATITIS-ASSOCIATED FIBROSIS

Molnár T.<sup>1,2,3</sup>, Bátorfi V.<sup>1,2,3</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,3</sup>, Csákány-Papp N.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>4</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; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary,

**Introduction:** Chronic pancreatitis (CP) is a complex inflammatory disorder characterized by progressive destruction of the pancreas, 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 CP is not yet fully understood.

**Aims:** We therefore 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 to prevent the progression of CP.

**Methods:** The PAI-1 expression was determined in human pancreatic tissue samples with immunohistochemistry, and human blood serum with ELISA. CP was induced in FVB/N mice with 8X50 µg/kgbw i.p. cerulein injection, given every hour, every 3 days for a total of 5 times. PAI-1 activity was inhibited with a specific inhibitor, which was administered per os at a dose of 10 mg/kgbw for 6 consecutive days after the 3rd cerulein treatment. Inflammation and fibrosis were assessed using hematoxylin-eosin and Crossman's trichrome staining, while biochemical assays measured amylase activity and hydroxyproline concentration. SERPINE1 gene expression was quantified using RT-qPCR, and PAI-1 protein levels and localization were assessed via immunohistochemistry and immunofluorescence co-staining. In vitro, fibroblast cells from CP mice were treated with a 10 µM PAI-1 inhibitor.

**Results:** PAI-1 expression was significantly higher in pancreatic tissue and blood samples obtained from CP patients. In CP-induced mice, the body weight and the pancreatic weight/body weight ratio significantly reduced, while histopathology showed significant pancreatic atrophy and fibrosis. This was also confirmed by the increased hydroxyproline concentration and decreased amylase activity of the pancreatic tissue. SERPINE1 gene expression was upregulated in pancreatic tissue and fibroblast cultures in the CP group, while PAI-1 protein levels were elevated in pancreatic tissue. The elevated PAI-1 signal localization and the high overlap with vimentin suggests a possible expression role for activated pancreatic stellate cells (PSC). Administration of a PAI-1 inhibitor reduced body weight and pancreatic weight loss rates, along with significant decreases in pancreatic atrophy, fibrosis, hydroxyproline concentrations, and SERPINE1 gene expression compared to the CP group. In vitro, PAI-1 inhibition reduced cell migration rate and SERPINE1 expression in PSC derived from CP mice.

**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.

## 86. KIKUCHI – FUJIMOTO BETEGSÉG A GASZTROENTEROLÓGIAI OSZTÁLYON, MINT HAEMATEMESIS KIVÁLTÓ OKA

Németh B.<sup>1</sup>, Almási K.<sup>2</sup>, Pécsi G.<sup>1</sup>

1. Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, I. Belgyógyászati - Gasztroenterológia Osztály; 2. Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Patológiai Osztály

A Kikuchi – Fujimoto kór, másnéven hisztiocytás nekrotizáló lymphadenitis egy extrém ritka auto-limitált kórkép. Szakirodalom alapján eddigi ismert esetek száma 300-400 közé tehető.

Egy 56 éves férfi beteg intézményközi átvételt követően került Osztályunkra ismeretlen eredetű lázas állapot, rapid általános állapotromlás mellett észlelt masszív haematemesis további kivizsgálása céljából. Anamnézisében kiemelendő psoriasis, rheumatoid arthritis és tüdőérintettséggel járó nem differenciált autoimmun szindróma.

Vérzésforrásként a nyelőcső középső harmadában egy atipusos fekélyt észleltünk. Fizikálisan érkezésekor

jelentősen megnagyobbodott, főleg jobb oldali nyaki nyirokcsomókat észleltünk, CT vizsgálat nyaki, mediastinalis, paraaorticus lymphadenomegaliát írt le, a kép alapján felmerült lymphoproliferatív kórkép. Konzervatív kezelés mellett a vérzés megszűnt.

A klinikai képet elhúzódó lázas állapot és gravis tudatzavar uralta. Nyirokcsomó biopszia malignus lymphomát nem igazolt, a szövettani vizsgálat Kikuchi-Fujimoto betegséget konfirmált.

A szerzők a szakirodalomban haematemesist eredményező manifesztációt közlő esetet nem találtak.

Esetismertetésünk során a fenti beteg 2 hónapon tartó aktív kivizsgálásában és eredményes ellátásában az autolimitált betegség súlyos, életet veszélyeztető nem szokványos manifesztációját tárjuk fel.

## 87. AZ ÉSZAK -PESTI CENTRUMKÓRHÁZ GASZTROENTEROLÓGIAI OSZTÁLYÁN OPT PROGRAMBAN GONDOZOTT BETEGEINK

Németh N.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Varga A.<sup>1</sup>, Bakucz T.<sup>1</sup>, András P.<sup>1</sup>, Pálkás D.<sup>1</sup>, Virág A.<sup>1</sup>, Zsigmond K.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Schäfer E.<sup>1</sup>, Gyókeres T.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház-Honvédkórház, Gasztroenterológia Osztály

**Bevezetés:** Az otthoni parenterális táplálási (OPT) program csak válogatott beteganyag számára szükséges, ugyanakkor az OPT programba kerülő betegek mind súlyos alapbetegséggel és hasi műtétek után kerülnek bevonásra.

**Célok:** Vizsgálatunk célja összegyűjteni a 2013 óta minden általunk gondozott OPT beteg adatait és az adatokat ismeretében jobb betegellátást biztosítani a számukra.

**Eredmények:** 2013 óta összesen 45 beteget kezeltünk az OPT programban. A bevont betegek 46,7%-a nő, 53,3%-a férfi volt. A páciensek átlag életkora jelenleg 47,6 év, az OPT programba kerüléskor pedig az átlagéletkor 45,8 év volt. A 45 vizsgált betegből 10-en (22,2%) jelenleg is részt vesznek a programban, 16-an elhunytak, 16 betegnél véget ért a program (elsősorban sikeres sztomazáró műtétet követően), míg 3 esetben más intézményben folytatták kezelésüket.

A bevont betegekből 28-an IBD (Crohn-betegség (CD), Colitis ulcerosa (CU)) talaján szükségessé vált műtétek miatt váltak rövidbél-szindrómássá. 4 esetben vascularis eredet (arteria mesenterica superior elzáródás) okozott következményes rövidbél szindrómát. Egy esetben a colon sigmoideum diverticulosis szövődményes operációja állt a háttérben. A többi 10 esetben daganatos betegség okozta műtétek miatt vált szükségessé az OPT kezelés, amelyhez számos törvény által előírt kritériumnak kell megfelelni. A további 2 esetben ritka betegségek, mint a neurofibromatosis és a mitochondrialis neurogastrointestinal encaphalomyopathia (MNGIE) álltak a háttérben. A részvevő páciensek átlagosan 929,3 napig vettek részt az OPT programban. Részvevőink közül 24 esetben port beültetés, 20 esetben Picc-line implantáció, míg 1 esetben port és Picc-line kanül behelyezése is történt.

**Következtetések:** Az OPT program mind átmeneti, mind hosszútávú kezelési lehetőséget nyújt a rövidbél-szindrómában szenvedő betegek számára. A jól szervezett multidiszciplináris teamnek köszönhetően a betegek életminősége jelentősen javítható.

## 88. THE EVALUATION OF GASTRO-ESOPHAGEAL REFLUX RELATED SYMPTOMS (GER-RS) IN SOUTH-EAST HUNGARIAN PATIENTS WITH PSYCHIATRIC DISORDERS (PD)

Ollé G.<sup>1</sup>, Helle K.<sup>1</sup>, Bálint L.<sup>2</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Incze O.<sup>1</sup>, Czikk T.<sup>1</sup>, Tóthné Vadász K.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>

1. <sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum; 2. <sup>2</sup>Szegedi Regionális Vértellátó Központ

**Introduction:** It had been shown that GER-RS are significantly less prevalent in Hungarian blood donors, than expected on the basis of the epidemiological studies of western countries. PD such as anxiety and depression had been reported earlier to increase the prevalence of functional gastrointestinal disorders such as irritable bowel syndrome, however, much less data is available on GER-RS, especially in Hungarian subjects.

**Aims:** Therefore, the aim of our study was to collect data about the prevalence of typical and atypical GER-RS among South-East Hungarian patients with PD. Furthermore, we aimed to compare these data to the results obtained in blood donor volunteers

**Methods:** Six hundred and ninety-five patients with different PD were enrolled and compared to a control group of 2002 blood donor volunteers. All subjects were asked to complete a standardized questionnaire about their typical and atypical GER-RS. Since most epidemiologic studies of gastro-esophageal reflux disease consider the symptom frequency of more than 1/week as clinically significant, we evaluated this subgroup as well.

**Results:** Patients with PD included 136 subjects with depression, 69 with anxiety, 408 with both and 82 with none of these disorders. Compared to the controls, GER-RS were significantly more prevalent in patients with PD and this was even more pronounced in the subgroup with clinically significant symptom frequency. The evaluation of the individual symptoms, either typical [heartburn: 38.0 vs. 22.4% (total) and 22.6 vs. 6.0% (>1/week), acid regurgitation: 37.8 vs. 16.6% (total) and 20.6 vs. 3.1% (>1/week)] or atypical (dysphagia, globus, chest pain, cough, dyspnoea) symptoms showed similar prevalence patterns. Among PD, anxiety were associated least with GER-RS. Patients with PD had similar demographic parameters such as male-female ratio, age, body mass index, however they were older and had female predominance compared to the controls (M/F 159/536 vs. 1156/846, mean age: 62 (24-95) years vs. 39 (17-66) years).

**Conclusion:** The prevalence of reflux related typical and atypical symptoms in patients with psychiatric disorders are significantly higher, than in healthy blood donor subjects. Among different psychiatric disorders anxiety seems to be least associated with such symptoms. Further analysis should be carried out in age and sex matched groups, to get more accurate results on the association of GER-RS and PD.

## 89. ATB-346 AMELIORATES 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>, Salamah O.<sup>1</sup>, Rakonczay Jr. Z.<sup>1</sup>, Kiss L.<sup>1</sup>

1. Department of Pathophysiology, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP), an acute inflammatory disorder of the exocrine pancreas, is a potentially life-threatening disease with no specific treatment. Slow-releasing hydrogen sulfide (H<sub>2</sub>S) donor organosulfur compounds administered exogenously typically exert anti-

inflammatory effects. ATB-346, an organosulfur and a derivative of naproxen, combines traditional NSAIDs with a H<sub>2</sub>S-donor chemical moiety, 4-hydroxy-thiobenzamide (TBZ).

**Aims:** To investigate the *in vivo* and *in vitro* effects of ATB-346, naproxen and TBZ administration in experimental AP.

**Methods:** AP was induced in FVB/n mice either by hourly i.p. injections of 10×50 µg/kg cerulein, or 2 × 1.35 g/kg ethanol (EtOH) and 2 × 150 mg/kg palmitoleic acid (POA). ATB-346 (2×20, 2×40, 2×80 µmol/kg), naproxen (2×80 µmol/kg) and TBZ (2×80 µmol/kg) treatments were administered *per os*. Control animals received vehicle. The severity of AP was determined by evaluating pancreatic histological scoring, pancreatic water content, myeloperoxidase and serum amylase activity. The expression of genes involved in oxidative stress defense, endoplasmic reticulum (ER) stress and ferroptosis were determined by qPCR. Mouse primary pancreatic acinar cells were isolated with collagenase digestion and used for *in vitro* assays (calcein-AM and propidium iodide – PI) to determine cellular viability. Intracellular concentrations of reactive oxygen species (ROS) were determined by microfluorimetry.

**Results:** ATB-346 dose-dependently decreased the histological and laboratory markers of inflammation in both AP models, but naproxen and TBZ did not affect the severity of the disease. ATB-346 increased the expression of ER stress regulating (*chop*, *atf4*) and antioxidant (*sod-2*, *cat*, *ho-1*, *txnrd1*) genes. ATB-346 showed no adverse effects on isolated primary acinar cells as measured by calcein-AM and PI assays. Ferroptosis- (erastin and 1S,3R-RSL 3), apoptosis- (staurosporine), necroptosis- (CCT137690), oxidative stress- (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, menadione), and AP-inducing (caerulein, chenodeoxycholate, L-arginine-HCl, EtOH-POA) agents reduced the cellular metabolic activity (calcein-AM assay) and caused acinar cell necrosis (PI assay). However, treatment with ATB-346 significantly decreased the toxic effects of the above-mentioned substances. ATB-346 reduced ROS levels when isolated acinar cells were treated with menadione, ferroptosis- and AP-inducing agents.

**Conclusion:** ATB-346 significantly alleviated the severity of AP *in vivo*, decreased oxidative stress and protected pancreatic acinar cells against toxic agents. Our results suggest that this molecule has anti-inflammatory and cytoprotective effects and is worth further investigation.

**Acknowledgements:** This study was supported by EFOP, GINOP, NKFIH and EKÖP.

## 90. ANTICOAGULATION MANAGEMENT AFTER GASTROINTESTINAL BLEEDING: A COHORT STUDY OF 236 PATIENTS

Pálinkás D.<sup>1,2</sup>, Teutsch B.<sup>2,3</sup>, Vörhendi N.<sup>3</sup>, Simon O.<sup>3,4</sup>, Boros E.<sup>3,5</sup>, Frim L.<sup>3</sup>, Hegyi P.<sup>2,6</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>2,6</sup>

1. Department of Gastroenterology, Central Hospital of Northern Pest – Military Hospital, Budapest, Hungary; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 3. Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. First Department of Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 5. Fejér County Szent György University Teaching Hospital, Székesfehérvár, Hungary; 6. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary

**Background:** Restarting anticoagulation (AC) therapy following acute gastrointestinal bleeding (GIB) is a multidisciplinary, personalized decision. Current guidelines recommend resuming AC, though data on the optimal timing

is limited. We aim to assess the short-term effect of AC therapy resumption after acute GIB and their relationship with the timing of AC restart.

**Methods:** Participants enrolled in the Hungarian GIB Registry between 2019 and 2022 were analyzed. Patients were included after successful management of AC-related GIB. Detailed demographic and anamnestic parameters, index bleeding characteristics, and management data were collected. We formed multiple groups based on the resumption date of AC therapy (restarted within 7 days /Group 7/, 5 days /Group 5/ or 3 days /Group 3/). To adjust for confounders, we performed subclassification propensity score matching for each group (included factors: age, sex, Charlson Comorbidity Index, chronic kidney disease, active cancer, HAS-BLED score, major index bleeding, endoscopic intervention, and comedication). We assessed 30 and 90-day rebleeding, thromboembolic (TE) complications, recurrent GIB or TE-related mortality during the 90-day follow-up period. We performed a survival analysis. Cox regression model assessed the outcomes' Hazard Ratio (HR) with 95% confidence intervals (CI).

**Results:** 236 cases were enrolled. In 218 cases, AC therapy was resumed during the follow-up period (92,37%). Rebleeding occurred in 16 cases (6,78%) in the first 30 days and 18 cases (7,62%) in 90 days. Two (0,84%) thromboembolism appeared in 30 days and 6 (2,54%) in 90 days. Rebleeding-related mortality was observed in one case (0,42%) during the first 30 days, while TE-related mortality did not occur. HR(95% CI) of 30 days rebleeding in groups 7, 5 and 3 were 0.61 (0.14-2.54); 1.21 (0.39-3.71) and 0.81 (0.24-2.76), respectively, while HR(95% CI) of 30 days TE event were 0.39 (0.06-2.38), 0.93 (0.15-5.72) and 0.95 (0.16-5.39) respectively.

**Conclusions:** Rebleeding is a relevant complication of AC therapy resumption after GI bleeding. In our results, an earlier medication restart was not associated with elevated rebleeding risk. Due to the low sample size and short follow-up, we can not prove AC therapy's beneficial effect on thromboembolic prevention.

## 91. FINANCIÁLIS OKBÓL INFLIXIMAB BIOSZIMILERRE TÖRTÉNŐ VÁLTÁS HATÉKONYSÁGA, BIZTONSÁGA ÉS KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGA - PROSPEKTÍV KOHORSZVIZSGÁLAT

Pálista 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>, Rutka M.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** A gyulladásozós bélbetegségek (IBD; Crohn-betegség [CD] és colitis ulcerosa [UC]) a gyomor-bél traktus immunmediált krónikus gyulladásozós állapotai, amelyek rontják a betegek életminőségét, és nagy terhet rónak az egészségügyi ellátórendszerre. Az IBD kezelését forradalmasította a biológiai készítmények kifejlesztése, az első engedélyezett szer a TNF- $\alpha$  gátló infliximab (IFX) volt IBD-ben. A magas költségek és finanszírozási szabályozások korlátozzák a biológiai készítmények felhasználhatóságát, azonban a biohasonló ágensek kifejlesztése lehetővé tette a terápiás plafon áttörését.

**Célok:** Célul tűztük ki, hogy felmérjük az IFX biohasonló GP-1111 hatékonyságát, biztonságosságát és költséghatékonyságát valós körülmények között.

**Módszerek:** Az SZTE Gasztroenterológiai Centrumában prospektív kohorsz vizsgálatot végeztünk olyan fenntartó

IFX-kezelésben részesülő IBD-s betegek bevonásával, akik financiális okból

váltak át biohasonlóra. Az adatokat 2020-2021-ben gyűjtöttük, egyéves utánkövetési időszakkal. A klinikai és laboratóriumi paramétereket az alapvonalkor, a 8., 16. és 52. héten regisztráltuk, illetve alapvonalkor és a 24. héten szérumban IFX-szint meghatározása történt.

Elsődleges végpont a szérumban IFX változása volt. Másodlagos végpontjaink a fenntartott szteroidmentes remisszió, a terápiás perzisztencia, a hatásvesztés, illetve az esetleges mellékhatások voltak. Harmadlagos végpont a készítmény egészség-gazdaságtani elemzése volt.

**Eredmények:** Összesen 142 beteget (95 Crohn betegség [CD] és 47 colitis ulcerosa [UC]) elemeztünk. Az átlagos szérumban IFX-szint az alapvonaltól ( $3,2 \pm 2,3 \mu\text{g/ml}$ ) a 24. hétig ( $3,7 \pm 2,7 \mu\text{g/ml}$ ,  $p=0,106$ ) a terápiás tartományban maradt. A tartós szteroidmentes remisszió (S-SFR) aránya stabil volt (kiindulási érték: 69,7%, utánkövetés vége: 72,9%,  $p=0,58$ ). Az egyéves perzisztencia aránya 83,1% volt. A nemkívánatos események között főként allergiás reakciók (IR 6,3/100 betegév) és paradox reakciók (IR 2,4/100 betegév) szerepeltek. A költségelemzés jelentős megtakarítást mutatott ki a biohasonló használatával, amely 201,9 millió forintot (514 000 eurót) tett ki.

**Következtetés:** A GP-1111 IFX bioszimilert IBD-ben szenvedő betegek körében, valós körülmények között alkalmazva hatékony, a perzisztencia aránya magas, azonban a hatékonyságot prediktáló tényezőt nem sikerült azonosítani. A gyógyszeresztagnál. A biohasonló készítmény használata költséghatékony és megnyugtató biztonsági profilal jár.

## 92. NEUROENDOKRIN TUMOROK ENDOSZKÓPOS TELJES FALI RESECTIOJA (EFTR) A FELSŐ TÁPCSATORNÁBAN

Papp V.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>1</sup>, Herczeg A.<sup>1</sup>, Bennemann S.<sup>1</sup>, Balázs A.<sup>1</sup>, Sziárdó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A nyombél neuroendokrin daganatai (dNET) a gastroenteropancreatikus neuroendokrin neoplasziák (NEN-ek) csupán 2%-át adják. A nem funkcionális NET-ek többsége tünetmentes, és véletlenszerűen kerül felfedezésre, endoszkópos vizsgálat során.

A teljes falvastagságú resectio (FTRD) új lehetőséget kínál azoknak a laesiooknak az eltávolítására, amelyeknél a hagyományos endoszkópos resectio technikák nem elegendőek. Korlátozott adatok állnak rendelkezésre az FTRD hatékonyságáról és biztonságosságáról a felső emésztőrendszeri elváltozások eltávolításában.

**Célkitűzés:** Az endoszkópos teljes fali resectio módszerét, tapasztalatainkat szeretnénk bemutatni két, a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán ellátott betegünk esetében, akiknél duodenális neuroendokrin tumort igazoltunk.

**Esetbemutatás:** A 77 és 70 éves férfibetegeinknél felső panendoszkópia során véletlenszerűen 1 cm-t meghaladó átmérőjű, a lamina propria infiltráló, de sem lokális nyirokcsomó, sem pedig távoli áttétet nem adó Gr. I. neuroendokrin tumort igazoltunk a duodenum bulbusában. Mindkét betegnél egy esetleges műtéti beavatkozás a meglévő krónikus alapterbetegségek miatt túl nagy kockázattal járt volna, emiatt döntöttünk minimál invazív endoszkópos resectio mellett. A tumorok mélységi terjedése a teljes fal resectioját tette szükségessé. Az első betegnél a laesio a falból csak minimálisan emelkedett ki, emiatt a beavatkozás

csak harmadszorra volt sikeres, a második betegnél már az első beavatkozás során R1 resectiot végeztünk. Szövődményt nem észleltünk. Kontroll endoszkópos vizsgálattal recidívát nem láttunk.

**Következtetés:** Az endoszkópos teljes fali resectio (EFTR) biztonságos és hatékony terápiás lehetőség a subepitheliális laesiok, recidíváló és nem kiemelhető adenomák, a nehezen hozzáférhető daganatok és a gyomor-bélrendszeri korai daganatok válogatott eseteinek kuratív eltávolítására.

### 93. OESOPHAGO-MEDIASTINÁLIS-PERICARDIÁLIS FISTULA ENDOSZKÓPOS ELLÁTÁSA CRYOABLATIO KÖVETŐEN

Papp V.<sup>1</sup>, Vass T.<sup>1</sup>, Herczeg A.<sup>1</sup>, Bennemann S.<sup>1</sup>, Balázs A.<sup>1</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Hritz I.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika, Budapest

**Bevezetés:** A pitvarfibrilláció a lakosság akár 2%-át is érintheti, növeli a stroke, a myocardialis ischaemia kockázatát, szívelégtelenség kialakulásához, demenciához vezethet. A konzervatív gyógyszeres terápia mellett gyakori a rekurrencia és a mellékhatások előfordulása, terápia refrakter esetben katéter ablációs technikák alkalmazhatók. A rádiófrekvenciás abláció (RFA) hő segítségével okoz szövetkárosodást, míg a kriobláció során a szövetek fagyasztása történik. Irodalmi adatok alapján a gyakrabban alkalmazott RFA jár magasabb perforatio, tüdővéna szűkület és thromboembolia kockázattal.

**Célkitűzés:** Cryoablatiót követően kialakult oesophago-mediastinális-pericardiális fistula endoszkópos ellátását szeretnénk bemutatni egy a Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinikán kezelt beteg esetének ismertetésén keresztül.

**Esetbemutatás:** 54 éves férfibetegnél permanens pitvarfibrillatio miatt cryoablatiót végeztek Belgiumban. 3 hét elteltével szeptikus állapot lépett fel, haemoptysis jelentkezett. Mellkas CT vizsgálata kétoldali pneumóniát igazolt és felvetette jobb oldali paramediastinális abscessus lehetőségét. Eszméletvesztéses epizódot követően koponya MR készült, mely a tüneteket nem magyarázó kis ischiemiás léziót igazolt a jobb féltekében, a megismételt vizsgálat már egyértelmű novum ischaemiás gócot ábrázolt. Romló gázcsere és tudat miatt szedáció, intubáció történt, gépi lélegeztetés indult. Ismételt mellkas CT oesophago-mediastinális fistula lehetőségét vetette fel, a nyelőcsőbe adott kontrasztanyag a nyelőcső középső és alsó harmadának határán kilépett az ismert jobb paramediastinális cavumot töltve. Gastroszkópia során a perforatios nyíláson keresztül a szintén perforált pericardiumba láttunk át, a nyílást öntáguló nyelőcső fémstenttel fedtük, annak lumenébe Salem szondát helyeztünk le. A táplálási út biztosítása céljából percutan endoszkópos gastrotomiát végeztünk, melyet később a nasogastrikusan adott tápszer regurgitációja miatt jejunális szárral egészítettünk ki. A 10 nap múlva elvégzett kontroll CT-n a korábban látott nyelőcsővel kommunikáló mediastinális üreg már nem volt elkülöníthető, a Salem szondát eltávolítottuk. Célzott kombinált antimikrobiális kezelés mellett gyulladásos paraméterei fluktuáltak, neurológiai és pulmonológiai státusza stagnált, pansinusitis, otomastoiditis alakult ki. További kezelés céljából Belgiumba szállították vissza. Rehabilitációja sikeres volt, stroke maradványtünetei mellett tudata feltisztult, a nyelőcső stent eltávolíthatóvá vált.

**Következtetés:** A pitvarfibrillatio miatt végzett cryoablációs módszer ritka szövődményének ellátásában a minimál invazív endoszkópos intervenció előnyösebbnek bizonyult a

súlyos szeptikus állapotú beteg esetében egy esetleges extrakorporális keringéssel járó műtéttel szemben. A multidisciplináris szemlélet és ellátás eredményeként a beteg rehabilitálhatóvá vált.

### 94. EGY NEM SZOKVÁNYOS MÁJCISZTA: ECHINOCOCCUS GRANULOSUS KIVIZSGÁLÁSA ÉS KEZELÉSE

Pépa K.<sup>1</sup>, Pink T.<sup>1</sup>, Gaál A.<sup>1</sup>, Csefkó K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>1</sup>

1. Dr. Réthy Pál Tagkórház Békéscsaba, 2. Gasztroenterológia - 4. Belgyógyászati Osztály

**Bevezetés:** A mindennapi gyakorlatban gyakran találkozunk cisztás májbetegségekkel, amely a kivizsgálás során általában jóindulatúnak bizonyulnak és csak követést igényelnek. Az echinococcus ciszta azonban hosszabb ideig tartó gyógyszeres kezelést, majd sebészeti megoldást is igényelhet. Az echinococcosis parazitás fertőző betegség. Két fő típusa van a betegségnek: a cisztás echinococcosis és az alveolaris echinococcosis. Az előbbit az *Echinococcus granulosus*, az utóbbit az *Echinococcus multilocularis* nevű galandféreg lárvái okozzák. Az echinococcus ciszta előfordulása a WHO szerint a világon 50/100.000 lakos évente - ez bizonyos régiókban gyakoribb lehet. Leggyakoribb azokban az országokban, ahol intenzív juhtenyésztés folyik.

**Esetismertetés:** Az 50 éves nőbeteg, jobb bordaív alatti fájdalommal jelentkezett ambulanciánkon. Laborleleteiben kóros eltérés nem volt látható. Fizikális vizsgálat során érdemi eltérést nem találtunk. Hasi ultrahang vizsgálat során két különböző méretű (7 cm-es illetve 3 cm-es), májciszta került leírásra, egyéb eltérés nélkül. Differenciál diagnosztikai vizsgálataink során magas Echinococcus titer igazolódott. A diagnózis pontosítása céljából hasi CT vizsgálatot végeztünk, mely során a májban egy 7 cm-es CE3A és egy kisebb méretű CE1 WHO stadiumú Echinococcus granulosus ciszta került leírásra. Kezelését (albantazol) a gyógyszer beszerzését követően elindítottuk, majd a Semmelweis Egyetemen PAIR (puncture-aspiration-injection-reaspiration) kezelését tervezzük.

**Megbeszélés:** Bármelyik típusú echinococcus cisztáról lenne szó, ez egy nehezen kezelhető betegség. Az egész világon több mint 1 millió ember él ezzel a betegséggel, sokan tünetmentesen, mások életveszélyes állapotban vannak. Előadásunkban felhívjuk a figyelmet a májciszták hollisztikus szemléletére, az Echinococcosis gyógyszeres, sebészi és intervenciós kezelési lehetőségeire, illetve a megbetegedés megelőzésének fontosságára.

### 95. DO COELIAC PATIENTS ADHERE TO THE MEDITERRANEAN DIET?

Peresztegi M.<sup>1</sup>, Szakács Z.<sup>2</sup>, Vereczkei Z.<sup>3,4</sup>, Holczer M.<sup>1</sup>, Lada S.<sup>5</sup>, Lemes K.<sup>6</sup>, Dakó E.<sup>7</sup>, Dakó S.<sup>7</sup>, Farkas N.<sup>8</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 Sport Nutrition and Hydration, Institute of Nutritional Science and Dietetics, Faculty of Health Sciences, University of Pécs; 5. Directorate of Nursing Management and Professional Education, Albert Szent-Györgyi Health Center; 6. Center for Gastroenterology, Department of Medicine, Albert Szent-Györgyi Health Center, University of Szeged; 7. Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Faculty of Medicine, Semmelweis University; 8. Institute of Bioanalysis, Medical School, University of Pécs

**Introduction:** Coeliac disease (CD) elevates cardiovascular risk and the risk of certain metabolic disorders. A Mediterranean diet (MD) has a proven role in preventing these diseases.

**Aims:** We aimed to investigate adherence to the MD in newly diagnosed CD patients, CD patients on a gluten-free diet (GFD), and in a non-coeliac control group. In addition, we aimed to establish an association between GFD adherence and MD adherence.

**Methods:** We performed a nested, cross-sectional, multicenter study in three university clinic (PTE, SZTE, SOTE) in the frame of our prospective study (ARCTIC). MD adherence was assessed using the Mediterranean Diet Score (MDS), and GFD adherence was assessed using the Standardized Dietitian Evaluation (SDE). Descriptive statistics and univariate comparative analysis were performed. For continuous variables, we reported either the mean and standard deviation (SD) or the median and interquartile range (IQR); for categorical variables, frequencies and percentages were calculated. To compare groups, we applied the Welch Two Sample t-test or the Kruskal-Wallis rank sum test for continuous variables, and the Chi-squared test or Fisher's exact test for categorical variables.

**Results:** A total of 215 subjects were enrolled, 128 of which were CD patients on a GFD for a minimum of 1 year, 24 were newly diagnosed CD patients, and 63 were non-CD healthy control subjects. The overall MDS remains lower in CD patients than in healthy individuals, however, MD adherence among coeliac patients does not differ significantly from that of the control group (CD on GFD:  $5.55 \pm 1.57$ , newly diagnosed CD:  $5.35 \pm 1.81$ , controls:  $6.05 \pm 1.73$ ;  $p > 0.05$ ) - all groups had suboptimal scores. Both CD groups consumed fewer whole grains than controls ( $p < 0.001$ ). Adequate GFD adherence, compared to inadequate GFD adherence, was associated with higher MDS ( $5.62 \pm 1.54$  vs.  $4.71 \pm 1.21$ , respectively;  $p = 0.009$ ).

**Conclusion:** Our study highlights the dietary inadequacies of patients with CD—particularly their significantly lower whole grain intake compared to non-coeliac controls. The consequent lower fiber consumption is unfavorable for several reasons: it can negatively impact the microbiome and potentially increase the risk of cardiovascular and metabolic diseases. Dietary counseling during the follow-up may improve not only the adherence to GFD but the adherence to MD as well. This dietary pattern has a role in the prevention of non-communicable diseases.

## 96. SINGLE-STRANDED DNA LONG-READ WHOLE-GENOME SEQUENCING OF COLORECTAL CANCER PATIENTS

Rada K.<sup>1</sup>, Nikolett S.<sup>2</sup>, Barták B.<sup>1</sup>, Kalmár A.<sup>1</sup>, István T.<sup>1</sup>, Molnár B.<sup>2</sup>

1. Semmelweis University, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine and Oncology; 2. Eötvös Loránd University, Faculty of Science, Department of Biological Physics

**Introduction:** Single-stranded (ss) DNA content of biological samples has been known for a long time, but whole genome wide ssDNA sequencing has only been made possible by the latest advancements - such as Oxford Nanopore's third-generation sequencing platform.

**Aims:** Our research group has long been aware that genomic DNA extracted from healthy or pathological tissues contains an abundance of ssDNA, their function and origin, however, is still enigmatic. This inspired us to scrutinize a small subset ( $n=13$ ; healthy and colorectal cancer patients)

of the samples we previously subjected to whole genome sequencing (WGS).

**Methods:** We employed a dual enrichment method of negative selection via enzymatic digestion, followed by positive selection with AMPure XP beads, to yield gDNA enriched in the ss form. This was polyA-tailed and reverse transcribed into an ssDNA-cDNA hybrid, that we subjected to library preparation and WGS on the PromethION platform using various modalities: copy number variations, structural variants, and methylation profiling of 5-methylcytosine (5mC) and 5-hydroxymethylcytosine (5hmC). We also measured the fragment length distribution of the ssDNA samples on the TapeStation platform, and compared them to standard genomic dsDNA from the same patients.

**Results:** Concentration of ssDNA samples was  $214 (\pm 14.8)$  ng/ul, with an integrity (DIN) of  $4.45 (\pm 0.13)$ , and length of  $14.53 (\pm 1.53)$  kbs. In the case of dsDNA, this was  $152 (\pm 14.6)$  ng/ul,  $7.84 (\pm 0.9)$  and  $59.11 (\pm 3.7)$  kbps, respectively. Average ss/dsDNA concentration ratio was  $2.5 (\pm 0.18)$ . WGS produced an average coverage of  $20\times (\pm 2.14)$  for ds- and  $7.33 (\pm 1.17)$  for ssDNA, read length of  $4.5 (\pm 0.26)$  and  $2.01 (\pm 0.16)$  kilobases – consistent with the more fragmented state of the ss form.

5mC methylation of ssDNA was  $43.4\% (\pm 2.6)$  that of dsDNA ( $86.9\%$  when considering one strand is synthetic), which is significant hypomethylation ( $p < 0.05$ ). 5hmC methylation ratio doubles from  $4.0\% (\pm 1\%)$  on dsDNA to  $9.5\% (\pm 1\%)$  on ssDNA samples ( $p = 0.006$ ). However, CpG-mapped methylation ratio is  $20\%$  for 5mC and  $50\%$  for 5hmC, revealing a predominantly hypomethylated genetic material. This is likely a result of intergenic regions and introns being very highly present the ss fraction, revealing a strongly uneven representation of the genome, which also explains that we only detect  $1.5\%$  of transversions and transitions, and  $0.5\%$  of indels when normalised for coverage differences. Oncoplots of the groups highlights interesting disparities in the BRIP1, APPL1, DNAH1 and 12, DST, SBNO1, GOLGA6L2, CDCC30 and 168 and ANKRD26 genes.

**Conclusion:** Third generation long-read sequencing is a promising and flexible method that can be adapted to examine the single-stranded DNA fraction of the genetic material, providing potential new insights into the background of pathologies.

## 97. POSTOPERATIVE DISEASE RECURRENCE AND RE-RESECTION RATE IN STENOSING AND PENETRATING ILEOCOLIC CROHN'S DISEASE

Resál T.<sup>1,2</sup>, Varga Á.<sup>1</sup>, Zsigmond F.<sup>1</sup>, Golovics P.<sup>1</sup>, Schafer E.<sup>1</sup>, Szamosi T.<sup>1</sup>, Gyökeres T.<sup>1</sup>

1. Gastroenterology, ÉPC-HK; 2. Colorectal research group, HCEMM

**Introduction:** The penetrating phenotype of Crohn's disease (CD) has a worse prognosis compared to stricturing phenotype, and postoperative recurrence (POR) rates are also higher. These data mainly come from the period before the advent of biological therapies, while evidence suggests that anti-TNF $\alpha$  agents have been more effective than thiopurines in the prophylaxis of POR and endoscopic activity. The re-resection rate has been examined in several retrospective studies, but there is no direct comparison between the stenosing and penetrating phenotypes in ileocolic resections for CD patients.

**Methods:** Our study is a retrospective cohort study examining POR and re-resection rate in CD patients with L1 localization who underwent ileocolic resection between 2012 and 2020 due to B2 or B3 phenotype. The Montreal classification was determined at the time of inclusion.

Patients with previous resection were excluded. The primary outcome was POR, defined as endoscopic and/or imaging-confirmed disease activity in the neoterminal ileum. The secondary outcomes were the re-resection rate and the development of abscesses/fistulas during the follow-up period. For both primary and secondary outcomes, we applied multivariable Cox regression models.

**Results:** Patient enrollment is still ongoing; we enrolled 58 CD patients (male/female ratio 30/28; mean age  $32.1 \pm 12.9$ ; B2: 20 and B3: 38 patients). At baseline, half of the patients were on azathioprine therapy (32/58), and 6 patients were on anti-TNF. A temporary ileostomy was performed in 10 patients, and no percutaneous drainage was performed. A total of 35 cases (60.3%) had POR, and 8 cases (16.3%) underwent re-resection. Perianal disease (OR=4.16 [95% CI: 1.75-9.88]), urgent resection (OR=2.96 [95% CI: 1.08-6.97]) increased, while metronidazole (OR=0.34 [95% CI: 0.14-0.81]) and postoperative prophylaxis (OR=0.35 [95% CI: 1.71-0.73]) decreased POR. Penetrating phenotype did not increase the risk of POR and re-resection rates. During the follow-up period, 6 cases of abscess/fistula recurrence occurred in the ileocolic region, and only in the B3 phenotype group ( $p=0.03$ ).

**Conclusion:** Based on our results B3 phenotype did not increase POR and re-resection rates, however, the risk of abscess/fistula development was increased. Postoperative metronidazole and prophylaxis decreases the chance of POR and the need of re-resection. It should be emphasized that the generalizability of our preliminary results is significantly limited by the low sample size and the small number of cases for some of the outcomes.

## 98. ENDOSZKÓPOS INDIKÁCIÓK ELEMZÉSE FUNKCIONÁLIS TÁPCSATORNAI KÓRKÉPEKBEN

Rutka M.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Lóczi T.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>, Rosztóczy A.<sup>1</sup>, Ollé G.<sup>1</sup>, Róka R.<sup>1</sup>, Pálvölgyi A.<sup>1</sup>, Inczei O.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Lemes K.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem, SZAKK Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Centrum

**Introduction:** Irodalmi adatok alapján Európában az irritábilis bélszindrómával (IBS) küzdő betegek egyharmadán végeznek colonoscopiát, mely során nem tárul fel organikus eltérés valamint a gastroscopiák 56%-a nem az irányelveknek megfelelő indikáció alapján történik.

**Aims:** Tanulmányunkban retrospektív módon összesítettük 2024. novemberében elvégzett endoszkópiák indikációját funkcionális gasztrointesztinális betegségek kapcsán.

**Methods:** A betegeknél demográfiai és klinikai adatokat gyűjtöttünk és összesítettünk.

**Results:** Klinikánkon összesen egy hónap alatt 426 endoszkópia (160/267 gastroscopia/ colonoscopy) történt ambuláns és fekvőbeteg ellátás keretén belül. Funkcionális gasztroenterológiai betegségekre jellemző tünetek miatt 65 betegnél (átlag életkor: 51 év, 41/24: nő/férfi) 73 (56/17 gastroscopia/ colonoscopy) endoszkópiát végeztünk. Epigastriális fájdalom és savas panaszok háttérben 25%-ban (8/31) találtunk szignifikáns eltérést úgy, mint szövettanilag igazolt Barrett nyelőcső ( $n=4$ ), pylorus polyp ( $n=1$ ) vagy 2 cm-nél nagyobb hiatus hernia ( $n=3$ ). Nyelészavar ( $n=8$ ) háttérben eosinophil eosophagitis ( $n=1/8$ ), ballonos tágítást igénylő nyelőcsőmerevség ( $n=1/8$ ), nyelőcső daganat ( $n=2/8$ ), erozív oesophagitis ( $n=2/8$ ) igazolódott. Korábban endoszkóposan azonosított szignifikáns felső tápcsatornai eltérés ellenőrzése céljából 8, illetve Nissen-féle funduplicáció előtti kivizsgálás vagy műtét utáni ellenőrzés céljából 3 gastroscopia történt. IBS ( $n=13$ ,

átlag életkor: 55 év) miatt 5 gastroscopia és 8 colonoscopy került elvégzésre, mely során a felső tápcsatornában 3 esetben találtunk szignifikáns eltérést (erozív oesophagitis, hiatus herniát, duodenum fekélyt), míg az alsó tápcsatornában egy betegnél low grade dysplasiás adenomák kerültek felismerésre. Egy betegnél székletinkontinencia miatt végeztünk colonoscopiát, mely rectum adenocarcinomát igazolt. Ebben az esetben 65 éves életkor és fogyás alarm tünetként jelen voltak.

**Conclusion:** Az irányelveknek megfelelő indikációk alkalmazása javíthatja a diagnosztikai hatékonyságot és csökkentheti a felesleges endoszkópos vizsgálatok arányát.

## 99. GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉS AKUT ELLÁTÁSA A HONVÉDKÓRHÁZ SÜRGŐSSÉGI CENTRUMÁBAN - SZAKMAI AUDIT

Sánta K.<sup>1</sup>, Márton I.<sup>1</sup>, Orosz F.<sup>1</sup>

1. Észak-Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Sürgősségi Betegellátó Osztály

**Bevezetés:** Az ÉPC-Honvédkórház Sürgősségi Centrumában havonta 60-70 beteg érkezik gasztrointesztinális (GI) vérzéssel, mint vezető panasszal.

**Betegek és módszer:** A betegek 34 %-a ambuláns ellátást követően nem igényel kórházi felvételt, kb. 50 % esetében a Fektető részlegen történik további állapotstabilizálás, kivizsgálás, rizikóbecslés. Az ellátás végére több mint 55 %-ban a vérzésforrás pontos ismeretében emittáljuk vagy helyezzük osztályra a GI vérzés miatt érkezőket. 2023-ban megszületett osztályunk saját, nemzetközi irányelveken alapuló protokollja a GI vérzők korszerű ellátásáról, 2024-ben pedig belső szakmai audit történt, mely a tápcsatornai vérzők ellátását hasonlítja össze a protokoll kiadása előtti és az azt követő év egy azonos hónapjában.

**Eredmények:** Az audit során megvizsgáltuk többek között a beérkezők triázs kategória és vezető panasz (melaena/hematochesia/hematemesis sorrendben 23,1%/41,5%/35,4% vs. 35,7%/38,6%/25,7%) szerinti megoszlását, a PPI alkalmazásának növekedését a felső tápcsatornai vérzőknél (63% vs 72%), a konvencionális véralvadási tesztek idejében történő elvégzésének változását (16,1% vs 33,3%), transzfúziók (9 vs. 4 eset) és faktorkészítmények (mindkét hónapban 6 eset) alkalmazásának számát, a transzfúzióig eltelt időt (átlagosan 5 óra vs. 4 óra 40 perc), ill. a vérzésforrás kutatásának céljából végzett CT angiográfiák számát (5 vs. 7 eset, vérzés forrást igazolt 1 vs.4 eset).

**Összefoglalás:** A nemzetközi és hazai irányelveken alapuló saját vérző protokoll bevezetésének hatására számos mért paraméter alapján az ellátás minőségében jelentős javulást értünk el. A gyakran instabil GI vérzők ellátásában a viszkoeasztográfiás mérés által vezérelt hemosztázis rendezés és a multidiszciplináris megközelítés a betegbiztonság érdemi javulását eredményezte.

**Bevezetés:** Mind az akut vesekárosodás, mind a krónikus veseelégtelenség rizikótenyezőnek tekinthető a gasztrointesztinális vérzések (GIV) számos kimenetelében. Ezek magasabb halálozási aránnyal, hosszabb kórházi bentfekvéssel és nagyobb transfúziós szükséglettel járnak manifeszt vérzés esetén.

**Célkitűzés:** Tanulmányunk célja a veseműködés szerepének további értékelése a GIV-ek számos klinikai kimenetelében.

**Módszerek:** A Magyar Gasztrointesztinális Vérző Regiszterbe 2019 és 2022 között gyűjtöttünk adatokat bármilyen etiológiájú GIV-ről. Az adatrögzítés során használt többszintű hitelesítő rendszer segítségével kapott magas minőségű adatokat retrospektív módon elemeztünk. Számos elsődleges (kórházi halálozás, hazabocsátás, endoszkópos vizsgálat/beavatkozás szükségessége, akut műtét, kórházi újravérzés, hospitalizáció hossza, intenzív osztályos kezelés) és másodlagos (*Helicobacter pylori* fertőzés igazolása, daganat azonosítása vérzésforrásként, bármilyen transfúzió vagy alvadási faktor adásának szükségessége, véralvadásgátló terápia) kimenetelt figyelembe vettünk. Leíró statisztikát használtunk az adatok összegzésére, emellett a becsült glomerularis filtrációs rátát (eGFR) (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) folytonos változóként kezeltünk, átlagot, szórást, mediánt, interkvartilis tartományt és minimum/maximum értékeket számoltunk.

**Eredmények:** A csökkent vesefunkció összefüggésben állt a kórházi halálozással (eGFR: 42.63±28.78 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> vs. 57.08±26.62 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, p<0.001), a vörösvérsejt (VVT) transfúziójának (eGFR: 51.98±27.90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> vs. 60.11±25.06 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, p<0.001) és az alvadási faktorok adásának szükségességével (eGFR: 47.40±27.41 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> vs. 56.68±27.02 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, p<0.001). A felvételkor észlelt jobb vesefunkció összefüggésbe hozható a beteg otthonába történő elbocsátásával megfelelő kezelés után (szemben a felvétel bármely más kimenetelével) (eGFR: 58.12±25.56 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> vs. 50.23±29.69 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, p<0.001), *H. pylori* pozitivitással (eGFR: 59.63±25.24 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> vs. 52.76±25.44 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, p=0.021) és az endoszkópos intervenció szükségességével (eGFR: 58.65±26.61 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> vs. 54.31±27.64 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, p=0.008). Amennyiben felvételkor az eGFR magasabb volt, mint 36.64 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, a beteget otthonába tudtuk bocsátani, 25.96 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> alatti érték esetén magasabb volt a halálozási arány és több VVT transfúzióra volt szükség 49.61 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> eGFR alatt.

**Konklúzió:** Megállapítható, hogy a felvételtől károsodott vesefunkció magasabb kórházi halálozást eredményez minden típusú GIV esetén, valamint magasabb transfúziós igénytel jart.

## 102. CRUCIAL IMPACT OF WEIGHT LOSS IN ACUTE PANCREATITIS: RISK FACTORS AND CLINICAL CONSEQUENCES

Soós G.<sup>1</sup>, Zahariev O.<sup>1,2</sup>, Vámosy L.<sup>1</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Lipp M.<sup>1,2</sup>, Tarján D.<sup>1,2</sup>, Fürst E.<sup>1,2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Bánfalvi Z.<sup>1,2</sup>, Barna B.<sup>1</sup>, Reszkető R.<sup>1</sup>, Rajci I.<sup>1</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Pankreász Betegségek Intézete; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs; 4. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of

## 101. A VESEKÁROSODÁS HOZZÁJÁRUL A ROSSZABB TULÉLÉSI EREDMÉNYEKHEZ FELSO ÉS ALSÓ GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSBEN SZENVEDŐ BETEGEKNÉL: EGY 1,160 ESETBŐL ÁLLÓ KOHORSZ TANULMÁNY EREDMÉNYEI

Simon O.<sup>1,2</sup>, Frim L.<sup>1,2</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Sipos Z.<sup>2,3</sup>, Vörhendi N.<sup>2,4</sup>, Boros E.<sup>2,5</sup>, Pálinkás D.<sup>6,7</sup>, Teutsch B.<sup>2,6,8</sup>, Kalló P.<sup>2,9</sup>, Vass V.<sup>2</sup>, Szentesi A.<sup>2</sup>, Hágendorn R.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2,6,10</sup>, Erőss B.<sup>2,6,10</sup>, Szabó I.<sup>1</sup>

1. Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 2. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet; 3. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Bioanalitikai Intézet; 4. Siófoki Kórház, Belgyógyászat; 5. Fejér Vármegyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 6. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ; 7. Észak Pesti Centrumkórház - Honvédkórház, Gasztroenterológiai Osztály; 8. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőképző Központ; 9. Pécsi Tudományegyetem, Alapellátási

**Introduction:** Acute pancreatitis (AP) presents a risk for malnutrition due to its hypermetabolic state and impaired nutrient absorption. Identifying patients at risk of weight loss during hospitalization is crucial for timely interventions, resource allocation, and improved clinical outcomes. However, no studies to date have focused on inpatient weight loss in AP patients

**Aims:** This study aimed to determine which AP patients are at risk of weight loss during hospitalization.

**Methods:** We conducted a prospective cohort study of patients presenting with AP at a national tertiary care center (Semmelweis University Institute of Pancreatic Diseases) from 4th October 2021, to 30th September, 2024. Body weight was measured on admission and at discharge. Weight stability was defined as a change of -2.5% to +2.5%; changes outside this range were classified as weight loss or gain. We explored associations with demographic factors, pre-existing exocrine and endocrine pancreatic damage, etiology, AP severity, and length of hospital stay.

**Results:** Of 1,795 patients admitted to the unit, 1,018 had data on body weight change. The average age was  $56 \pm 17$  years, and 56% of the cohort was male. Weight loss was observed in 26.2% of patients, while 8.1% gained weight. Men were more likely to lose weight (30%) compared to women (22%). The most common etiologies were biliary (n=432), alcoholic (n=242), and idiopathic (n=159). The highest proportion of weight loss (7/20, 35%) was observed in AP triggered by pancreatobiliary tumors, followed by biliary etiology (128/432, 30%) and hypertriglyceridemia (12/43, 28%). Patients with no prior AP attacks experienced weight loss more often (180/620, 29%) than those with recurrent AP episodes or severe pre-existing pancreatic exocrine damage (chronic pancreatitis, 34/162, 21%). Weight loss was observed in 34% of diabetic, 28% of prediabetic, and 22% of healthy patients. AP severity was directly proportional to both the likelihood and degree of weight loss. In severe pancreatitis 49% of patients lost weight, which was double the rate observed in mild pancreatitis (23%). Weight loss also increased in parallel with the length of hospital stay. Among those requiring hospitalization longer than a week, more than half (104/188, 55%) experienced weight loss.

**Conclusion:** Male gender, AP severity, prolonged hospitalization, and pre-existing endocrine pancreatic damage (but not exocrine pancreatic damage) are associated with a higher risk of weight loss during hospitalization. AP triggered by pancreatobiliary tumors, biliary etiology, or hypertriglyceridemia carries a greater risk of weight loss compared to other etiologies.

### 103. ABO BLOOD GROUP POLYMORPHISMS C.803G>C AND C.930G>A IN ALCOHOLIC CHRONIC PANCREATITIS

Stefanovics R.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,5,6</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. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Pécs, Hungary; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 5. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University, Budapest, Hungary; 6. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Centre of

**Introduction:** Genetic susceptibility factors play a significant role in the development of chronic pancreatitis (CP). The ABO blood group of an individual is inherited, but the phenotype might differ from the genetically determined ABO blood group. The phenotypic “B” blood group has been associated with CP in some earlier studies, however only a few replication studies followed this initial observation. Comprehensive ABO gene association studies in chronic pancreatitis are lacking.

**Aims:** Our goal is to determine the allele and genotype frequency of “B” blood group determining polymorphisms c.803G>C and c.930G>A in the ABO gene in the Hungarian population, and to determine its possible association with alcoholic chronic pancreatitis.

**Methods:** We selected 119 patients with alcoholic chronic pancreatitis (ACP) and 221 controls recruited by the Hungarian Pancreatic Study Group (HPSG). DNA samples were tested by Sanger sequencing.

**Results:** Allele frequencies of the ABO gene polymorphisms c.803G>C and c.930G>A did not show significant difference between patients and controls (OR 1.38; p 0.16, 95% CI: 0.9-2.2 and OR 1.35; p 0.18, 95% CI: 0.9-2.1, respectively). However, according to genotype distribution we found a non-significant overrepresentation of c.803G>C and c.930G>A polymorphisms in alcoholic chronic pancreatitis using dominant inheritance model (OR 1.7; p 0.05, 95% CI: 1.0-2.7 and OR 1.6; p 0.06, 95% CI: 1.0-2.6, respectively).

**Conclusion:** According to our initial findings the ABO gene polymorphisms c.803G>C and c.930G>A, that usually determine the “B” blood group, non-significantly accumulated in alcoholic chronic pancreatitis patients in the Hungarian population. Our observation is in accordance with the earlier findings about the role of blood group “B” in the development of chronic pancreatitis.

### 104. FELHASI FÁJDALOM ÉS HAEMATEMESIS RITKA OKA: HAEMOSUCCUS PANCREATICUS.

Szabó L.<sup>1</sup>, Molnár R.<sup>1</sup>, Lázár I.<sup>2</sup>, Lombay B.<sup>1</sup>

1. Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, II. Belgyógyászati Osztály; 2. Borsod-Abaúj-Zemplén Vármegyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház, Intervenció Radiológiai Osztály

**Introduction:** A haemosuccus pancreaticus olyan ritka, felső gastrointestinalis vérzéssel járó kórkép, melyet a Wirsung-vezetékbe, ezáltal a duodenumba törő vérzéses folyamatként definiálhatunk. Oka leggyakrabban chr. pancreatitis, tumor vagy trauma következtében kialakuló peripancreaticus érsérülés

**Esetismertetés:** A 46 éves, chr. pancreatitis acut exacerbatioi miatt korábban több alkalommal hospitalizált férfi beteg felhasi fájdalom és haematemesis miatt került felvételre osztályunkra. Felvételi laborjában normalis diastase értékek mellett mérsékelt fokú normocytaer anaemia mutatkozott. Hasi UH vizsgálat során a pancreas fejében egy 6 cm-es bevérzett, nem novum pseudocysta ábrázolódott, acut pancreatitissre utaló sonographias eltérés nem került leírásra. Sürgősséggel elvégzett gastroscopia során a Vater-papilla magasságában friss vér megjelenését észleltük. Az endoscopos kép alapján -figyelembe véve a beteg kórelőzményét és a Vater-papilla irányából észlelt vérzést is- haemosuccus pancreaticus lehetőségét vetettük fel. Bár a kórkép megerősítését célzó hasi CT-AG vizsgálat aktuálisan direkt vérzésforrást, kontrasztanyag kilépést nem

igazolt, intervenció radiológus felé referáltuk az esetet, aki a képanyagot áttekintve az angiográfián egyenetlen kontúrú a. gastroduodenalis proximális szakaszát jelölte meg vérzésforrásként (ezen érszakasz arrodálódhatott a korábbi gyulladások kapcsán), melyet fibered coil-okkal sikeresen embolizált. A beavatkozást követően szövödményt, ismételt vérzést nem észleltünk, a beteg felhási fájdalma megszűnt.

**Conclusion:** A heveny pancreatitis shub-ra típusosnak tekinthető tünetek, de azt alá nem támasztó labor- és képalkotó vizsgálatok új irányba kell, hogy tereljék meg diagnosztikus gondolkodást. Jelen esetben a felhási fájdalom mellett megjelenő haematemesis elsősorban fekélybetegség gyanúját vetette fel, de páciensünkönél olyan ritka vérzésforrás igazolódott, amely mégis korábbi ismert betegségével volt összefüggésbe hozható. A megfelelő indikációval végzett diagnosztikus eljárások segítenek a pontos diagnózis felállításában és a beteg szakszerű, team jellegű ellátásában

#### 105. EXAMINATION THE EFFECT OF PROLONGED SUBCULTURING ON MOUSE PANCREATIC DUCTAL ORGANIDS

Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Tarcali B.<sup>1,2,3,4</sup>, Kagan F.<sup>5</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, 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. National Academy of Scientist Education, University of Szeged, Szeged, Hungary; 5. Max Planck Institute for Multidisciplinary Sciences, Göttingen, Germany

**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. There is currently no literature data on how long mouse pancreatic ductal organoids can be maintained in culture and what the effects of long maintenance might be on various gene expression changes.

**Aims:** Our study aimed to sustain mouse pancreatic ductal organoids until passage number 40 (p40) and explore associated gene expression changes.

**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. RNA-seq time series analysis enabled the identification of temporally dynamic genes.

**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. Based on RNA-seq analysis, time-series modelling revealed three distinctive temporal gene expression patterns. One group showed a gradual increase in expression towards p40, while another group shows a gradual decrease. In the third group, gene expression peaks at p10, then begins a drastic decline. For example, the expression of *Cfr*, *Ano1*, and *Adcy8*, which play a crucial role in maintaining the balance of ions in ductal cells, exhibited a notable decline starting at p20. Pathway enrichment analysis identified cell-matrix junction, metabolic processes or signaling pathways as significantly

overrepresented in temporally dynamic genes. Furthermore, our gene regulatory network inference identified *Foxj1*, *Irx2* transcription factors function as hub genes.

**Conclusion:** Based on our results, it is important to choose the right passage number, because there can be significant differences between the different time points. Large differences in the passage number between individual tests should not be allowed because they significantly reduce the reproducibility of the results. Our findings highlight critical transcriptional shifts, emphasizing the need to consider passage-dependent adaptations when utilizing pancreatic ductal organoids for long-term studies.

#### 106. ILLUMINA ÉS NANOPORE SZEKVENÁTOROK ÁLTAL LEOLVASOTT VASTAGBÉL DAGANATOS MINTÁK METODIKAI ÖSSZEHALONLÍTÁSA

Szakállas N.<sup>1,2</sup>, Kalmár-Söpkéz A.<sup>2</sup>, Rada K.<sup>2</sup>, Linkner T.<sup>2</sup>, Vörösvácki D.<sup>2</sup>, Valcz G.<sup>3</sup>, Bányai F.<sup>2</sup>, Farkas E.<sup>2</sup>, Holczbauer A.<sup>2</sup>, Takács I.<sup>2</sup>, Molnár B.<sup>2</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

**Bevezetés:** A tumor heterogenitás jelentősen befolyásolja egyes daganatos, kiemelten a vastagbél rákos megbetegedések kimenetelét. Ennek fő oka, hogy a tumor heterogenitás következtében a tumoros sejtek sokszor rezisztenciát fejtenek ki egyes gyógyszeres és egyéb kezelésekre.

**Célkitűzés:** A rezisztencia-gócponatok felderítése céljából különböző beteg csoportokhoz tartozó szöveti és vérmintákat vizsgáltunk, és hasonlítottuk össze azok szekvenálási eredményeit.

**Módszerek:** A vizsgálatok során az Oxford Nanopore Technologies PromethION24 hosszú és az Illumina NextSeq 500/550 rövid leolvasási hosszakat nyújtó szekvenátorokat alkalmaztuk. A mintákat morfológiai szempontok szerint csoportosítottuk - egészséges normál, tumor melletti normálnak vélt és vastagbél tumoros. Csoportonként 5-5-5 mintát kiválasztottunk, és ezeket szekvenáltuk mind az Illumina, mind a Nanopore berendezésekkel. Tehát pontosan 15-15 betegminta szekvenálása került elvégzésre módszerként. A megfelelő bioinformatikai eszközök használatával az eredményeket kiértékeljük az exom régiókra. Ezt követően a mutációs adatokra fordítottunk nagyobb hangsúlyt és néhány speciálisan elkészített programkód alapján feltártuk, hogy a két különböző szekvenátor eredményei mennyire és miben fednek át, illetve tapasztalhatóak-e különbségek olyan régiókon, melyeket klinikailag kiemeltnek tekintünk. Ilyenek például a gyógyszer célponatok, daganat-specifikus onkogének mutációi, és a tumor szupresszor régiókon detektált eltérések.

**Eredmények:** Eredményeink azt mutatják, hogy a két módszer által detektált variánsok száma eltér az exom régiókon. A variánsok típusát és klinikai jelentőségüket figyelembe véve is jelentős részben tapasztalhatóak különbségek a két szekvenátor eredményei között. A ClinVar és COSMIC adatbázisok alapján készített mutációs listákat összevetve a mi eredményeinkkel számos onkomutáció és gyógyszer célpontra jellemző mutáció esetén tapasztaltunk hiányosságokat az egyes módszerek esetén.

**Konklúzió:** Következtetésképp azt mondhatjuk el, hogy mindkét módszernek megvan a maga erőssége a különböző alkalmazási területeken. A teljes genom szekvenálás kiemelt

eszköze továbbra is a Nanopore, ám érdemes hangsúlyozni, hogy az exom régiókra lokalizálva is megállja helyét.

### 107. VASTAGBÉLRÁKSZŰRÉS RÉSZEREDMÉNYÉNEK BEMUTATÁSA

Szántó F.<sup>1</sup>, Bor R.<sup>1</sup>, Fábán A.<sup>1</sup>, Bösze Z.<sup>1</sup>, Magyar D.<sup>1</sup>, Rutka M.<sup>1</sup>, Bacsur P.<sup>1</sup>, Farkas B.<sup>1</sup>, Bálint A.<sup>1</sup>, Farkas K.<sup>1</sup>, Ivány E.<sup>1</sup>, Paszt A.<sup>1</sup>, Molnár T.<sup>1</sup>, Vasas B.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>

1. Szegedi Tudományegyetem Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** A hazánkban 2019-ben útjára induló, népegészségügyi program keretében zajló vastagbélrákszűrés eddigi eredményeinek, eredményességének vizsgálata a kitűzött cél elérése, azaz, a vastagbélrák okozta morbiditás és mortalitás csökkentése érdekében kiemelt jelentőséggel bír.

**Cél:** A vastagbélrák szűréssel kapcsolatos feltételezések, elvárások megvalósulásának igazolása, vagy éppen azok cáfolása, miszerint, a szűrt populációban fiatalabb életkorban és korábbi stádiumban kerülnek detektálásra a daganatok, ezzel csökkentve a betegség specifikus mortalitást.

**Módszer:** Jelen kutatásunk során a Szegedi Tudományegyetem Patológiai Intézetben 2019 és 2021 között regisztrálásra került 50 és 70 év közötti korosztályú első észlelésű vastagbélrákkal diagnosztizált betegek populációját vizsgáltuk. A populációt két főcsoportra osztottuk az alapján, hogy szűrésből kiemelt vagy tünetesség miatt kivizsgált betegek voltak. 5 életévenkénti kormegoszlás alapján további alcsoportokat hoztunk létre és vizsgáltuk bennük a daganat diagnóziskori stádiumát (AJCC staging), annak operabilitását, valamint a diagnózist követő hároméves túlélést.

**Eredmények:** Összesen 252 esetet dolgoztunk fel. A nem szűrt populáció 215, a szűrt populáció 37 betegből állt. Korosztályok szerint a feldolgozott 3 év anyagát egyben értékeltük. A nem szűrt és szűrt populáció esetszámai korszerinti bontásban a következőképp alakultak: 50-54 év között 23-4, 55-59 év között 38-6, 60-64 év között 64-12, 65-69 év között 81-15 és 70 éves korban 9-0. A két csoport korai és előrehaladott stádiumú daganatainak száma 50-54 év között 1-23 vs. 4-0, 55-59 év között 6-32 vs. 4-2, 60-64 év között 11-53 vs. 7-5, 65-69 év között 9-72 vs. 11-4, 70 éves korban 2-7 vs. 0, az inoperabilitás 50-54 év között 3 vs. 0, 55-59 év között 11 vs. 0, 60-64 év között 5 vs. 0, 65-69 év között 5 vs. 1, és 70 éves korban 0 vs. 0. A hároméves túlélés a két főcsoportban 50-54 év között 65,2 % vs. 100%, 55-59 év között 71,1% vs. 100%, 60-64 év között 68,8% vs. 100%, 65-69 év között 70,4% vs. 93,3%, 70 éves korban a nem szűrt populációban 66,6% volt.

Összegezve a két főcsoport eredményeit az alcsoportok összevonásával a nem szűrt populációban 13,5%-ban került korai stádiumban felismerésre a daganat, míg a szűrt populációban 70,3%-ban. Ennek megfelelően az előrehaladott stádiumú daganatok 86,5%, valamint 29,7%-ban jelentkeztek. Inoperabilitás a nem szűrt populáció 11,2%-ban, míg a szűrt populáció 2,7%-ban állt fenn. A hároméves túlélés a nem szűrt populációban 69,3% volt, a szűrt populációban 97,3%.

Emellett a nem szűrt populációban a daganatok 28,4%-a került 50 és 59 év között diagnosztizálásra, mely hasonlóan alakult a szűrt populációban, ahol 27,0%-ot mutatott ez az érték.

**Következtetés:** Az eddigi részeredmények alapján igazolható, hogy a vastagbélrákszűrésnek köszönhetően a daganatok korábbi stádiumban kerülnek felismerésre, melyen keresztül jelentősen javul a betegség-specifikus

mortalitás, ugyanakkor a fiatalabb életkorban való diagnosztizálás megvalósításához további törekvések szükségesek.

### 108. COWDEN SZINDRÓMÁS BETEG 25 ÉVES KÖRTÖRTÉNETE

Szolga B.<sup>1</sup>, Tömböl Z.<sup>2</sup>, Tóth G.<sup>3</sup>, Folhoffer A.<sup>1</sup>, Tőke J.<sup>1</sup>, Varga Z.<sup>4</sup>, Balázs E.<sup>5</sup>, Tóth E.<sup>6</sup>, Gergely L.<sup>7</sup>, Borka K.<sup>8</sup>, Tóth M.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Belgyógyászati és Onkológiai Klinika, ENETS Kiválósági Központ, Budapest; 2. Észak-Pesti Centrumkórház- Honvéd Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Budapest; 3. Szent Lázár Megyei Kórház, Endokrinológiai szakrendelés, Salgótarján; 4. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőképző Klinika, Nukleáris Medicina Tanszék, Budapest; 5. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képzőképző Klinika, Radiológiai Tanszék, Budapest; 6. Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti és Molekuláris Patológiai Osztály, Budapest; 7. Comenius Egyetem, Egyetemi Kórház, Orvosi Biológiai, Genetika és Klinikai Genetika Intézet, Orvostudományi Kar, Pozsony; 8. Semmelweis Egyetem, Patológiai, Igazságügyi és Biztosítási Orvostani Intézet, Budapest

**Bevezetés:** A Cowden szindróma, más néven PTEN hamartoma szindróma a PTEN gén mutációjával járó rendellenességek spektrumába tartozik. Az autoszomális domináns úton öröklődő funkcióvesztés a PI3k/Akt-mTOR útvonal aktiválódása következtében benignus és malignus daganatok kialakulására hajlamosít. Rendkívül ritka kórkép, előfordulási gyakoriságát 1:200 000-hez becsülik, jellemző a női túlsúly, valamint a fiatalkori manifestáció.

**Célkitűzés:** Esetünk bemutatásának célja a szindróma komplexitásának a bemutatása, kiemelve a mindennapi orvosi tevékenységünk során a szintetizáló gondolkodásmód, a minél szélesebb tudástár és a multidiszciplináris betegellátás fontosságát annak okán, hogy bizonyos tünetcsoportok, kórállapotok együttes megjelenése esetén korrekt, jelen esetben meglehetősen ritka diagnózis felállításához juthassunk. Mindez feltétele a megfelelő kezelési, majd követési stratégia megválasztásának.

**Esetleírás:** Az 50 éves férfit beteg távoli anamnéziséből a 2000-ben megtörtént, bal oldali heretumor miatti orchidectomiát (szövegtan: tisztá szeminóma), majd 2 ciklus adjuváns vinblasztin-bleomycin-ciszpaltin kombinációjú kemoterápiás kezelést emeljük ki. 2016-ban mindkét oldali tüdőben multifokális apró gócos elváltozások mellett a pajzsmirigy mindkét lebenyében néhány centiméter nagyságú göböket észleltek. Total thyreoidectomia történt; a hisztológiai elemzés rosszul differenciált follikuláris adenocarcinoma jelenlétét igazolta. A beteg adjuváns radiojód kezelésben részesült. Képzőképző vizsgálatok továbbá jobb oldali vesecystát, a VII. és XII. csigolyák állományában haemangiómákat detektáltak. 2016 és 2019 között az arcon észlelt bőrgyógyászati eltérések (dermatofibroma parvum, atheroma cutis) miatt több alkalommal végeztek excisiót. 2019-ben nyak-mellkas-has kismencede CT-n kétoldali tüdőmetasztázisok ábrázolódtak, a csontscintigraphia áttétes folyamatot nem mutatott. 2020-ban videó-asszisztált torakoszkópos sebészeti technikával bal tüdő felső lebeny-, illetve lingula ékreszekciót, valamint később összesen további négy helyről mintavételt végeztek (szövegtan: carcinoid tumor), mely után 4 ciklus carboplatin-etopozid neoadjuváns kezelés következett. Ugyanezen évben a bal comb ventrális felszínén ultrahang vizsgálattal egy subcutan lipoma került leírásra. A 2021-ben elvégzett

szomatostatin receptor scintigraphia negatív eredménnyel zárult.

Ekkor végeztük az első endoszkópos vizsgálatokat: mind a gasztroszkópia, mind a kolonoszkópia multifokális polyposist, a coecumból vett szövettani minta hamartomatosus polyposist igazolt. Az egyik, nyelőcső-plakkból vett biopsziás mintában igazoltuk a szindróma egyik major kritériumát, a glikogén acanthosist.

A klinikai diagnózis 2021-ben született meg, amit később a *PTEN* mutáció kimutatása megerősített [*PTEN* (LRG\_311t1)c.388C>T (p.Arg130Ter)]. 2021 és 2025 között összesen 7 alkalommal radiojód terápiában részesült metasztázisok follikuláris karcinóma, emelkedő thyreoglobulin miatt.

**Eredmények:** Figyelembe véve a szükséges major-és minor kritériumok meglétét (2 major: pajzsmirigy karcinóma, macrocephalia; 4 minor: lipómák, fibrómák, gasztrointesztinális hamartomatosus polypok, genito-urális tumorok), továbbá az ismert genetikai eltérést, esetünkben a Cowden szindróma bizonyítást nyert.

**Következtetés:** A Cowden szindróma a többszervi együttes érintettség okán változatos klinikai megjelenést mutat. Szórványos esetközlések alapján neuroendokrin tumorokkal szövődhet. Multifokális pulmonális neuroendokrin tumorral való társulása különleges. A kórkép kezelése, követése során a multidiszciplináris szemlélet kiemelt fontosságú.

#### 109. ERCP MINŐSÉGI AUDITJA 3-AS PROGRESSZIVITÁSI SZINTŰ INTÉZMÉNYBEN

Tajti M.<sup>1</sup>, Illés D.<sup>1</sup>, Terzin V.<sup>1</sup>, Gieszinger G.<sup>1</sup>, Kui B.<sup>1</sup>, Szepes Z.<sup>1</sup>, Czákó L.<sup>1</sup>

1. SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrum

**Bevezetés:** A minőségi mutatók bizonyítékokon alapuló, objektív, reprodukálható, gyakorlatias és a szolgáltatók minden szintjén alkalmazható teljesítmény indikátorok, melyek szoros összefüggést mutatnak a fontos egészségügyi kimeneteli adatokkal. Lehetővé teszik az egyes endoszkóposok és az endoszkópos vizsgálóhelyek összehasonlítását és az általuk nyújtott szolgáltatás értékelését.

**Céltűzés:** 3-as progresszivitási szintű intézményünkben végzett endoszkópos retrográd cholangiographia (ERCP) auditálása és az eredmények összehasonlítása a hazai szakmai irányelvben is közzétett minőségi mutatókkal.

**Módszerek:** 2023.05.01.-2024.07.31. közötti időszakban az SZTE SZAOK Belgyógyászati Klinika Gasztroenterológiai Centrumban végzett ERCP vizsgálatokat tekintettük át.

**Eredmények:** Összesen 817 beteg (65±16,4, 22-101 év) esetében történt ERCP (ebből 62 cholangioscopia). Natív papilla esetén a beavatkozások 95,2%-ban volt sikeres az epeúti kanulálás. Májkapu alatti epeúti elzáródás esetén a stent behelyezési rátánk 100% volt. A 10 mm-nél kisebb epeúti kövek esetén 97%-ban történt sikeres kőextractio. Post-ERCP pancreatitis és post-ERCP vérzés 0,9%, 0,9%-ban, míg post-ERCP cholangitis az esetek 1,2%-ban jelentkezett.

**Következtetés:** Intézetünk az ERCP minőségi mutatóinak vonatkozásában a nemzetközi standardoknak megfelelően, illetve azon felül teljesít.

#### 110. STUDY OF THE EFFECT OF LONG MAINTENANCE ON THE APPLICABILITY OF MOUSE PANCREATIC DUCTAL ORGANOID

Tarcali B.<sup>1,2,3,4</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</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, 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. National Academy of Scientist Education, University of Szeged, Szeged, Hungary

**Introduction:** The pathological lesions of the exocrine pancreas are severe problem including acute and chronic pancreatitis and pancreatic cancer. Currently there are limited therapeutic possibilities, therefore it is crucial that the scientist have a reliable *in vitro* model. The organoids are three-dimensional cell cultures, that accurately mimic a particular tissue structure and function. Consequently, organoids may be suitable to get a better understanding of organ development, pathological mechanisms and to test novel therapies. The pancreas-derived ductal organoids have been widely utilized in research, however, there is currently no information on how long they can be maintained in culture without significant functional and morphological changes.

**Aims:** Our aim was to observe morphological and other cellular changes on their long maintenance and to determine how long they can be used for functional measurements.

**Methods:** In our experiments FVB/N mouse pancreas was used to isolate organoids, which was maintained up to the tenth passage. Samples were collected at different passage numbers (p3, p5, p8, p10). The morphology was observed with light microscope, various representative genes (*Ck19*, *Cfr*, *Orai1* etc.) and protein expression were investigated with RT-PCR and immunofluorescence staining. In addition to chloride secretion and calcium signaling microfluorimetric measurements were applied.

**Results:** The morphology of the organoids changed with higher passage numbers, fusions, thickened walls were detected, the passage frequency were shifted between the different cultures. In the organoids immunofluorescence staining confirmed the correct pancreatic tissue protein localisation. With the passage of time ductal cell-fate markers (*Sox9*, *Foxa2*); ion-channel markers (*Orai1*, *Cfr*) changed their gene expression pattern, furthermore physiological measurements showed increased calcium influx and fluctuating chloride levels.

**Conclusion:** Our results suggest that, in the usage of the organoids it is important to choose the correct passage number due to significant changes between the different passage numbers. Across different measurements, high passage number difference is unacceptable since they significantly decrease the repeatability of the experiments.

#### 111. THE IMPACT OF PAPILLA MORPHOLOGY ON THE CHOICE OF ADVANCED CANNULATION TECHNIQUES IN ERCP - INSIGHTS FROM AN INTERNATIONAL SURVEY

Tari E.<sup>1,2</sup>, Vincze Á.<sup>3</sup>, Czákó L.<sup>4</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>2,5,6</sup>

1. Fejér Vármegyei Szent György Kórház, I. Belgyógyászati Osztály; 2. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ; 3. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. sz. Belgyógyászati Klinika; 4. Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ, Belgyógyászati Klinika, Gasztroenterológiai Osztály; 5. Semmelweis Egyetem, Pankreasz Betegségek Intézete; 6. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Intézet

**Introduction:** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is the primary therapeutic

procedure for pancreaticobiliary disorders, yet bile duct cannulation failure rates remain 5–20% even among experienced endoscopists. The Haraldsson classification (2017) defines four papilla types, some linked to higher failure and complication rates. Limited research exists on how papilla morphology impacts rescue techniques. We hypothesize that tailoring these techniques to papilla morphology may reduce failure risks.

**Aims:** This study surveys ERCP practitioners to explore its influence on their cannulation strategies.

**Methods:** We are conducting an ongoing international survey to gather insights from physicians who routinely perform ERCP regarding the influence of major papilla morphology on bile duct cannulation strategies. The survey was developed using REDCap, a web application for data collection, and distributed through professional societies, email lists, and social media platforms. It includes questions on respondent demographics, ERCP experience, classification and identification of papilla morphology, and preferred cannulation techniques. Responses are being collected anonymously. Initial analysis will use descriptive statistics, with further statistical analyses planned as the data collection progresses. Participation is voluntary, and the survey remains open to maximize inclusivity and representation at this stage.

**Results:** Among 96 respondents, 27.1% reported using a classification system for papilla morphology, with 57.7% from certified training centers and 53.9% from university-based hospitals. Of these, 26.9% had over 15 years of experience, compared to 32.9% among non-users. Rescue cannulation strategies varied significantly based on papilla type and guidewire placement. For type I papilla, when the guidewire did not reach the pancreatic duct, 39.0% opted for needle knife precut (NKP), 28.0% for needle knife fistulotomy (NKF), and 33.0% continued with the standard technique. Conversely, if the guidewire was inadvertently placed into the pancreatic duct, the double guidewire technique (DGT) was the most common first-line choice (57.3%), followed by prophylactic pancreatic stent (PPS) placement with NKF (18.7%) and transpancreatic precut papillotomy (TPPP) (12.0%). For type II papilla, NKP was the most popular approach (51.2%) in cases without guidewire entry into the pancreatic duct, whereas DGT was preferred (64.9%) when the guidewire was in the duct. Similarly, for type III papilla, DGT was the favored strategy (51.4%) when guidewire placement occurred, while NKP led (45.8%) in cases without guidewire use. For type IV papilla, DGT was chosen by 59.1% when the guidewire was in the pancreatic duct, while NKP was preferred by 42.9% when it was not used.

**Conclusion:** Differences were observed between classification system users and non-users. DGT was preferred when the guidewire entered the pancreatic duct, while NKP was commonly used when it did not. These findings suggest that adapting techniques based on papilla morphology may improve cannulation success.

## 112. IMPACT OF PAPILLARY MORPHOLOGY ON ERCP OUTCOMES AND RESCUE CANNULATION TECHNIQUES – A RETROSPECTIVE COHORT STUDY

Tari E.<sup>1,2</sup>, Tari K.<sup>3</sup>, Izbéki F.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2,3,4</sup>, Erőss B.<sup>2,3,4</sup>

1. Fejér Vármegyei Szent György Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály; 2. Semmelweis Egyetem, Transzlációs Medicina Központ; 3. Semmelweis Egyetem, Pankreasz Betegségek Intézete; 4. Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Transzlációs Medicina Központ

**Introduction:** Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) is a key therapeutic procedure for managing pancreaticobiliary disorders. Successful bile duct cannulation is critical for procedural success, but various factors, including papilla morphology, may influence its outcomes. The Haraldsson classification system categorizes papillae into four types, which may impact technical success, complication risks, and the need for rescue cannulation techniques.

**Aims:** This study aimed to evaluate the effect of papilla morphology on ERCP success, complication rates, and the selection of rescue techniques.

**Methods:** A retrospective cohort study was conducted at a single tertiary care center on patients with a naïve papilla scheduled for ERCP between September 2022 and August 2024. Papilla morphology was classified into four types according to the Haraldsson classification. The presence of periampullary diverticula (PAD) and its association with papilla types were also assessed. Key procedural outcomes, including the rate of post-ERCP adverse events, primary cannulation failure, and the need for rescue cannulation techniques, were collected and analyzed. Rescue techniques included transpancreatic sphincterotomy (TPS), needle-knife papillotomy (NKP), needle-knife fistulotomy (NKF), and the double guidewire technique (DGT). Descriptive statistics were used to summarize the findings.

**Results:** A total of 409 patients with naïve papillae were included in the study. Cannulation failure rate was highest in type II papillae (15.6%), followed by type I (9.1%), type IV (8.1%), and type III (4.4%). PAD was most common in type IV papillae (13.5%) and least common in type III (4.4%). Post-ERCP pancreatitis (PEP) occurred most frequently in type IV papillae (10.8%), followed by type III (6.7%), type I (6.5%), and type II (4.2%). Other complications, including cholangitis, perforation, and bleeding, were rare. Rescue cannulation techniques were most frequently required for type III papillae (46.7%), where TPS and NKP were each used in 20% of cases. The need for rescue techniques was similar for type I (40.7%) and type IV (40.5%) papillae, with NKP being the most frequently applied technique. In contrast, type II papillae required rescue techniques less frequently (29.2%), with DGT being the most common approach.

**Conclusion:** Papilla morphology influences ERCP outcomes, including cannulation success, complication rates, and the selection of rescue techniques. Type II papilla had the highest cannulation failure rate, while type IV was linked to the highest rates of PEP. Additionally, rescue technique preferences varied by papilla type. Recognizing papilla anatomy is crucial for optimizing procedural strategies, improving success rates, and ensuring patient safety.

## 113. THE IMPACT OF SAFETY CHECKLISTS IN ENDOSCOPY: A PROSPECTIVE MULTICENTRIC STUDY

Tari K.<sup>1</sup>, Varga M.<sup>2</sup>, Lengyel-Nagy Z.<sup>2</sup>, Szőnyi M.<sup>3,10</sup>, Sovány L.<sup>3</sup>, Garami T.<sup>10</sup>, Takáts A.<sup>4</sup>, Varga-Csuka S.<sup>4</sup>, Fried K.<sup>5</sup>, Huszár L.<sup>5</sup>, Gulyás N.<sup>5</sup>, Pakodi F.<sup>6</sup>, Szabó L.<sup>6</sup>, Hágendorn R.<sup>6</sup>, Kővári B.<sup>6</sup>, Langhammer S.<sup>6</sup>, Bubán T.<sup>7</sup>, Buti J.<sup>7</sup>, Dubravcsik Z.<sup>8</sup>, Csicsóné Miklós T.<sup>8</sup>, Kovalcsik Z.<sup>9</sup>, Söptei B.<sup>9</sup>, Takács R.<sup>11</sup>, Kuizs K.<sup>11</sup>, Kanyó B.<sup>12</sup>, Varga É.<sup>12</sup>, Czakó L.<sup>13</sup>, Szabó Á.<sup>13</sup>, Bezsilla J.<sup>14</sup>, Grenda A.<sup>14</sup>, Kristóf T.<sup>19</sup>, Bacskainé Beluzsár A.<sup>14,18,19</sup>, Lombay B.<sup>15</sup>, Mogyorósiné Medgyesi E.<sup>15</sup>, Sebők A.<sup>16</sup>, Tóth A.<sup>16</sup>, Patai Á.<sup>17</sup>, Gálné Drabb E.<sup>17</sup>, Virág Z.<sup>20</sup>, Szalmási M.<sup>20</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Tari E.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1</sup>

1. Semmelweis University, Institute of Pancreatic Diseases, Budapest; 2. BVMKK Dr. Réthy Pál Tag Hospital, Békéscsaba; 3. North Buda Saint John's Hospital, Budapest; 4. ENDOMEDIX Diagnostic Center, Budapest; 5. South Pest Central Hospital - National Institute of Hematology and Infectology, Budapest; 6. Myclinic Pécs and Aniron Private Clinic, Pécs; 7. University of Debrecen Clinical Center, Gastroenterology Clinic, Debrecen; 8. Bács-Kiskun County Teaching Hospital, Kecskemét; 9. Tolna County Balassa János Hospital, Szekszárd; 10. Buda and Pest Gastroenterology Center, Budapest; 11. Bajcsy Zsilinszky Hospital Gastroenterology, Budapest; 12. Saint Margaret Hospital, Budapest; 13. SZTE SZAKK Department of Internal Medicine, Szeged; 14. Triton Life Private Hospital, Miskolc; 15. Erzsébet Fürdő Medical, Miskolc; 16. Jahn Ferenc Hospital, Budapest; 17. Semmelweis University Department of Surgery, Transplantation and Gastroenterology, Budapest; 18. BAZ County Central Hospital and University Teaching Hospital, Miskolc; 19. ENDOMEDIX Diagnostic Center, Miskolc; 20. Mária Medical Private Clinic, Budapest

**Introduction:** While minimally invasive, endoscopic procedures present significant risks to patient safety, including complications such as perforation, bleeding, infection, and pancreatitis. Implementing safety checklists in various medical fields has been shown to improve patient outcomes by standardizing processes and enhancing communication. However, the role of safety checklists, specifically in endoscopic procedures, remains underexplored.

**Aims:** To evaluate the effectiveness of safety checklists in improving patient safety, reducing complications, and enhancing procedural efficiency in endoscopic practices across multiple centers.

**Methods:** This prospective, multicentric study was conducted across twenty endoscopic units, 14 national health service providers, and six private practices between 20.01.2025 and 14.02.2025. A total of 4,926 patients underwent endoscopic procedures. Hungarian endoscopy experts translated the safety checklist recommended by the European Society of Gastrointestinal Endoscopy into Hungarian and revised it before circulation. Online training was held twice with the participating centers before the study period. Key safety components included patient identification, consent, comorbidities, medication, anticoagulation, procedural plan, equipment, vital signs, observation, and post-procedural checks. We collected data on the identified deficiencies and preventable errors and performed a statistical descriptive analysis. We also collected and narratively reviewed all users' feedback on implementing the checklist.

**Results:** Among the 4,926 patients, 4,013 underwent procedures with the checklist protocol, and the use of the checklist identified 327 correctable deficiencies and errors in 4,013 (8.14%) endoscopies, with 117 (2.91%) procedures with more than one deficiency and error. The rate of endoscopies with correctable errors varied between 0% and 70.34% in the different centers. The checklist identified correctable errors in 2,054 colonoscopies, 1,648 gastroscopies, 326 endoscopic retrograde cholangiopancreatography, and endoscopic ultrasound with a rate of 9.01%, 6.43%, 4.29%, and 0%, respectively. Fourteen endoscopic (70%) units, including three private practices (50%), plan to continue using the checklist. Users commented on the following benefits: improved teamwork, more focused pre-procedural assessment, and more attention to crucial details such as coagulation. However,

nearly all users stated that the additional time, lack of willingness to use, and more paperwork impeded its introduction into practice.

**Conclusion:** Implementing safety checklists in endoscopic procedures significantly improves patient safety by identifying preventable errors. This study proves the feasibility of using safety checklists in endoscopy and highlights the importance of standardized safety protocols in endoscopic units.

**Keywords:** Endoscopy, safety checklist, patient safety, multicentric study.

#### 114. SAFETY AND EFFECTIVENESS OF CHOLECYSTECTOMY IN PREGNANT WOMEN WITH BILIARY PANCREATITIS – BORN STUDY – AN INTERNATIONAL SURVEY

Tarján D.<sup>1,2</sup>, Szalai E.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1,2</sup>, Mikó A.<sup>1,3</sup>, Farkas N.<sup>3</sup>, Sipos Z.<sup>3</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

**Introduction:** Acute biliary pancreatitis (ABP) in pregnant patients is a rare condition that presents a challenge for clinicians. In the general population, early cholecystectomy following mild biliary pancreatitis is recommended to reduce the risk of recurrence and other gallstone-related complications. However, current guidelines for acute pancreatitis (AP) do not provide specific recommendations regarding the management of ABP during pregnancy.

**Aims:** This study aimed to evaluate the safety and efficacy of performing cholecystectomy during pregnancy after an episode of ABP.

**Methods:** This international survey was endorsed and announced by the four major pancreatic societies (International Association of Pancreatology [IAP], American Pancreatic Association [APA], European Pancreatic Club [EPC], and Japan Pancreas Society [JPS]). The survey encompassed questions related to demographic information, clinical presentation, management strategies, timing of cholecystectomy, approaches to the procedure, complications, and outcomes (including recurrence of AP, other gallstone-related complications, and maternal and fetal outcomes). For descriptive statistics, the number of patients, mean, standard deviation, minimum, median, and maximum values were calculated for continuous variables, and case number and percentage were calculated for categorical values.

**Results:** A total of 116 cases from 15 countries and 20 centers were enrolled. 43.5% of the patients had a prior history of symptomatic cholelithiasis. 30% (34/116) of the patients had cholecystectomy during pregnancy. Patients who had cholecystectomy after a mild AP had a significantly lower rate of readmission due to recurrent AP episodes or other gallstone-related complications compared to those who did not undergo surgery (0% vs. 27%; 0/17 vs. 14/51,  $p=0.015$ ). There were no differences in cholecystectomy-related complications. The incidence of preterm birth and fetal loss was 7.1 % and 18% (1/14 and 3/17), respectively, in patients who had cholecystectomy during pregnancy, while it was 11% and 2% (5/45 and 1/51,  $p>0.999$  and  $p=0.046$ ) respectively in patients who did not have surgery. All cases of fetal loss occurred when cholecystectomy was performed in the first trimester.

**Conclusion:** Elective cholecystectomy should be performed before pregnancy in patients with symptomatic cholelithiasis.

Cholecystectomy completely prevents the recurrence of AP and other biliary complications, and no difference in the intra- and postoperative complications was seen during and after pregnancy; therefore, in cases of mild biliary pancreatitis, cholecystectomy is recommended during the second and third trimesters of pregnancy.

history of PSC in a bicenter Hungarian cohort and compared its outcome with respect to co-existing inflammatory bowel disease (IBD).

**Methods:** Imaging, laboratory and clinical data including presence of IBD, variant syndrome, disease course and outcome were prospectively collected in two large Hungarian Clinical Centre Patients were followed on a yearly basis. Median diseases follow-up (FUP) time was 8.82 (IQR: 5.2-13.5) years. A wide range of clinical scoring systems (Mayo, Amsterdam-Oxford, UK-PSC short, UK-PSC long, MELD) were applied at 2, 5, 8 and 10 years. Poor disease outcome was defined as orthotopic liver transplantation (LT) and/or liver-related death during the FUP.

**Results:** Of 135 patients (57.8% males; median age at diagnosis: 31 [IQR: 20-47] yrs) with confirmed PSC, 73 (54.1%) had coexisting IBD. Nineteen patients already had cirrhosis at diagnosis and 31 more developed it during the FUP. Within 10 years, a total of 13 (9.6%) patients died of which 76.9% were liver-related deaths. Fifteen patients (11.1%) underwent liver transplantation (LT). Twenty-three (17%) patients developed malignancy (9 cholangiocarcinoma, 3 hepatocellular carcinoma, 6 colorectal carcinoma and 6 non-gastrointestinal malignancy) during the whole FUP. Patients with IBD were younger and had higher Mayo and Amsterdam-Oxford scores at diagnosis compared to those without, however there was no difference in disease outcomes in these groups ( $p=0.287$ ). At diagnosis, all clinical scores had good prognostic ability for short-term poor disease outcome (AUROC at 2 years: 0,958-0,804) with decreasing power over time (AUROC at 10 years: 0,756-0,587). The Amsterdam-Oxford score demonstrated the most consistent performance overtime. Persistent alkaline phosphatase (ALP) increase ( $\geq 2.2 \times$  the upper limit of normal two years after diagnosis), despite ursodeoxycholic acid (UDCA) treatment, sustained good long-term prognostic ability (HR: 3.927, CI: 2,091-7,377,  $p<0.001$  for 10 years outcome).

**Conclusions:** Prognosis of PSC is independent of coexisting IBD in our large Hungarian prospective PSC cohort. Long-term prognostic ability of the currently used PSC risk scores is limited. The ALP response to UDCA treatment showed the best long-term prognostic ability.

#### 116. PROGNOSIS OF PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS (PSC) IN HUNGARY IS INDEPENDENT OF COEXISTING INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AND PROGNOSTIC ABILITY OF THE CURRENTLY USED PSC RISK SCORES ARE LIMITED

Tornai D.<sup>1,3</sup>, Vén P.<sup>2</sup>, Tóth B.<sup>1,3</sup>, Vitális Z.<sup>1</sup>, Tornai I.<sup>1</sup>, Pár G.<sup>2</sup>, Altörjay I.<sup>1</sup>, Papp M.<sup>1,3</sup>

1. Division of Gastroenterology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Debrecen; 2. Division of Gastroenterology, The First Department of Medicine, University of Pécs; 3. European Reference Network on Hepatological Diseases, ERN RARE-LIVER

**Introduction and aims:** Primary sclerosing cholangitis (PSC) is a rare, chronic disorder of the intra- and extrahepatic biliary tree characterized by cholestasis, periductal inflammation and fibrosis. Currently, there is very limited epidemiological data from the Central-Eastern European region. We assessed disease characteristics and natural

#### 117. „ZSUGORODÓ” MÁJ- BŐVÜLŐ HEPATOLÓGIAI DIAGNÓZISLISTA... ALKOHOLOS MÁJCIRRHOZIS, ANNAK ELSŐ DEKOMPENZÁCIÓJA, VALAMINT A HOZZÁ TÁRSULÓ EGYÉB HEPATOPATHIÁK

Tóth B.<sup>1</sup>, Szegedi L.<sup>1</sup>, Czuczor V.<sup>1</sup>, Polocsányi B.<sup>1</sup>

1. Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyei Oktatókórház, Nyíregyházi Jósa András Tagkórház, I. Belgyógyászati Osztály

**Introduction:** Az alkohol dependencia és annak valamennyi rövid-, és hosszútávú következménye évtizedek óta jelentős volumenű globális szintű egészségügyi, szociális és gazdasági problémát képvisel. Gasztroenterológiai profillal is rendelkező belgyógyászati osztály gyakorló orvosaként sajnos egyre gyakrabban találkozom olyan fiatal és középkorú páciensekkel, akiknél krónikus alkoholizmusra visszavezethető toxicus hepatopathia, illetve annak szövődményei alakultak ki. Azonban nem minden esetben kizárólag az alkoholos májcirrrosis, vagy a vírushepatitisek azok a hepatopathiák, amelyekre az ilyen egyének kivizsgálása esetén gondolni kell.

**Aims:** Esetbemutatásomon keresztül egy 47 éves nőbeteg alkoholos májcirrrosisának első dekompenzációját, az emiatti hospitalisatio alatt kivitelezett vizsgálatokat, és azok eredményeit kívánom ismertetni. Hangsúlyozni kívánom azt,

hogy milyen jelentős szerepet tölt be a pontos diagnózisokhoz vezető úton a vizsgálati módszerek megfelelő megválasztása. Már egy egyszerű fizikális vizsgálat is számos beszédes tényt szolgáltat számunkra, de természetesen elengedhetetlen a laboratóriumi vizsgálatok (beleértve az immunológiát és a szerológiát is), a képalkotás, és minden további vizsgálat (pl. citológia, endoscopia) kellő időben és kellő alapossággal történő elvégzése. Mindezek együttese vezetett ahhoz, hogy betegünkönél az alkoholos májcirrhosis mellett egyéb hepatológiai vonatkozású társbetegségeket is sikerült diagnosztizálni.

**Methods:** Páciensünk egy hete fennálló haskőrfogat-növekedés, lábdagadás miatt jelentkezett sürgősségi betegellátó osztályon. Panaszai háttérben a klinikum, a laboratóriumi és a képalkotó vizsgálatok leletei értelmében dekompenzált májcirrhosis állt. Már a fizikális vizsgálat során észlelt eltérések (pl. erythema palmare, nyugalmi tremor) és az eseteleget fennálló oesophagealis varicositas igazolása egyértelműnek bizonyult májcirrhosisának etiológiája. Azonban munkánkat korántsem tekinthetjük komplettáknak az alapbetegség kompenzálásával, annak stádiumának felméréssel, a terápia optimalizálásával, vagy éppen utógondozási javaslat adásával. Amellett, hogy pl. diagnosztikus és terápiás célú ascitespunctiot, vagy éppen az esetlegesen fennálló oesophagealis varicositas igazolása céljából gastroscopiát végzünk (mint ahogyan azok jelen esetben is megtörténtek), nem jelenthetjük ki teljes bizonyossággal, hogy nem maradt tisztázatlanul az alapbetegség szempontjából releváns további etiológia.

Az icterusnak, a májcirrhosisnak, vagy éppen a magas transzamináz, vagy cholestaticus enzim értékeknek az alkoholizmuson kívül számos egyéb oka is nevesíthető.

**Results:** Jelen páciensnél az elkészült képalkotó vizsgálatok epeúti tágulatot nem véleményeztek. Betegünk esetében az immunszerológiai vizsgálatoknak volt kulcsfontosságuk; azonban említésre méltó laboratóriumi lelet volt még a hyperproteinaemia és a hypalbuminaemia együttes fennállása, illetve a szérum elektroforézis során véleményezett béta-gamma híd. A szérum immunoglobulin-konstelláció emelkedett IgG és IgA-szinteket és normál tartományban levő IgM-szintet igazolt. Ilyenkor magától értetődő az autoimmun májbetegségek diagnosztikájában használt markerek vizsgálata. Jelen esetben AMA M2-3E (antimitochondriális autoantitestek), illetve GP210 elleni antitestek jelenléte igazolódott. Immunszerológiai vizsgálatok alapján betegünkönél a májcirrhosis további etiológiájaként primer biliaris cholangitis is valószínűsíthető volt.

A jelen esetben fennálló további hepatopathiák kapcsán megemlíthetjük még a hepatotrop víruszserológiai vizsgálatok eredményét is, hiszen ezek alapján páciensünkönél korábban lezajlott Hepatitis A infectio volt véleményezhető, valamint felmerült acut Hepatitis E infectio fennállása is, bár ez utóbbi nem volt egyértelműen megerősíthető.

**Conclusion:** Konklúzióként elmondható, hogy megannyi esethez hasonlóan, jelen alkalommal is a diagnosztikus és terápiás módszerek megfelelő alkalmazása, azok leleteinek és a klinikumnak megfelelő kontextusba helyezése az első, és egyben legjelentősebb lépés a beteg rövid-, és hosszútávon várt állapotjavulásának útján.

## 118. A VASTAGBÉL DIVERTICULOSIS EPIDEMIOLÓGIÁJÁNAK, DIAGNOSZTIKÁJÁNAK ÉS KEZELÉSÉNEK VIZSGÁLATA – C-DIVER REGISZTER

Tóth Z.<sup>1</sup>, Tornai D.<sup>1,2</sup>, Papp M.<sup>1,2</sup>, Bubán T.<sup>1,2</sup>

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

Tanszék; 2. Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Gasztroenterológiai Klinika

**Bevezetés:** A vastagbél diverticulosis/ diverticuláris betegség (DD) előfordulási gyakorisága magas, és folyamatos növekedést mutat, különösen a nyugati társadalmakban. A vastagbél colonoscopos vizsgálata során az ún. DICA-klasszifikáció (Diverticular Inflammation and Complication Assessment) segítséget nyújthat a diverticulosis kiterjedésének és súlyosságának megítélésében, a gyulladásos jelek és szövődmények azonosításában. A DICA előrejelzi a betegség klinikai lefolyását (szövődményes akut forma kialakulása, sebészeti beavatkozás szükségessége). A DICA pontrendszer klinikai hasznosságáról kevés adat áll rendelkezésre a kelet-közép európai régióból.

**Célkitűzés:** A C-DIVER Regiszter adatai alapján a vastagbél diverticulosis/ DD demográfiai, klinikai, laboratóriumi és képalkotó jellemzőinek meghatározása, és azok összefüggésének vizsgálata DICA-klasszifikáció szerinti betegségssúlyossággal.

**Módszerek:** A Debreceni Egyetem Klinikai Központ Gasztroenterológiai Klinikán 2023.09.01. – 2024.01.31. közötti időszakban végzett colonoscopiák (n=2982) során 637 esetben igazolódott diverticulosis. Ezen betegek esetében retrospektív módon megvizsgáltuk a különféle társbetegségek előfordulását és meghatároztuk a Charlson comorbidity score-t (CCS). Értékeljük a különböző laborparamétereket, különös tekintettel a szénhidrát- és zsírsanyagcserére, és a képalkotó vizsgálatok (hasi ultrahang és CT) eredményeit is. A colonoscopos leletek alapján meghatároztuk a DICA-score-t, és a betegeket 3 súlyossági csoportba soroltuk (DICA 1-3). Továbbá prospektív módon 50 beteg esetében megvizsgáltuk a vastagbél diverticulosis/ DD különféle ismert kockázati tényezőit is. A DD kezelését a nemzetközi klinikai iránymutatók ajánlásaival vetettük össze.

**Eredmények:** A retrospektív vizsgálatban résztvevő betegek 45%-a férfi és 55%-a nő, az átlagéletkor tekintetében a nemek között nem volt szignifikáns különbség [median (IQR): 70 (61-75) vs. 71 (64-76) év, p=0,129]. Az esetek döntő többségében (87%) tünetmentes diverticulosis igazolódott. A diverticulosis/ DD diagnosztikájában a hasi CT vizsgálat szenzitivitása magasabb volt a hasi ultrahanghoz képest (71% vs. 48%, p<0,0001). A DICA súlyossági csoportok megoszlása a következőképpen alakult: DICA 1: 76%, DICA 2: 16%, DICA 3: 8%. A különféle társbetegségek előfordulási gyakorisága (CCS értéke) szignifikánsan magasabb volt DICA 3-ban, mint a DICA 1-ben [median (IQR): 8 (8-8) vs. 2 (2-3) pont, p=0,012]. A vércukor- és trigliceridszintek nem különböztek a DICA-csoportok között. Prospektív vizsgálatunkban egy rizikófaktor, a rendszeres alkohol fogyasztás szignifikánsan gyakoribb előfordulását találtuk a DICA 2-3-as csoportban a DICA 1-hez képest (p=0,024). A DD esetén az antibiotikum javaslatok tekintetében elmondható, hogy nagyrészt (94%) rifaximin hatóanyag került felírásra.

**Összefoglalás:** A C-DIVER Regiszter adatai alapján a DD alacsonyabb előfordulási gyakoriságát találtuk az irodalmi adatokhoz képest, továbbá a nemek tekintetében női dominanciát. A társbetegségek számának növekedése, illetve a rendszeres alkoholfogyasztás a DD DICA score szerint meghatározott súlyosabb formájával társult. A DD kezelése a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően zajlik. A C-DIVER Regiszter fontos eszköz lehet új rizikófaktorok és prognosztikai faktorok felismerésében, valamint a DD ellátás során kitűzött minőségi célok elérésében.

## 119. THE PROGNOSTIC VALUE OF NUTRITIONAL STATUS IN ACUTE PANCREATITIS.

Vámosy K.<sup>1</sup>, Zahariev O.<sup>1,2</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Soós G.<sup>1</sup>, Budai B.<sup>2</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi J.<sup>1,2</sup>, Lázár B.<sup>1,2</sup>, Lipp M.<sup>1,2</sup>, Tarján D.<sup>1,2</sup>, Fürst E.<sup>1,2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Bánfalvi Z.<sup>1,2</sup>, Barna B.<sup>1,2</sup>, Reszkető R.<sup>1</sup>, Rajci I.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged

**Introduction:** Malnutrition is associated with worse clinical outcomes such as length of hospital stay and increased mortality. However, the evidence linking malnutrition to outcomes in acute pancreatitis (AP) remains limited due to the retrospective nature of previous studies.

**Aims:** Our study aimed to explore the relationship between nutritional status at admission and the prognosis of acute pancreatitis during hospitalisation.

**Methods:** This prospective cohort study included patients hospitalised with AP at a national tertiary care center (Semmelweis University Institute of Pancreatic Diseases) between 2021.10.04 and 2024.09.30. Malnutrition was defined as (1) low body mass index (BMI <18.5 kg/m<sup>2</sup>, WHO) and (2) moderate or severe malnutrition per the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) criteria. Associations with AP severity, mortality, and length of hospital stay were analyzed, with severity classified according to the Revised Atlanta criteria.

**Results:** A total of 1,795 patients were admitted during the study period, with a mean age of 56 ± 17 years; 56% were male. BMI data were available for 1,682 patients: 2.8% were underweight, 28.5% had normal weight, 32.9% were overweight, and 35.8% were obese. GLIM criteria were assessed in 1,640 patients, identifying 13.6% with moderate and 11% with severe malnutrition. AP severity was classified as mild in 68.2%, moderate in 22.5%, and severe in 9.3%. Most patients (77%) were discharged within one week, with lengths of stay ranging from 1 to 243 days. Mortality rate was 2.5% (45/1,795).

Severe AP patients were more likely to be obese at admission (44%) compared to mild (35%) and moderate (35%) AP patients. Pre-existing malnutrition was not associated with AP severity. High BMI (>25 kg/m<sup>2</sup>) was linked to prolonged hospital stays.

One in two patients with a healthy BMI required hospitalisation for more than 6 days, compared to two in three obese patients. Malnutrition at admission was nearly twice as common in patients hospitalised for over a month (40%) compared to those discharged after 5 days (22%).

A strong association was found between malnutrition and mortality, with 34% of deceased patients classified as malnourished at admission according to GLIM criteria, compared to 25% of survivors.

**Conclusion:** Pre-existing malnutrition is associated with longer hospital stays and increased mortality but not with AP severity. Conversely, obesity is linked to severe AP and prolonged hospital stays, but not mortality. Both unhealthy extremes of nutritional status are linked to poorer prognosis in AP.

## 120. EARLY IDENTIFICATION OF MALNUTRITION IN ACUTE PANCREATITIS PATIENTS

Vámosy K.<sup>1</sup>, Zahariev O.<sup>1,2</sup>, Havelda L.<sup>1,2</sup>, Soós G.<sup>1</sup>, Budai B.<sup>2</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Erőss B.<sup>1,2,3</sup>, Hegyi J.<sup>1,2</sup>, Lázár B.<sup>1,2</sup>, Lipp M.<sup>1,2</sup>, Tarján D.<sup>1,2</sup>, Fürst E.<sup>1,2</sup>, Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Bánfalvi Z.<sup>1,2</sup>, Barna B.<sup>1,2</sup>, Reszkető R.<sup>1</sup>, Rajci I.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2,3,4</sup>

1. Institute of Pancreatic Diseases, Semmelweis University; 2. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged

**Introduction:** Malnutrition is associated with worse clinical outcomes. Acute pancreatitis (AP) poses a high risk of malnutrition, necessitating early nutritional intervention for at-risk patients. However, no studies have comprehensively identified patient characteristics most predictive of malnutrition risk in this population.

**Aim:** Our study aimed to identify factors associated with malnutrition at hospital admission for acute pancreatitis.

**Methods:** This prospective cohort study included patients hospitalised with AP at a national tertiary care center (Semmelweis University Institute of Pancreatic Diseases) between 2021.10.04 and 2024.09.30. Malnutrition was defined as (1) low body mass index (BMI <18.5 kg/m<sup>2</sup>, WHO) and (2) moderate or severe malnutrition per the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) criteria. Associations with gender, lifestyle factors (alcohol and smoking), pre-existing pancreatic damage (exocrine and endocrine), and AP etiology were analyzed.

**Results:** Of 1,795 admitted patients, BMI data were available for 1,682, with 2.8% underweight, 28.5% normal weight, 32.9% overweight, and 35.8% obese. GLIM criteria were assessed in 1,640 patients, identifying 13.6% with moderate and 11% with severe malnutrition.

Women (44% of the cohort) were more often overweight or obese (42%) than men (32%), though malnutrition prevalence was similar between sexes.

Alcohol consumption was reported by nearly half of the patients. Abstainers were more often obese and drinkers were more frequently within the healthy BMI range. Smoking combined with alcohol use tripled the prevalence of low BMI (25/442, 6%).

Among etiologies, pancreatobiliary tumor-related AP had the highest malnutrition prevalence by GLIM criteria (11/28, 39%), followed by alcoholic AP (130/388, 34%). Low BMI was most common in alcoholic AP (6%), whereas no tumor-related cases had low BMI.

Pre-existing exocrine pancreatic damage showed a direct correlation with malnutrition according to GLIM criteria. The prevalence of malnutrition increased from 23% in patients with two AP episodes to 29% in early chronic pancreatitis (≥3 AP episodes without pancreatic calcification), peaking at 46% in chronic pancreatitis.

The prevalence of low BMI was only elevated in chronic pancreatitis (15/210, 7%). However, the proportion of healthy BMI increased in parallel with the severity of pre-existing exocrine pancreatic damage, rising from 21% in those with a single AP episode to 56% in chronic pancreatitis.

Diabetic and prediabetic patients had lower malnutrition rates than metabolically healthy individuals by both definitions. Low BMI was four times more common in healthy individuals (32/805, 4.0%) than in diabetic patients (3/363, 0.8%).

**Conclusion:** Pancreatobiliary tumors, preexisting chronic pancreatitis, alcohol and smoking synergistically increase the risk of malnutrition on admission in AP.

## 121. CLINICAL OUTCOMES AND SAFETY OF ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY PANCREATIC DUCT DRAINAGE FOR PANCREATIC PSEUDOCYSTS: A SINGLE-CENTER TERTIARY STUDY

Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Tariján D.<sup>1,2</sup>, Fürst E.<sup>1</sup>, Tari K.<sup>1</sup>, Lázár B.<sup>1</sup>, Sahin P.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Erőss B.<sup>1,2</sup>

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

**Introduction:** Pancreatic pseudocysts with pancreatic duct abnormalities pose a therapeutic challenge, for which endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) transpapillary drainage offers a minimally invasive solution.

**Aims:** This study aimed to evaluate the clinical outcomes and safety in patients with pancreatic pseudocysts treated with primary ERCP transpapillary pancreatic duct drainage.

**Methods:** This single-center retrospective analysis included all consecutive patients with pancreatic pseudocysts who underwent ERCP transpapillary drainage at Semmelweis University from July 28, 2023, to October 17, 2024. Procedures were conducted by ERCP experts with over 10 years of experience following prophylaxis against post-ERCP pancreatitis using rectal indomethacin and intravenous Ringer lactate. Baseline characteristics, procedural details, and follow-up data were collected, with adverse events graded via the AGREE classification. Clinical outcomes, adverse events, and event-free follow-up duration were assessed through outpatient visits and phone consultations for symptomatic cases. Results are presented as proportions with 95% confidence intervals (CIs) or means with standard deviations (SD).

**Results:** A total of 14 ERCP transpapillary drainage procedures were performed for pancreatic pseudocysts in 12 patients (64% female, mean age 62.8, SD 14.5). The primary indication was pseudocyst progression (n=12, 86%), followed by icterus and/or cholangitis (n=4, 26%). The mean pseudocyst size was 62.5 mm AP (SD 40.5), 43.2 mm LL (SD 27.4), and 65.9 mm CC (SD 28.0), with varied locations. The procedural success rate was 64.3% (CI: 35.7%-85.7%), with failure mainly due to Vater papilla cannulation difficulties; failed cases were either followed up, underwent re-ERCP, or EUS-guided gastrocystostomy. Stent selection, based on pancreatography or difficulty in pancreas duct cannulation, ranged from 4 to 7 Fr in width and 5 to 11 cm in length. Among successful ERCPs, amylase and lipase levels decreased by a mean of 396.6 (SD 80.7) and 441.0 (SD 159.3), respectively, at 7-day follow-up. One AGREE Grade IIIa adverse event, requiring intra-procedural intervention, resolved without further treatment. The mean procedure time was 34.2 minutes (SD 13.6). During follow-up, pseudocyst regression was observed in five cases (one with complete resolution), one case required EUS-guided gastrocystostomy, and four cases are pending follow-up. No deaths occurred, though one patient required ICU treatment for multi-organ failure due to pancreatitis.

**Conclusion:** ERCP transpapillary drainage offers moderate success for pancreatic pseudocysts, effectively reducing symptoms and enzyme levels in successful cases, with EUS-guided options available for challenging cases.

## 122. EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND-GUIDED CHOLEDOCHODUODENOSTOMY IN MALIGNANT DISTAL BILIARY OBSTRUCTION: CASE SERIES FROM A TERTIARY CENTER

Váncsa S.<sup>1,2</sup>, Fürst E.<sup>2</sup>, Tariján D.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Hegyi P.<sup>1,2</sup>, Erőss B.<sup>1,2</sup>, Lázár B.<sup>1</sup>

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

**Introduction:** 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.

**Methods:** 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.

**Results:** Six of the patients were female, while their ages ranged between 38-84 years (mean 68.5, SD 14.8). 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.

**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.

## 123. STORE-INDEPENDENT CALCIUM INFLUX VIA ORAI1 SUBPOPULATIONS CONTROLS CFTR FUNCTION IN POLARIZED EPITHELIAL CELLS

Varga Á.<sup>1,2,3</sup>, Kiss A.<sup>1,2</sup>, Görög M.<sup>1,2</sup>, Madácsy T.<sup>1,2,3</sup>, Chung W.<sup>4</sup>, Pallagi P.<sup>1,2,3</sup>, Szabó V.<sup>1,2,3</sup>, Susánszki P.<sup>1,2</sup>, Kúthy-Sutus E.<sup>1,2,3</sup>, Barnai S.<sup>1,2</sup>, Varga D.<sup>5</sup>, Bíró P.<sup>5</sup>, Hegnes Sendstad I.<sup>1,2</sup>, Crul T.<sup>1,2,3</sup>, Jójárt B.<sup>1,2,3</sup>, Tél B.<sup>6</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. HAS-USZ Momentum Epithelial Cell Signaling and Secretion Research Group, University of Szeged, Szeged, Hungary; 3. HCEMM-SZTE 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) plays a crucial role in determining the composition of bodily fluids secreted by epithelial cells. While its activation is primarily governed by cAMP/PKA signaling, emerging evidence suggests that intracellular Ca<sup>2+</sup> signaling,

largely dependent on store-operated  $\text{Ca}^{2+}$  entry (SOCE), also modulates CFTR function through an unresolved mechanism.

**Aims:** In this study, we aimed to elucidate the molecular background of  $\text{Ca}^{2+}$ -dependent CFTR regulation in primary, polarized epithelial cells.

**Methods:** We utilized mouse and human pancreas, liver, and airway organoid cultures, as well as isolated pancreatic ductal fragments, for RNA sequencing, immunostaining, and fluorescent  $\text{Cl}^-$  and  $\text{Ca}^{2+}$  measurements. Protein-protein interactions were analyzed using direct stochastic optical reconstruction microscopy (dSTORM) and fluorescence lifetime imaging (FLIM) microscopy. Pancreatic fluid secretion was assessed following pharmacological inhibition of Orai1 *in vitro* and *in vivo*.

**Results:** Our findings reveal that Orai1, a plasma membrane  $\text{Ca}^{2+}$  channel activated during SOCE, also mediates a store-independent extracellular  $\text{Ca}^{2+}$  influx in primary polarized epithelial cells. This constitutive activity is maintained by Secretory Pathway  $\text{Ca}^{2+}$ -ATPase 2 (SPCA2), which enhances STIM1-Orai1 interactions and Orai1 currents in unstimulated cells. Importantly, we identified that Orai1 is co-expressed with CFTR in nanodomains of the apical plasma membrane, directly influencing CFTR function. Pharmacological inhibition of Orai1 significantly reduced pancreatic fluid secretion in both *in vitro* and *in vivo* models. Furthermore, we demonstrated that the regulation of CFTR by Orai1 involved  $\text{Ca}^{2+}$ /Calmodulin stimulated AC1, 3 and 8, which are located in the same protein nanodomain accompanied by CFTR and Orai1. Finally, we uncovered that distinct Orai1 subpopulations may have different functional roles within the membrane, suggesting a more complex and dynamic regulatory network governing CFTR activity than previously recognized.

**Conclusion:** These results highlight a novel, SPCA2-regulated mechanism of CFTR modulation via store-independent extracellular  $\text{Ca}^{2+}$  influx through Orai1, with significant physiological implications.

## 124. GYULLADÁSOS BÉLBETEGSÉGEK HATÁSA A GYERMEKVÁLLALÁSRA

Vilmos F.<sup>1</sup>, Herman D.<sup>1</sup>, Müllner K.<sup>1</sup>, Fekete J.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>

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

**Introduction:** Habár a gyulladásos bélbetegség (IBD) önmagában bizonyítottan jelentős mértékben nem csökkenti a fertilitást, a betegséggel élő nők körében az önként vállalt gyermektelenség aránya magasabb az átlag populációhoz vagy más krónikus betegségben szenvedőkhöz képest.

**Aims:** Felmérésünk célja a gyermekvállalási kedv vizsgálata IBD-ben szenvedő nők körében, valamint az önként vállalt gyermektelenség hátterében álló tényezők azonosítása.

**Methods:** Kutatásunk önkéntes online kérdőív formájában zajlott. A statisztikai elemzést ANOVA teszttel, sze. Bonferroni korrigációval végeztük.

**Results:** A kitöltők között (99 fő, 92 értékelhető válasz) 58 fő (63%) Crohn-betegség, 31 fő (33,7%) colitis ulcerosa, 3 fő (3,3%) IBD-U betegséggel diagnosztizált. Átlag életkor: 35,2 (min 17; max 53).

Vizsgált betegcsoportjaink: A - már van gyermeke: 36 fő (39,1%); B - próbálkozik, de még sikertelenül: 13 fő (14,1%); C - később szeretne gyermeket: 19 fő (20,7%); D - nem szeretne gyermeket: 24 fő (22,1%).

Az IBD fennállása a betegek szexuális aktivitását is befolyásolta: 57 fő (62%) esetében a szexuális aktivitás csökkent, ennek leggyakoribb okai: általános állapot (32,6%), testi tünetek (25%), fisztula (7,6%), stoma (3,3%). Szexuális diszfunkciót tapasztalt 19 fő (20,7%), leggyakrabban libidó csökkenést és aktus közbeni fájdalmat jelöltek meg: 6-6 fő (31,6%).

A rövidebb kórtörténetű betegek gyermekvállalási hajlandósága magasabb volt, mint a régebb óta IBD-ben szenvedőké (ANOVA F: 3.326, p=0.023), ez az eredmény az életkortól független volt.

67 (72,8%) betegnek nem volt IBD-s rokona, 10 főnek (10,9%) elsőfokú, 5 főnek (5,4%) másodfokú, 10 főnek (10,9%) távolabbi rokona IBD-s. A családi halmozódás ebben a betegcsoportban nem befolyásolta a gyermekvállalási kedvet, a fellángolástól való félelem arányát és a születendő gyermek egészsége miatti aggodást sem.

A D csoportban vizsgáltuk az önkéntes gyermektelenség okait: 4 fő (16,7%) döntése IBD-től független, 6 fő (25%) csak az IBD miatt, további 14 fő (58,3%) IBD mellett egyéb tényezők miatt sem vállalt gyermeket. Ebben a csoportban 17 fő (85%) tart attól, hogy gyermeke is örökli az IBD-t és 12 fő (60%) tart betegségének fellángolástól.

**Conclusion:** Az önként vállalt gyermektelenség a magyar IBD-s nők ötödét érinti. Hosszabb lefolyás a gyermekvállalási kedvet negatívan befolyásolja, míg a családi halmozódás nem befolyásolja a családtervezést.

## 125. A BÉL ULTRAHANG SZEREPE GYULLADÁSOS BÉLBETEGEK AKTIVITÁSÁNAK KÖVETÉSÉBEN - KEZDETI TAPASZTALATAINK

Vilmos F.<sup>1</sup>, Győri G.<sup>2</sup>, Dudás I.<sup>2</sup>, Rónaszéki A.<sup>2</sup>, Szöllősi D.<sup>2</sup>, Steiner T.<sup>2</sup>, Szijártó A.<sup>1</sup>, Miheller P.<sup>1</sup>, Patai Á.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika; 2. Semmelweis Egyetem, Orvosi Képző Központ

**Introduction:** A gyulladásos bélbetegségek (IBD) diagnosztizálásában, kiterjedésének megítélésében, a betegek hosszú távú követésében egyre nagyobb teret hódít a bél ultrahang. Előnye a költséghatékonyság, sugarterhelés hiánya, elérhetőség, ismételhetőség. A betegség aktivitásának megítélését a standard bél ultrahang vizsgálat (intestinal ultrasound, IUS) mellett intravénás kontrasztanyag használatával (contrast-enhanced ultrasound, CEUS) segíthetjük.

**Aims and methods:** A Semmelweis Egyetem Sebészeti, Transzplantációs és Gasztroenterológiai Klinika Gasztroenterológiai Ambulanciáján gondozott IBD-s betegek menedzsmentje során prospektíven, ismétlődően IUS, valamint egyidejűleg CEUS vizsgálatot végeztünk. Az ultrahanggal párhuzamosan követtük elsősorban a széklet calprotectin (FC) alakulását, emellett egyéb biomarkereket (pl. CRP), valamint a betegek klinikai aktivitását. Az UH vizsgálatokat az Orvosi Képző Központ Klinikán két CEUS-ban jártas expert radiológus végezte előre meghatározott protokoll szerint.

**Results:** 57 betegnél (33 férfi, 24 nő) végeztünk összesen 109 bél ultrahang vizsgálatot. Pilot tanulmányunkba 47 (82,6%) Crohn beteg, 10 (17,4%) colitis ulcerosa került bevonásra. A 109 bél ultrahang vizsgálatból 92 esetben állt rendelkezésünkre a bélfal pontos mérete (BWT), melyek közül 83 (90%) esetben detektáltunk szignifikáns (>3 mm) bélfali megvastagodást a következő lokalizációkban: jejunum 6%, terminális ileum 59%, colon ascendens 8%, colon transversum 8%, colon descendens 22%, sigma 17 %. A BWT mellett a FC értéke 50 esetben állt rendelkezésre.

Pozitív FC (>250 ug/g) az esetek 40%-ában bélfali megvastagodással is járt, "szürke zónás" FC (50-250 ug/g) mellett szintén 40%-ban, míg negatív FC (<50 ug/g) mellett 10%-ban tapasztaltunk bélfali megvastagodást.

**Conclusion:** Kezdeti tapasztalataink alapján a bél ultrahang hasznos, non-invazivitása miatt a betegek által preferált módszer lehet IBD-s betegek hosszú távú követésében. Pilot vizsgálatunkban számos esetben találtunk diszkordanciát az UH-gal mért bélfali megvastagodás és széklet calprotectin szintje között, amely a későbbiekben további vizsgálatokat tesz szükségessé.

## 126. IMPACT OF ETHANOL AND ACETALDEHYDE ON THE FUNCTION AND EXPRESSION OF NHE-1 IN ESOPHAGEAL EPITHELIAL CELLS

Volford B.<sup>1</sup>, Yosef B.<sup>1</sup>, Hegyi P.<sup>2,3,4,5</sup>, Venglovecz V.<sup>1,2,3</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged; 2. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged; 3. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs; 4. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University; 5. Institute for Pancreatic Disorders, Semmelweis University

**Introduction:** Epidemiological data indicate that approximately 5% of cancer deaths worldwide are attributable to alcohol consumption. The risk of cancer is higher in the tissues that are most closely exposed to alcohol consumption, such as the esophagus. However, the cellular mechanism by which alcohol causes esophageal cancer is unclear. It is well known, that altered expression or activity of ion transporters play an important role in the development of different type of cancer. Thus, our aim was to study the effect of ethanol (EtOH) and its metabolite, acetaldehyde (Ac) on the function of one of the most common acid-base transporters, Na<sup>+</sup>/H<sup>+</sup> exchanger-1 (NHE-1).

**Methods:** Metaplastic (CP-A), dysplastic (CP-D) and adenocarcinoma (OE-33) cell lines were exposed to acute EtOH (0.1 and 1%) and Ac (0.1 and 1%) treatments and the activity and mRNA expressions of NHE-1 were investigated by microfluorometry and RT-PCR, respectively.

**Results:** Both EtOH and Ac dose-dependently decreased intracellular pH, although the effect of Ac was much more potent. Ac dose-dependently reduced the activity of NHE-1 in CP-A and CP-D cells, however, in the case of OE-33 NHE-1 activity increased upon 0.1% Ac treatment. When EtOH was applied, NHE-1 activity decreased in CP-A and CP-D cell lines, but there was no change in OE-33 cells. 48 h incubation with 1% EtOH increased NHE-1 mRNA expression in all three cell lines. Conversely, in the OE-33 cell line, mRNA expression decreased when cells were exposed to 0.1% and 1% ethanol for 24 h.

**Conclusion:** We have shown, that acute administration of EtOH and Ac reduces NHE-1 function, which presumably plays a role in the pH-lowering effect of EtOH and its metabolites. Further studies are needed to clarify whether altered NHE-1 function plays a role in the development or progression of alcohol-induced esophageal cancer. The project was supported by the Albert Szent-Györgyi Research Grant of the Albert Szent-Györgyi Medical School, University of Szeged.

## 127. MOBILIS ELEMEEK DETEKTÁLÁSA VASTAGBÉLRÁKOS BETEGEK TELJES GENOM SZEKVENCIÁJÁBAN

Vörösvácki D.<sup>1</sup>, Szakállas N.<sup>1,2</sup>, Rada K.<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; 2. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Biológiai Fizika Tanszék

**Bevezetés:** A szekvenálási technológiák fejlődése, kiemelten a hosszabb leolvasási hosszakkal jellemezhető Nanopore szekvenálás megjelenése nagymértékben megkönnyíti a genom repetitív régióinak feltérképezését. Mint ismeretes, az emberi genom közel fele repetitív elemekből áll. A Long Interspersed Element-1 (LINE1) az egyetlen aktív, önállóan működő mobilis elem az emberi genomban. Alapesetben az L1 régiók metiláltak. A metiláció, mint epigenetikus faktor, megakadályozza a mobilis elemek aktivációját. Ha ez a hatás gyengül, a genom instabillá válik előidézve többféle rák, köztük a vastagbélrák kialakulását és propagációját. Ezen epigenetikai mechanizmus feltérképezése új területeket nyithat meg a rák kezelésében. **Célkitűzés:** Munkánk célja, hogy a vastagbél tumorokban található mobilis elem inszerciákat és deléciákat detektáljuk, azokat mélyrehatóan tanulmányozzuk, és mennyiségileg és minőségileg összehasonlítsuk a a tumor melletti normál területről vett minták és az egészséges kontroll minták eredményeivel.

**Módszerek:** Kísérleteinkben az Oxford Nanopore Technologies PromethION24 szekvenátor használatával vastagbélrákos betegek és egészséges kontroll minták teljes genom szekvenálását végeztük. Morfológiailag három csoportot különítettünk el: negatív kontroll (NEG), tumor melletti normál (NAT) és vastagbél tumoros (CRC). A kapott szekvenciák a Retroinspector bioinformatikai eszköz használatával megkerestük a GRCh38 referenciagenomhoz vett mobilis elem (L1, L2, Alu, SVA, ERV, CR1, MIR, hAT, MULE, TcMar, RTE) inszerciákat és deléciákat. A kapott eredmények szignifikanciáját Kruskal-Wallis teszttel meghatároztuk. Ezt követően az R programozási nyelv használatával csoportspecifikus eltéréseket listáztunk a NEG, a NAT és a CRC csoportokra.

**Eredmények:** Összesen 52 teljes genom mobilis elemeit tártuk fel. A NEG csoport 16, a NAT 18 és a CRC 18 darab mintát tartalmazott. A Retroinspector 13840 inszerciót és 2401 deléciót detektált összesen az 52 darab mintában. Kohortok között nem találtunk statisztikailag szignifikáns mennyiségi különbséget. Ezt követően a minőségi eltérésekre fektettünk nagyobb hangsúlyt.

A Retroinspector 1992 inszerciót talált egyes ismert tumor szupresszor génektől 5000 bp távolságon belüli régiókon, melyek közül 87% az ismert gén intron régiójában volt. Ezen felül detektáltunk 1825 inszerciót egyes ismert onkogénektől 5000 bp távolságon belüli területeken, ezek 84%-át intron régióban. Tumor szupresszor régiókat érintő inszerciókból a CRC csoportban statisztikailag nem szignifikánsan, de szemmel láthatóan több van mint a NAT csoportban (Kruskal-Wallis p=0.11).

**Konklúzió:** Elsődleges eredményeink azt mutatják, hogy a mobilis elemek inszerciói és deléciói kapcsán nincs mennyiségbeli különbség a a CRC és NAT csoportok között. Az L1 hipometiláció és a vastagbélrák kapcsolatának mélyebb tanulmányozása céljából további elemzéseket tervezünk elvégezni.

## 128. REGULATION OF ION TRANSPORTERS BY BILE ACIDS IN PANCREATIC CANCER

Yosef B.<sup>1</sup>, Koszta G.<sup>1</sup>, Volford B.<sup>1</sup>, Monostori T.<sup>2</sup>, Veréb Z.<sup>2</sup>, Hegyi P.<sup>3,4,5,6</sup>, Venglovecz V.<sup>1,3,4</sup>

1. Department of Pharmacology and Pharmacotherapy, University of Szeged, Hungary; 2. Regenerative Medicine and Cellular Pharmacology Research Laboratory, Department of Dermatology and Allergology, University of Szeged, Hungary; 3. Translational Pancreatology Research Group, Interdisciplinary Center of Excellence for Research Development and Innovation, University of Szeged, Hungary; 4. Institute for Translational Medicine, Medical School, University of Pécs, Hungary; 5. Centre for Translational Medicine, Semmelweis University, Hungary; 6. Institute for Pancreatic Disorders, Semmelweis University, Hungary

**Introduction:** Pancreatic cancer frequently develops in the head of the pancreas, which can lead to impaired bile flow and consequently elevated serum bile acid (BA) levels. Previous studies have demonstrated that BAs can influence cancer progression, although not every detail of the mechanism is understood. Ion transporters have been implicated in the regulation of cancer cell proliferation, migration, and drug resistance, therefore, in this study, our **aim** was to investigate whether bile acids affect the function of ion transporters and, if so, whether this plays a role in bile-induced cancer progression.

**Methods:** Five pancreatic cancer cell lines (Capan-1, Miapaca-2, Panc-1, Aspc-1, and Bxpc-3) were treated with a BA cocktail containing glycocholic acid, taurocholic acid, glycodeoxycholic acid, taurodeoxycholic acid and glycochenodeoxycholic acid at a concentration of 100  $\mu$ M for 24 and 72 hours. Changes in mRNA expression of relevant ion transporters were quantified using qRT-PCR. Cell proliferation and migration were assessed using CCK-8 and invasion assays, respectively.

**Results:** A 72-hour exposure to 100  $\mu$ M BA cocktail significantly increased both cell proliferation and TRPV6 expression in Miapaca-2 and Bxpc-3 cell lines. Notably, Bxpc-3 cells demonstrated enhanced migration following the BA treatment.

**Conclusion:** This research provides evidence that BAs, at concentrations observed in patients with pancreatic cancer-associated bile duct obstruction, can significantly impact cancer cell behavior. Specifically, the observed increase in proliferation, TRPV6 expression, and migration in pancreatic cancer cell lines suggests a direct link between BA exposure and tumor progression. These findings highlight the potential clinical significance of BA-mediated ion transporter modulation in pancreatic cancer and warrant further investigation into therapeutic strategies targeting this pathway.

## 129. A SZELEKTÍV CIKLOOXIGENÁZ-2 GÁTLÓ ETORICOXIB DISZBIÓZIST OKOZ PATKÁNYBAN

Zsidai A.<sup>1</sup>, Demeter Z.<sup>1</sup>, Haghighi A.<sup>1</sup>, Wachtl G.<sup>1</sup>, Ostorházi E.<sup>2</sup>, Szabó D.<sup>2</sup>, Gyires K.<sup>1</sup>, Zádori Z.<sup>1</sup>

1. Semmelweis Egyetem, Farmakológiai és Farmakoterápiás Intézet; 2. Semmelweis Egyetem, Orvosi Mikrobiológiai Intézet

**Introduction:** A rheumatoid arthritis (RA) komplex pathomechanizmusában a genetikai és környezeti faktorok mellett a bél mikrobióta összetételének megváltozását (diszbiózis) is feltételezik. Számos bélbaktérium aránya megváltozik a betegségben, melyek közül több korrelál az ízületi gyulladás súlyosságával. A betegek jelentős része

szed rendszeresen nem-szteroid gyulladásgátlókat (NSAID-ok) a fájdalom és gyulladás mérséklésére, melyek azonban gyomor- és bélkárosodást és diszbiózist okozhatnak. A szelektív ciklooxygenáz-2 (COX-2) gátló vegyületek (coxibok) kevésbé okoznak gasztrointesztinális panaszokat, azonban kevés adat áll rendelkezésre a bél mikrobiótára gyakorolt hatásukról.

**Aims:** Kísérleteink során az ízületi gyulladások, így a RA tüneti kezelésére is használt celecoxib és etoricoxib vékony- és vastagbél mikrobiótára gyakorolt hatását vizsgáltuk patkányban.

**Methods:** Hím Wistar patkányokat kezeltünk 4 héten át naponta egyszer per os celecoxibbal (30 mg/kg), etoricoxibbal (10 mg/kg) vagy vehikulummal (1% hidroxietilcellulóz). A kísérlet végén megvizsgáltuk a bélgyulladás mértékét a myeloperoxidáz (MPO) és COX-2 fehérjék szöveti szintjének mérésével, valamint a vékony- és vastagbél mikrobióta összetételét 16S rRNS gén szekvenálással. Emellett in vitro vizsgáltuk a két vegyület hatását 12 baktérium növekedésére.

**Results:** Egyik vegyület sem emelte meg az MPO és COX-2 szöveti szintjét, azonban az etoricoxibbal kezelt állatok vékonybele szignifikánsan megrövidült, mely enyhe bélgyulladásra utal. A celecoxibbal való kezelés nem okozott diszbiózist sem a vékony, sem a vastagbélben, ellenben az etoricoxibbal történő kezelés lecsökkentette a *Clostridia* osztály arányát a vékonybélben, valamint megnövelte a *Parabacteroides* nemzetség és *Tannerellaceae* család arányát a vastagbélben. Magasabb koncentrációkban mindkét vegyület gátolta egyes Gram-pozitív baktériumok növekedését in vitro.

**Conclusion:** A celecoxib sem bélgyulladást, sem diszbiózist nem okozott annak ellenére, hogy in vitro több baktériumok növekedését gátolta. Az etoricoxib krónikus alkalmazása ezzel szemben diszbiózist okozott a kezelt állatokban, mely feltehetően az enyhe bélgyulladás következménye. Ez olyan baktériumok (*Parabacteroides*) szintjének emelkedésével járt, melyet RA-ben összefüggésbe hoztak az ízületi tünetek súlyosságával. Ezek alapján felvetődik, hogy az etoricoxib alkalmazása kedvezőtlenül befolyásolja a mikrobióta összetételét RA-ben, de további vizsgálatok szükségesek ennek igazolásához.

HIRDETÉS

STRATHMANN

## SZERZŐK NÉVSORA AZ ABSZTRAKT SORSZÁM MEGJELÖLÉSÉVEL / AUTHORS

- A**  
 Almási K. 86  
 Altorjay I. 116  
 Ambrus I. 49  
 Andrási P. 87  
 Angyal D. 1\*, 41  
 Antal-Szalmás P. 71  
 Armuzzi A. 27  
 Attauabi M. 27
- Á**  
 Ábrahám S. 16  
 Ács Z. 49
- B**  
 Bacskainé Beluzsár A. 113  
 Bacsur P. 10, 107, 13, 14, 2\*, 26, 27, 43, 51, 52, 53, 54, 79, 80, 91, 98  
 Bagherizadeh M. 59  
 Baghy K. 4  
 Bajor J. 48, 70, 95  
 Bakó B. 56  
 Baksa G. 5  
 Bakucz T. 39, 87  
 Balaskó M. 48  
 Balázs Á. 92, 93  
 Balázs A. 123  
 Balázs E. 108  
 Bálint A. 10, 107, 13, 14, 2, 26, 27, 51, 79, 80, 91  
 Bálint L. 88  
 Ballók A. 3  
 Balogh C. 3\*  
 Balogh F. 1, 41  
 Bánfalvi Z. 119, 120, 57, 82, 102  
 Bánhidi C. 33, 64  
 Bánky B. 12  
 Bányai F. 106, 7, 75  
 Bárdos D. 4\*  
 Barkai L. 5\*  
 Barna B. 102, 119, 120  
 Barnai S. 123  
 Barták B. 6\*, 7\*, 96  
 Bartek P. 3  
 Bátorfi V. 85  
 Bencze J. 9  
 Bennemann S. 92, 93  
 Berényi E. 23  
 Béres N. 36  
 Berke G. 50  
 Berki C. 83  
 Bezilla J. 113  
 Bezzio C. 27  
 Birinyi P. 37  
 Bíró P. 123  
 Birtalan K. 8\*  
 Biswakarma J. 16  
 Blesl A. 2  
 Bodó E. 72  
 Bogdan M. 9\*  
 Bor R. 10\*, 107, 13, 14, 2, 26, 79, 80, 98  
 Borbély R. 11\*  
 Borka K. 108
- Boros E. 101, 90  
 Bösze Z. 10, 107, 13\*, 14\*, 2, 26, 51, 65, 79, 80, 98  
 Bozsik H. 12\*  
 Brinar M. 2  
 Bubán T. 113, 118  
 Bucur M. 24, 45  
 Budai B. 119, 120, 15\*, 21  
 Büdi L. 76  
 Bunduc S. 15, 24, 25, 69  
 Buti J. 113  
 Buzás E. 6
- C**  
 Cai G. 16\*  
 Casanova M. 2  
 Choi A. 21  
 Chung W. 123  
 Creanga-Marariu I. 69  
 Crul T. 123  
 Csaba R. 30, 31  
 Csabai I. 7  
 Csajbók D. 21  
 Csákány-Papp N. 77, 85  
 Csefkó K. 94  
 Cseh Á. 36  
 Cserepes B. 83  
 Csicsóné Miklós T. 113  
 Csikós D. 8  
 Csókay B. 17\*, 61, 63, 67  
 Csöndes M. 3  
 Csongrády B. 33, 55, 62  
 Czakó B. 18\*, 84  
 Czakó L. 109, 111, 113, 18, 38, 65, 84, 98  
 Czikk T. 88  
 Czimmer J. 81  
 Czuczor V. 117
- D**  
 Dágó Á. 89  
 Dakó E. 70, 95  
 Dakó S. 70, 95  
 Dancs N. 3  
 Dávid A. 49  
 Dávda L. 29  
 Demeter D. 20\*, 39, 59  
 Demeter Z. 129, 19\*  
 Dezső K. 4  
 Dinya E. 22  
 Dobszai D. 21\*, 45  
 Drácz B. 22\*, 28, 55, 62  
 Dubóczki Z. 68  
 Dubravcsik Z. 113  
 Dudás I. 125  
 Duray G. 9  
 Durcsán H. 3
- E**  
 Egresi A. 22, 33, 55, 62  
 Engh M. 24, 30, 31  
 Eperjesi O. 24\*, 25\*  
 Erdélyi M. 123, 60  
 Erőss B. 101, 111, 112, 114, 121, 122, 15, 16, 34, 5, 59, 90, 102,
- 113, 119, 120
- É**  
 Ébert A. 60  
 Élthes Z. 23\*, 71
- F**  
 Fábíán A. 10, 107, 13, 14, 2, 26\*, 43, 51, 65, 79, 80, 98  
 Farkas B. 10, 107, 13, 14, 2, 26, 27\*, 43, 51, 52, 79, 80, 91, 98  
 Farkas E. 106, 7, 75  
 Farkas K. 10, 107, 13, 14, 2, 26, 27, 43, 51, 52, 53, 54, 79, 80, 91, 98  
 Farkas N. 101, 114, 48, 95  
 Fedorcsák D. 28\*  
 Fehér K. 29\*  
 Fehér T. 30\*, 31\*  
 Fekete J. 124  
 Fenyves B. 17, 61, 63, 67  
 Ferdinandy P. 72  
 Filip R. 2  
 Finta Á. 32\*, 78  
 Földesi I. 52  
 Földváy-Nagy L. 15  
 Folhoffer A. 108, 33\*, 64  
 Fotios F. 2  
 Fousekis F. 27  
 Fried K. 113  
 Frim L. 101, 34, 90  
 Fürst E. 119, 120, 121, 122, 102  
 Füstös D. 12
- G**  
 Gaál A. 94  
 Gagyí E. 69, 34\*  
 Gajdos T. 60  
 Gálfalvi N. 43  
 Gálné Drabb E. 113  
 Garab G. 3  
 Garami T. 113  
 Gatt Y. 2  
 Gellért B. 36\*  
 Gelley A. 37\*  
 Gémes N. 53  
 Gergely L. 108  
 Gieszinger G. 109, 38\*  
 Göbl J. 32, 78  
 Golovics P. 87, 97, 20, 39\*, 40\*  
 Gombos E. 40  
 Gönczi L. 1, 2, 41\*, 51  
 Görög M. 123, 77  
 Grenda A. 113  
 Groma G. 58  
 Gulyás N. 113  
 Gyarmati K. 4  
 Gyimesi G. 42\*  
 Gyires K. 129, 19  
 Gyökeres T. 20, 39, 40, 87, 90, 97  
 Győri G. 125, 33
- H**  
 Hágendorn R. 101, 113  
 Haghighi A. 129, 19

Hagymási K. 15, 17, 22, 33, 4, 55, 61, 62, 63, 67  
 Halász J. 33  
 Halász R. 43\*  
 Hamvas J. 46  
 Haragh A. 44\*  
 Haraszi M. 10  
 Hardy V. 37  
 Havelda L. 102, 119, 120, 21, 45\*  
 Hegede G. 46\*  
 Hegnes Sendstad I. 123  
 Hegyi E. 50  
 Hegyi J. 119, 120, 47\*  
 Hegyi P. 101, 102, 103, 11, 112, 113, 114, 119, 120, 121, 122, 126, 128, 15, 16, 20, 21, 24, 25, 30, 31, 34, 45, 50, 56, 57, 59, 60, 66, 69, 72, 74, 82, 85, 90, 102, 121, 122, 45, 57, 82  
 Helle K. 49, 88  
 Herczeg A. 92, 93  
 Herman D. 124  
 Holczbauer A. 106  
 Holczer M. 48\*, 95  
 Horvát B. 51  
 Horváth M. 17, 42, 5, 61, 63, 67  
 Horváth Z. 77  
 Hritz I. 12, 17, 36, 42, 5, 61, 63, 67, 92, 93  
 Huszár L. 113

## I

Ignác B. 49  
 Ilias Á. 1, 2, 41, 5, 51  
 Illés D. 109, 38, 84, 98  
 Imecz J. 17, 61, 63, 67  
 Inczei O. 49\*, 88, 98  
 Irlanda G. 50\*  
 István T. 96  
 Ivány E. 10, 107, 13, 14, 2, 26, 27, 43, 51\*, 52, 54, 79, 80, 91, 98  
 Izbéki F. 111, 112  
 Izer J. 8

## J

Jakab Z. 33  
 Jakabfy-Csepregi R. 48  
 Jójárt B. 123, 52\*, 53\*, 54, 85

## K

Kagan F. 105, 58  
 Kagramanova A. 2  
 Kajári L. 52, 53, 54\*  
 Kalló P. 101  
 Kalmár A. 127, 6, 7, 96  
 Kalmár Z. 49  
 Kalmár-Söpkéz A. 106  
 Kánainé Kovács V. 3  
 Kanyári Z. 23  
 Kanyó B. 113  
 Kaposi Novák P. 33, 55, 62  
 Karácsony M. 62, 55\*  
 Karoliny A. 40  
 Kata D. 52  
 Katsanos K. 27  
 Kaushik T. 57, 82  
 Kazi B. 56\*  
 Keczer B. 42

Kemény Á. 53  
 Kéri N. 37  
 KHAN S. 57\*  
 Khan S. 82  
 Kiss A. 58\*, 77, 123  
 Kiss G. 3  
 Kiss L. 89  
 Kói T. 45  
 Kollányi G. 20, 59\*  
 Körmendi F. 49  
 Koszta G. 128, 60\*  
 Kovács A. 9  
 Kovács B. 17, 61\*, 63, 67  
 Kővágó K. 22  
 Kovalcsik Z. 113  
 Kovalszky I. 4  
 Kővári B. 113  
 Kozma B. 55, 62\*  
 Kozma M. 17, 61, 63\*, 67  
 Kristóf T. 113  
 Krolopp A. 33, 64\*  
 Kui B. 10, 109, 13, 14, 65\*, 79, 98  
 Kuizs K. 113  
 Kun A. 66\*  
 Kúthy-Sutus E. 123

## L

Laczkó B. 15  
 Lada S. 70, 84, 95  
 Lakatos L. 27, 41, 83  
 Lakatos P. 1, 41  
 Laki A. 33  
 Lalák K. 17, 61, 63, 67\*  
 Langhammer S. 113  
 Lassú P. 68\*  
 Lázár B. 119, 120, 121, 122  
 Lázár G. 123, 58  
 Lázár I. 104  
 Lee J. 57, 69\*, 82  
 Lemes K. 48, 65, 70\*, 95, 98  
 Lénárt Á. 23, 71\*  
 Lénárt Z. 70  
 Lengyel L. 19  
 Lengyel-Nagy Z. 113  
 Li X. 16  
 Ligeti E. 83  
 Lillik V. 72\*, 74\*  
 Limdi J. 27  
 Linkner T. 106  
 Linkner Tamás T. 75\*  
 Lipp M. 102, 119, 120  
 Lóczy T. 98  
 Lombay B. 104, 113, 76\*  
 Lőrinczi C. 33  
 Lovas Z. 23  
 Lovász O. 9

## M

Madácsy L. 32, 78\*  
 Madácsy T. 123, 77\*  
 Magyar D. 10, 107, 13, 14, 2, 26, 65, 79\*, 80\*  
 Makolli A. 20, 59  
 Maléth J. 105, 110, 123, 52, 53, 54, 58, 77, 85  
 Mályi K. 46  
 Márczis F. 81\*  
 Mariyappan D. 57, 82\*

Marjai T. 42  
 Marosi K. 74  
 Martinekova P. 16  
 Márton I. 99  
 Mártonfalvi Z. 17, 61, 63, 67  
 Máth B. 48  
 Maurovich Horvát P. 33  
 Med. habil. Tóth D. 23  
 Menyhárt O. 28  
 Mester G. 83\*  
 Michalopoulos G. 27  
 Mihalekné Fűr G. 89  
 Miheller P. 12, 124, 125, 17, 2, 28, 61, 63, 67  
 Mikó A. 114, 16  
 Mir W. 57, 82  
 Mogyorósiné Medgyesi E. 113  
 Mohácsi G. 18, 84\*  
 Molnár A. 45  
 Molnár B. 106, 127, 6, 7, 75, 96  
 Molnár R. 104, 76  
 Molnár T. 10, 107, 13, 14, 2, 26, 27, 43, 51, 52, 53, 54, 79, 80, 91, 98, 53, 77, 85\*  
 Monostori T. 128  
 Moradi A. 72  
 Morár A. 17, 61, 63, 67  
 Mpakogiannis K. 2  
 Muallem S. 123  
 Müller K. 40  
 Müllner K. 12, 124, 17, 61, 63, 67

## N

Nagy R. 16, 30, 31, 72, 74  
 Nagy Z. 7, 75  
 Nemecsek S. 2  
 Németh B. 103, 18, 56, 66, 86\*  
 Németh D. 33, 64  
 Németh J. 25, 69  
 Németh N. 87\*  
 Nikolett S. 96

## O

Obeidat M. 20, 21, 24, 30, 31, 34, 45, 59, 69, 72, 74  
 Ollé G. 49, 88\*, 98  
 Orján E. 89\*  
 Ormos R. 60  
 Oross E. 76  
 Orosz F. 99  
 Ostorházi E. 129

## P

Pakodi F. 113  
 Palatka K. 23, 51, 71  
 Pálincás D. 101, 39, 40, 87, 90\*  
 Pallagi P. 105, 110, 123, 52, 53, 58, 77, 85  
 Pálvolgyi A. 98  
 Pályu E. 23, 71  
 Panait R. 15  
 Pápi M. 91\*  
 Papp M. 116, 23, 29, 71, 118  
 Papp R. 21, 25, 30, 31, 69  
 Papp V. 17, 61, 63, 67, 70, 92\*, 93\*  
 Pár G. 116  
 Pastras P. 2  
 Paszt A. 10, 107, 13, 14, 79

Patai Á. 113, 67, 125, 17, 61, 63  
 Pécsi G. 3, 86  
 Pepa K. 94\*  
 Peresztegi M. 70, 48, 95\*  
 Péter Z. 17, 61, 63, 67  
 Péterfi Z. 16  
 Petrovai Z. 76  
 Pink T. 94  
 Pipek O. 7  
 Polgár B. 9  
 Polocsányi B. 117  
 Pourrastegar A. 72

**Q**  
 Qian X. 16

**R**  
 Rada K. 127, 106, 96\*  
 Rajci I. 102, 119, 120  
 Rakonczay Jr. Z. 89  
 Rancz A. 24, 25  
 Rein P. 42  
 Resál T. 2, 27, 51, 52, 53, 91, 97\*  
 Reszkető R. 102, 119, 120  
 Réthy L. 30, 31  
 Róka R. 49, 88, 98  
 Rónaszéki A. 125, 33, 55, 62  
 Rosztóczy A. 49, 88, 98  
 Rutka M. 10, 107, 13, 14, 2, 26, 43, 51, 79, 80, 91, 98\*  
 Ruttkay T. 5

**S**  
 Sahin P. 102, 121, 119, 120  
 Saibeni S. 27  
 Salamah O. 89  
 Sándor B. 89  
 Sándor G. 83  
 Sándor Veres D. 16  
 Sánta K. 99\*  
 Sarlós P. 51  
 Savarino E. 27  
 Schäfer E. 39, 40, 87, 97  
 Sebők A. 113  
 Seidelin J. 27  
 Simon O. 101\*, 90  
 Sipos Z. 101, 114  
 Sipter E. 45  
 Solymosi N. 17, 61, 63, 67  
 Soós G. 102\*, 119, 120  
 Söptei B. 113  
 Sovány I. 113  
 Stefanovics R. 103\*, 66  
 Steiner T. 125  
 Stollmayer R. 33  
 Sürgősségi E. 17  
 Sürgősségi Endoszkópos C. 61  
 Susánszki P. 123, 77  
 Svébis M. 64

**Sz**  
 Szabó Á. 113  
 Szabó A. 3, 40, 3, 71  
 Szabó D. 129  
 Szabó I. 101, 113  
 Szabó L. 104\*, 76  
 Szabó V. 105\*, 110, 123, 52, 54  
 Szakács Z. 95  
 Szakadati H. 4  
 Szakállas N. 106\*, 127, 6, 7, 75  
 Szalai Á. 15  
 Szalai E. 114, 69, 21, 45  
 Szalai M. 32, 78  
 Szalai Ágnes E. 16  
 Szalay F. 33, 64  
 Szalmási M. 113  
 Szamosi T. 87, 97  
 Szántó F. 10, 107\*, 13, 14, 26, 65, 79, 80  
 Szebeni G. 53  
 Szegedi É. 68  
 Szegedi L. 117  
 Székely H. 17, 61, 63, 67  
 Szelag W. 4  
 Szentannay J. 40  
 Szentes B. 30, 31  
 Szentesi A. 101, 16, 21, 24, 45, 50, 74  
 Szepes Z. 10, 107, 109, 13, 14, 2, 26, 27, 38, 43, 51, 65, 79, 80, 98  
 Szijártó A. 12, 124, 125, 17, 22, 28, 36, 4, 42, 55, 61, 62, 63, 67, 92, 93  
 Szirmay B. 48  
 Szita I. 68  
 Szmola R. 68  
 Szolga B. 108\*  
 Szöllősi D. 125  
 Szőnyi M. 113  
 Szűcs Á. 42

**T**  
 Tajti M. 109\*, 38, 84  
 Takács E. 8  
 Takács I. 106, 127, 33, 6, 7, 75  
 Takács R. 113  
 Takáts A. 113  
 Taller A. 8  
 Tarcali B. 105, 110\*  
 Tari E. 111\*, 112\*, 113  
 Tari K. 112, 113\*, 121  
 Tarján D. 102, 114\*, 119, 120, 121, 122  
 Tarpay Á. 68  
 Tél B. 123  
 Terzin V. 109, 38  
 Teutsch B. 101, 11, 25, 30, 31, 90  
 Timár B. 8  
 Tőke J. 108  
 Tömböl Z. 108  
 Tornai D. 116\*, 29, 118  
 Tornai I. 116

Tóth A. 113  
 Tóth B. 117\*, 116  
 Tóth E. 108  
 Tóth G. 108  
 Tóth J. 23  
 Tóth M. 108  
 Tóth Z. 118\*  
 Tóth Zsámboki E. 9  
 Tóthné Vadászi K. 88  
 Túri F. 22

**V**  
 Vágvolgyi A. 49  
 Valcz G. 106, 6  
 Vámossy K. 119\*, 120\*, 45  
 Vámossy L. 102  
 Váncsa S. 102, 119, 120, 121\*, 122\*, 15, 30, 31, 34, 45, 59  
 Váncza L. 4  
 Varga A. 87  
 Varga Á. 97, 123\*, 58  
 Varga C. 17, 61, 63, 67  
 Varga D. 3, 123  
 Varga É. 113  
 Varga M. 113, 94  
 Varga Z. 108  
 Varga-Csuka S. 113  
 Vasas B. 10, 107, 13, 14, 26, 79, 80  
 Vass T. 12, 92, 93  
 Vass V. 101  
 Vén P. 116  
 Venglovecz V. 126, 128, 60  
 Veréb Z. 128  
 Vereczkei Z. 48, 70, 95  
 Veres D. 69, 15, 21, 25, 45, 72  
 Vieujean S. 2  
 Vilmos F. 124\*, 125\*, 17, 61, 63, 67  
 Vincze Á. 111  
 Virág A. 87  
 Virág Z. 113  
 Vitális Z. 116, 29  
 Volford B. 126\*, 128  
 Vörhendi N. 101, 90  
 Vörösvácki D. 106, 127\*

**W**  
 Wachtl G. 129, 19  
 Werling K. 22, 4, 55, 62  
**Y**  
 Yosef B. 126, 128\*  
 Yoshida A. 20  
**Z**  
 Zádori J. 49  
 Zádori Z. 129, 19  
 Zahariev O. 102, 119, 120  
 Zolcsák Á. 24  
 Zsély B. 33  
 Zsidai A. 129\*, 19  
 Zsigmond F. 39, 87, 97  
 Zsigmond K. 39, 87  
 Zsilák-Urbán M. 84

## MGT Tudományos Bizottság (TudBiz) és a Programbizottság tagjai 2025

| <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 67. Nagygyűlésen kiállítással, hirdetéssel, szimpóziummal vettek részt.

**ABBVIE Kft.**

Budapest

**ANAMED Kft.**

Budapest

**ASIX DISTRIBUTION Kft**

Budapest

**ASTRAZENECA Kft.**

Budapest

**BIOGAIA DISTRIBUTION Hungary Kft.**

Budapest

**CELLTRION HEALTHCARE Hungary**

Budapest

**EGIS Gyógyszergyár Zrt.**

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

**HD-CORD Kft.**

Budapest

**HUN-MED Kft.**

Törökbálint

**IPSEN Pharma Hungary Kft.**

Budapest

**IZOTÓP INTÉZET Kft.**

Budapest

**JOHNSON & JOHNSON Kft.**

Budapest

**LILLY HUNGÁRIA Kft.**

Budapest

**MAGNAPHARM Hungary Kft.**

Budapest

**MED-DENTAL Kft.**

Budapest

**MEDIREX Zrt.**

Budapest

**MEDNETWORK Kft.**

Budapest

**MEDTRONIC / ALLEGRO**

Budapest

**MICROMEDICAL Kft.**

Budapest

**NOVO NORDISK Hungária Kft.**

Budapest

**OPELLA Healthcare Commercial Kft.**

Budapest

**ORMA 2000 Kft.**

Szeged

**PFIZER Gyógyszerker. Kft.**

Budapest

**PHYTOTEC Hungária Bt.**

Budapest

**PROGASTRO Kft.**

Budapest

**SANDOZ HUNGARY Kft.**

Budapest

**SMITHMANN 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 |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------|
| Opella Healthcare Commercial Kft. | Normaflore                     | BII   |
| Ferring Magyarország Kft.         | Pentasa / Cortiment / Picoprep | 13    |
| Fresenius Kabi Hungary Kft.       | Fresubin                       | 14    |
| Izotóp Intézet Kft.               | Heliprobe Kilégzési teszt      | 55    |
| EGIS Gyógyszergyár Zrt.           | Noacid                         | 56    |
| Strathmann GmbH&Co. Mo. képv.     | Lactase                        | 116   |
| Strathmann GmbH&Co. Mo. képv.     | Lactase                        | BIII  |
| Novo Nordisk Hungária Kft.        | Saxenda                        | BIV   |

## JEGYZET / NOTES

## JEGYZET / NOTES

HIRDETÉS

BIII oldal

STRATHMANN

HIRDETÉS

BIV oldal

NOVO NORDISK